

UWARUNKOWANIA ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

1. Potrzeba nowej polityki zdrowotnej

Ogromny postęp medycyny, jaki dokonał się w ostatnich latach, mógłby świadczyć o tym, że przynajmniej w krajach rozwiniętych zostały opanowane największe zagrożenia zdrowotne. Wniosek taki nie byłby jednak uprawniony w świetle faktów świadczących o pogłębiających się nierównościach w społecznej dystrybucji zdrowia, a także danych rejestrujących pojawianie się ciągle nowych problemów w zdrowotności społeczeństw i w funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej. Rozwój medycyny naprawczej, postęp w dziedzinie diagnostyki i leczenia, wprowadzie niezwykle skuteczny w ratowaniu indywidualnych przypadków – nie sprostał możliwościom poprawy stanu zdrowia całej populacji. Krzepiące wskaźniki wzrostu przeciętnej długości życia nie dotyczą bowiem w jednakowym stopniu wszystkich klas społecznych; poprawa ogólnych wskaźników stanu zdrowia nie wyklucza pogarszania się tych wskaźników wśród niższych klas społecznych [Marmot 1996, Mackenbach 2005]. Pojawiają się także nowe, specyficzne problemy zdrowotne związane ze starzeniem się populacji czy rosnącymi problemami zdrowia psychicznego, wobec których technologia medyczna okazuje się bezradna.

Podjęmowane w latach 80. badania unaocznily przy tym, że przedłużanie się ludzkiego życia nie jest równoznaczne z poprawą jego jakości; medycyna więc raczej „dodaje lat do życia niż życia do lat” [Kickbusch 1990]. Ostatnie, „dodane” lata życia są niejednokrotnie nacechowane licznymi dolegliwościami i ograniczeniami w funkcjonowaniu. Wnikliwe badania skutków działania biomedycyny pokazały także, że obok efektywnych sukcesów, szkodzi ona niekiedy ludzkiemu zdrowiu, pogarszając jakość życia i doprowadzając do trwałego kalectwa. Wprowadzane na potrzeby zdrowia publicznego nowe wskaźniki stanu zdrowia musiały więc uwzględniać już nie tylko długość ludzkiego życia – ale także długość życia w zdrowiu, bez ograniczonej sprawności (*Disability Adjusted Life Years*).

Także analizy zależności między kosztami funkcjonowania medycyny a poprawą stanu zdrowia nie wykazują oczekiwanego związku, pomimo rosnących w ogromnym tempie nakładów na opiekę zdrowotną we wszystkich krajach uprzemysłowionych. Supernowoczesne technologie medyczne – kosztowna aparatura medyczna – nowe możliwości diagnostyki i leczenia powodują wzrost oczekiwań i nadziei licznych rzesz pacjentów na powrót do zdrowia, czemu nie mogą sprostać systemy opieki medycznej nawet najbogatszych kra-

jów. Co więcej, innowacje w medycynie i rosnąca konsumpcja leków, absorbując coraz więcej nakładów zarówno ze środków publicznych jak i prywatnych, staje się źródłem zysków dużych korporacji medycznych, niekoniecznie zainteresowanych masowym upowszechnianiem swoich produktów, także dla mniej zamożnych pacjentów [Feagin i Feagin 1997]. Powoduje to powiększanie się nierówności społecznych w dostępie do opieki medycznej.

Taka sytuacja, kwestionująca tzw. „wielkie równanie” (opieka medyczna = zdrowie) wymagała poszukiwania nowych dróg eliminowania zagrożeń zdrowotnych i poprawy zdrowia w skali całych społeczeństw. Wymagało to także zmiany sposobu myślenia o uwarunkowaniach zdrowia; potrzebna była nowa polityka zdrowotna – ograniczająca dalszy wzrost kosztów leczenia i jednocześnie stanowiąca instrument bardziej egalitarnego oddziaływania. Wskazówką dla ukierunkowania nowych działań stały się wyniki badań dowodzących, że występowanie współcześnie najbardziej zagrażających społeczeństwu chorób przewlekłych jest ściśle powiązane ze stylem życia człowieka i charakterystyką jego środowiska. W debacie toczącej się na ten temat przywołano także analizy historyczne, świadczące o tym, że największy postęp w zwalczaniu chorób, epidemii i wysokiej umieralności, jaki miał miejsce na początku XX wieku, był w większym stopniu efektem wzrostu higieny i poprawy stanu sanitarnego ludności niż skuteczności leczenia chorób [McKeown 1973].

2. Styl życia a zdrowie

Zainteresowanie stylami życia jako czynnikami determinującymi stan zdrowia datuje się od końca lat 70. ubiegłego wieku, kiedy to prowadzone niezależnie od siebie długofalowe badania epidemiologiczne wykazały, że postęp medycyny i działania lecznicze mają mniejszy wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego niż czynniki społeczne, a wśród nich te, które określilibyśmy jako elementy stylu życia. Najbardziej wpływową koncepcją, ukazującą wzajemne relacje uwarunkowań stanu zdrowia, stał się model tzw. pól zdrowia Lalonda [1978], który wskazywał na pierwszym miejscu właśnie na rolę elementów stylu życia, następnie czynników środowiskowych (życia, pracy), biologicznych (genetycznych) i dopiero na ostatnim miejscu – opieki zdrowotnej.

Tym samym zwrócono uwagę na rolę indywidualnych zachowań zdrowotnych – z jednej strony wzmacniając przekonanie, że większość chorób cywilizacyjnych to „choroby z wyboru”, z drugiej strony zaś upatrując w nich klucza do poprawy zdrowotności społeczeństw. Na użytek zdrowia publicznego za cechy konstytuujące styl życia uznano wzory i zakres codziennych zachowań i dokonywanych w związku z nimi wyborów spośród różnych możliwości dostępnych jednostkom. Na prozdrowotne (czy zdrowe) style życia składałyby się zatem wzory zachowań związanych ze zdrowiem, będące efektem wyborów determinowanych sytuacją życiową jednostek, ich postawami i wartościami. Za najważniejsze z nich uznano te, które w świetle istniejącej wiedzy o etiologii chorób stanowiły czynniki ryzyka „głównych zabójców”, a szczególnie chorób układu krążenia – palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu, niewłaściwe odżywianie

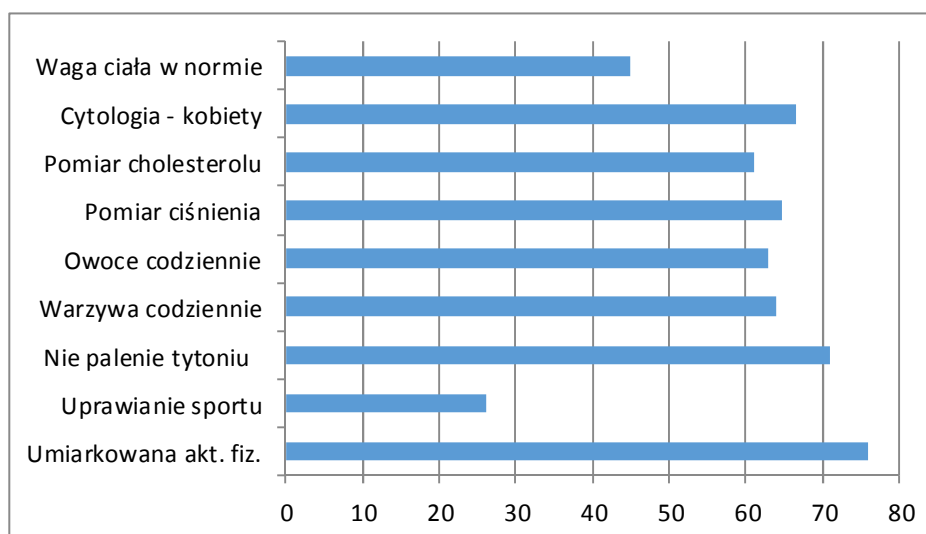
nie się, zbyt mała aktywność fizyczna, przewlekły stres. Rola tych najwcześniej zidentyfikowanych zachowań jest obecnie najczęściej uwzględniana przy rozpatrywaniu zagrożeń zdrowotnych, tym bardziej, że późniejsze badania potwierdziły ich negatywny wpływ na powstawanie innych schorzeń i długość trwania życia w ogóle [Berkman i Breslow 1983, Blaxter 1995].

Niezależnie od rozpoznania coraz większej liczby behawioralnych determinant zdrowia, waga nowej orientacji w zdrowiu publicznym polegała nie tylko na ukazaniu czynników ryzyka związanych z indywidualnymi stylami życia – ale także przeniesienia jakiejś części ciężaru gatunkowego walki o zdrowie z instytucji medycyny i polityki zdrowotnej na poszczególne jednostki. Jeżeli nie są zdrowe – to znaczy, że same nie dbają o zdrowie. Określenie większości chorób cywilizacyjnych jako „chorób z wyboru” jest właśnie przykładem takiego myślenia. W oczekiwaniach towarzyszącym nowym możliwościom poprawy zdrowia populacji tkwiły tym samym pewne zagrożenia, a wiązały się one z określeniem granic indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie i ewentualnego przerzucenia na jednostkę winy za jego brak.

Wyniki następnych badań rozszerzyły listę zachowań składających się na prozdrowotny styl życia [European Health and Behavior Research Survey – Wardle i Steptoe 1991]. Były to : niepalenie tytoniu, ograniczenie spożywania alkoholu, aktywność fizyczna, zdrowa zbalansowana dieta (ze szczególnym uwzględnieniem konieczności spożywania śniadania i niejedzenia między posiłkami), bezpieczne zachowania seksualne, unikanie stresu i umiejętność jego rozładowania, umiarkowana ekspozycja na słońce, stosowanie się do zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego i wykonywanie kontrolnych badań profilaktycznych oraz samobadanie ciała, np. obserwacja znamion na skórze, samokontrola piersi u kobiet.

W Polsce większość statystyk zdrowotnych, uwzględniających elementy stylu życia, ogranicza się przede wszystkim do wymienionych wcześniej, głównych, behawioralnych czynników ryzyka chorób stanowiących najczęstsze przyczyny umieralności. Tymi też elementami będziemy się zajmować w dalszej części tego rozdziału. Analizując jednak działania prozdrowotne, składające się na tzw. zdrowy styl życia Polaków, warto uwzględnić też dane na temat wykonywania podstawowych badań profilaktycznych. Włączenie danych o realizacji tych badań jest tu o tyle celowe, że według oszacowań Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce największy udział w ogólnej liczbie zgonów, obok nadmiernego spożycia alkoholu, palenia tytoniu i niskiego spożycia owoców i warzyw oraz małej aktywności fizycznej, miały takie czynniki ryzyka jak wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu, nadwaga i otyłość. [The European Health Report 2005]. Monitorowanie tych czynników ryzyka jest więc także ważnym elementem dbania o zdrowie.

Wykres 1. Realizacja poszczególnych elementów zdrowego stylu życia w Polsce. [GUS 2009, dane w%]¹



Dane z wykresu 1 wskazują, że zachowania zdrowotne nie są w Polsce powszechne. Szczególnie niekorzystnie przedstawia się odsetek osób uprawiających jakikolwiek sport. Dodać warto, że w niemal wszystkich powyższych kategoriach słabe wskaźniki dotyczą w większym stopniu mężczyzn niż kobiet. Także inne badania potwierdzają, że kobiety bardziej rygorystycznie przestrzegają zasad zdrowego stylu życia [Ostrowska 2011a].

Wyniki powyższe plasują Polskę na stosunkowo niskich pozycjach na tle innych krajów europejskich, jeśli chodzi o zachowania prozdrowotne i wysokich pod względem zachowań ryzykownych dla zdrowia. Według danych WHO Europe, European Health for All Database [2012], wśród 27 krajów Unii Europejskiej zajmujemy:

- ósme miejsce pod względem odsetka osób palących codziennie papierosy;
- siódme miejsce w konsumpcji mocnych alkoholi (w przeliczeniu na litry czystego alkoholu na osobę);
- siódme miejsce pod względem odsetka osób z otyłością lub nadwagą.

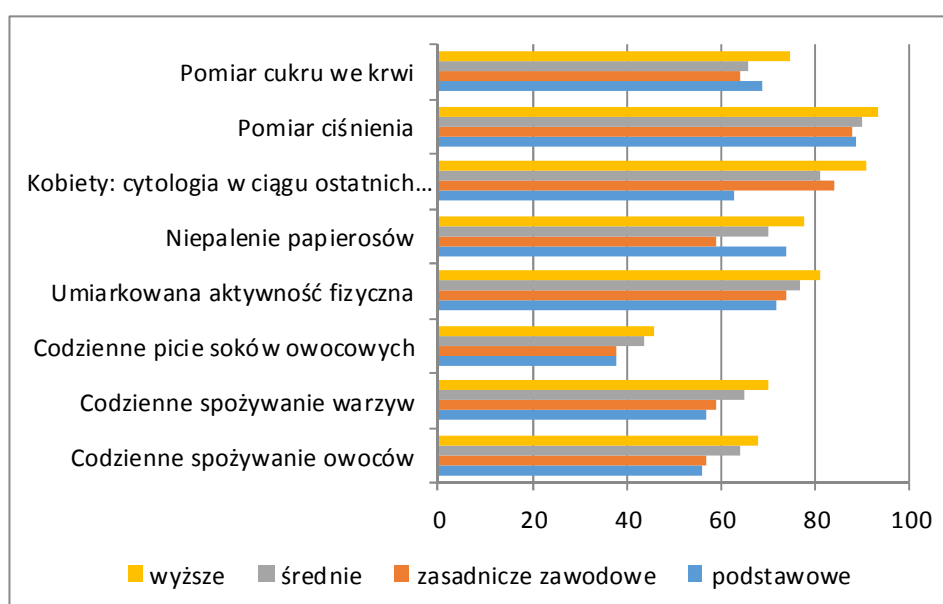
Nieco lepiej, aczkolwiek poniżej przeciętnej europejskiej lokują się też zachowania sprzyjające zdrowiu – codzienne spożywanie owoców i warzyw oraz aktywność fizyczna (osoby systematycznie ćwiczące). Według Eurobarometru [2009] odsetek systematycznie ćwiczących jest w Polsce czterokrotnie niższy niż w Irlandii czy Szwecji – modelowych pod tym względem.

¹ Przedstawione odsetki (wykres 1 i 2) dotyczą zachowań realizowanych codziennie lub stale (niepalenie papierosów). W przypadku badań profilaktycznych (pomiar ciśnienia i cukru we krwi), chodzi o badania wykonane przez lekarza lub pielęgniarkę, nie rzadziej niż raz na pół roku. Dane o realizacji badań cytologicznych przez kobiety dotyczą okresu ostatnich dwóch lat.

3. Strukturalne determinanty zdrowego stylu życia

Prowadzone w różnych krajach badania nad uwarunkowaniami zdrowego stylu życia wskazują, że czynnikami najwyraźniej nań wpływającymi są nieodmiennie czynniki pozycji społeczno-ekonomicznej: posiadany stopień wykształcenia oraz poziom zamożności. Oba oddziałują nieco inaczej na praktyki prozdrowotne. Wykształcenie jest odpowiedzialne za świadomość zdrowotną i wiedzę medyczną – sytuacja materialna ludzi reguluje dostęp do istniejących możliwości. Warto podkreślić, że przy wyjaśnianiu związku pozycji społecznej z praktykami prozdrowotnymi wyniki badań światowych wskazują na relatywnie większą rolę wykształcenia niż sytuacji materialnej. Wskazywałoby to na stosunkowo ważniejszą rolę deprivacji edukacyjnej niż materialnej jako przeszkody w prowadzeniu prozdrowotnego stylu życia [por: Ostrowska 2011a].

Wykres 2. Realizacja poszczególnych elementów zdrowego stylu życia a wykształcenie [GUS 2009, dane w %]



Jak widać na wykresie 2, wykształcenie różnicuje przede wszystkim te zachowania, które są kwestią indywidualnych wyborów i decyzji. Badania kontrolne –przeprowadzane przez /lub na zlecenie lekarzy nie różnicują wyraźniej ich częstości wśród osób o różnych poziomach wykształcenia. Odpowiedzialność za stosunkowo słabe ich realizowanie (wykres 1) spoczywa więc w znacznym stopniu na systemie medycznym.

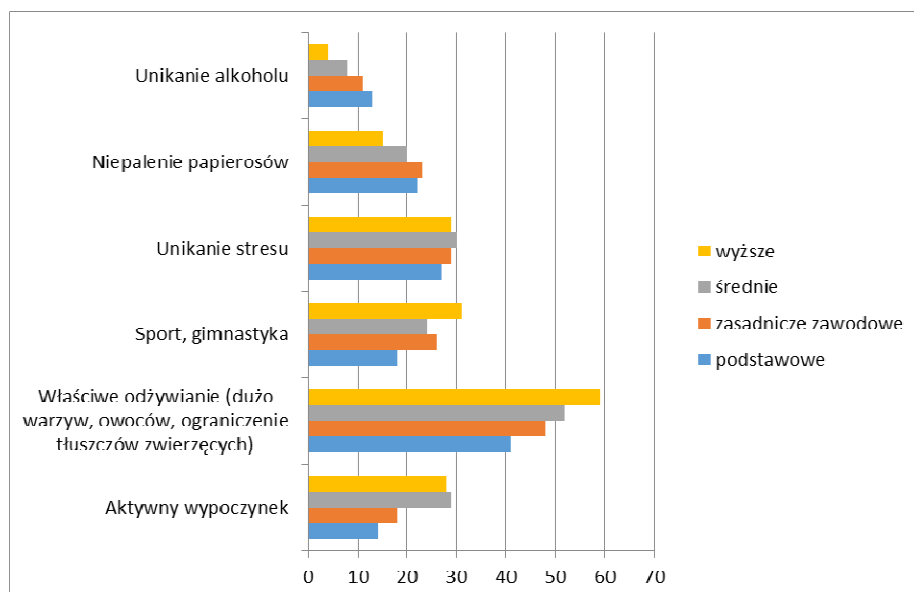
W badaniu GUS wśród zmiennych niezależnych nie uwzględniono wysokości dochodu, nie można zatem pokazać istniejących różnicowań w zakresie zdrowego stylu życia zależnie od sytuacji materialnej; jednak wysoka i rosnąca

w ciągu ostatnich lat zależność między wykształceniem a dochodem [Domański 2008] pozwala zakładać, że rozpiętości byłyby znaczne.

Różnice te są widoczne także wtedy, gdy na strukturę społeczną spojrzeć się z perspektywy kategorii społeczno-zawodowych, nie uwzględnionych w opracowaniu GUS. W badaniu zrealizowanym w 1999 roku przez IFIS PAN [Ostrowska 2000] szczególnie niekorzystnie przedstawiała się kategoria rolników. Dla przykładu – w porównaniu z inteligencją, która najkonsekwentniej dbała o swoje zdrowie – rolnicy dwukrotnie rzadziej wykonywali badania profilaktyczne, kobiety rolniczki trzykrotnie rzadziej badały piersi pod kątem zmian nowotworowych, a codzienne mycie całego ciała było wśród rolników praktyką sześciokrotnie rzadszą w porównaniu z inteligentami.

Nierównomiernie także przedstawia się hierarchia ważności poszczególnych praktyk prozdrowotnych wśród osób o różnej pozycji społecznej:

Wykres 3. Hierarchia ważności poszczególnych elementów zdrowego stylu życia a wykształcenie [CBOS 2012]²

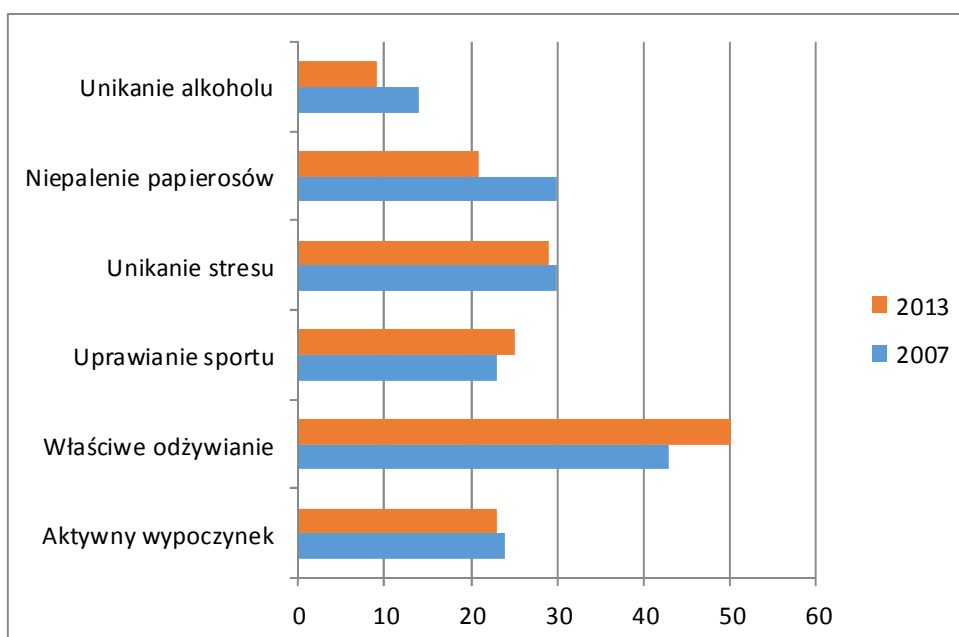


Wyniki powyższych badań pokazują, w jaki sposób czynniki pozycji społecznej warunkują postrzeganie i przestrzeganie zaleceń prozdrowotnego stylu życia i w jakich segmentach społeczeństwa stosowanie się do tych zaleceń najbardziej odbiega od pożądanego wzorca. Dane zawarte w obu wykresach (2 i 3) pokazują ponadto, że nie zawsze przekonanie o skuteczności pewnych zachowań przekłada się na praktykę. Znacznie więcej osób posiada wiedzę i zdaje się doceniać wagę poszczególnych działań prozdrowotnych niż je stosuje w swoim życiu.

² Dane przedstawiają najczęstsze wybory respondentów dotyczące elementów stylu życia, które ich zdaniem w największym stopniu przyczyniają się do poprawy zdrowia ludzi.

Hierarchie ważności poszczególnych elementów składających się na zdrowy styl życia nie są jednak stałe i utrwalone na zawsze. Porównanie wyników badania z 2012 roku z rozkładami odpowiedzi na analogiczne pytanie w zadane w roku 2007 pokazuje pewne zmiany zachodzące w czasie. Odnotowujemy tu wzrost świadomości znaczenia właściwego odżywiania się, ale jednocześnie mniejsze poczucie zagrożenia ze strony alkoholu i papierosów. Trudno ocenić trwałość takiego trendu; zmiany te mogą być wynikiem aktualnie prowadzonych kampanii społecznych czy wiedzy przekazywanej w mediach, podkreślających i uwrażliwiających odbiorców na prozdrowotną rolę poszczególnych zachowań. Warto też pamiętać, że o prowadzeniu zdrowego stylu życia, oprócz wiedzy i rozsądku, decydują także przejściowe mody.

Wykres 4. Zmiany w przekonaniach o wadze poszczególnych elementów zdrowego stylu życia dla zachowania zdrowia [CBOS 2007, 2012]



Wysoka ranga wykształcenia w wyjaśnianiu zmienności zachowań zdrowotnych może sugerować, że rozwiązanie problemu niekorzystnych stylów życia leży w edukacji zdrowotnej. Początkowo rzeczywiście tak sądzono. Przez wiele lat publikowano i rozpowszechniano wszelkiego rodzaju materiały edukacyjne, oczekując, że wiedza i racjonalne argumenty rozpowszechniane w populacjach doprowadzą do powszechnych zmian postaw i zachowań. Praktyka pokazała jednak, że sama edukacja, nie wspierana szerszymi działaniami polityki społecznej, nakierowanej na pozaindywidualne uwarunkowania zdrowia, nie zapewnia sukcesów. Fakt podejmowania bądź niepodejmowania działań jednostkowych mających wpływ na zdrowie jest także funkcją ogólnego poziomu

życia społeczeństwa, a więc także makrospołecznych decyzji politycznych i ekonomicznych, osiągniętego poziomu rozwoju gospodarczego i istniejących nierówności socjoekonomicznych, dostępnej infrastruktury czy kształtu środowiska materialnego, w którym ludzie żyją i pracują. Decyzje te przesądzają o tym, czy mechanizmy ekonomiczne i prawne gwarantują dostęp do zasobów istotnych dla zdrowia i czy dostęp ten jest równy dla obywateli [Słońska 1994].

Jest oczywiste, że ludzie zamożniejsi i bardziej wykształceni mają większą szansę korzystania z wiedzy i infrastruktury niezbędnej dla zachowań prozdrowotnych, natomiast w mniejszym stopniu mają możliwość wpływania na styl życia ludzi znajdujących się w trudnych warunkach materialnych czy żyjących wręcz w biedzie i deprivacji. Poprawa stanu zdrowia ludzi za pomocą modyfikacji stylów życia na podstawie edukacji zdrowotnej jest więc rozwiązaniem adresowanym bardziej do klasy średniej niż do klas niższych. Z drugiej strony też szczegółowa analiza kampanii z zakresu edukacji zdrowotnej prowadzonych w Polsce pokazuje, że są one na ogół zbyt ogólnikowe, kierowane nie do właściwych grup ludności i rzadko docierające do osób najbardziej potrzebujących. W Polsce przykładem takich nieefektywnych kampanii może być edukacja kobiet z niższych warstw społecznych na temat profilaktyki ginekologicznej [Ostrowska 2011b].

4. Kulturowe determinanty zdrowego stylu życia

Drugi istotny czynnik warunkujący zdrowy styl życia – obok strukturalnego – to kontekst kulturowy, który kształtuje, ale też i ogranicza indywidualne zachowania. Kontekst ten warunkuje wiele zachowań zdrowotnych poprzez wzory i normy społeczne regulujące zachowania ludzi w różnych sytuacjach społecznych. Kluczowe są tu role społeczne i socjalizacja – proces społecznego uczenia i wprowadzania do codziennej praktyki norm i treści tych ról. Dobrym przykładem wpływu odmienności ról i socjalizacji na zachowania zdrowotne są różnice w prowadzeniu prozdrowotnych stylów życia między mężczyznami i kobietami; tradycyjnie obie płcie są przygotowywane do wykonywania odmiennych społecznie zadań, wynikających z odmiennych wzorów męskości i kobiecości. Od najmłodszych lat dziewczęta są bardziej konsekwentnie przyuczane do dbania o zdrowie, odżywianie, utrzymanie czystości. Mają lepszą znajomość swojego ciała i potrzebę kontrolowania swojego wyglądu. W przyszłości różnice te zaowocują większym wyczuleniem kobiet na pierwsze objawy choroby, a także lepiej ugruntowanymi zachowaniami profilaktycznymi – np. wykonywaniem badań kontrolnych.

Normy kulturowe inaczej traktują też stosunek obu płci do czynności ryzykownych dla zdrowia. W sferze zachowań seksualnych większy permisywizm w stosunku do seksualności mężczyzn sprzyja u nich częstszej zmianie i wielości partnerek a także przygodności kontaktów. Nie przypadkiem więc zachorowania mężczyzn na choroby weneryczne czy AIDS przekraczają wielokrotnie zachorowania kobiet [Izdebski 2006]. Zachowania ryzykowne dla zdrowia, takie jak picie alkoholu czy palenie tytoniu, są w wielu środowiskach bardziej kry-

tycznie oceniane, gdy pojawiają się wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Kontrola społeczna działa więc bardziej restrykcyjnie w stosunku do tych pierwszych.

Istnieją także społecznie zróżnicowane oczekiwania co do sposobu odżywiania się obu płci – np. Jedzenie ulubionych potraw. Mężczyźni bardziej przystoi spożywanie golonki, a kobiecie ciastek i lodów. Wprowadzenie tych oczekiwań w życie kształtuje odpowiednio gusty i wybory konsumpcyjne. Badania wskazują na istnienie takich ważnych z punktu widzenia zdrowia zróżnicowań (np. spożywanie czerwonego mięsa i tłuszczów zwierzęcych) w praktyce [Ostrowska 2000]. Innym przykładem wymogów kulturowo uwarunkowanych – i stale utrwalanych przez media – jest posiadanie przez kobiety bardzo szczupłej, wręcz chudej sylwetki, co oczywiście wiąże się z zachowaniem odpowiedniej, nieraz głodowej diety. Przyczynia się to do częstszego występowania niedowagi wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Nawyki kulturowe są głęboko wszczepione w nasze wzory postępowania i niełatwo poddają się modyfikacjom. Niejednokrotnie nakładają się one na czynniki strukturalne, wzmacniając się nawzajem. Badania empiryczne nad stylem życia ukazują wiele czynników charakterystycznych dla stylu życia i nieoptymalnych dla zdrowia (np. sposób odżywiania się) jako typowych dla różnych grup czy zbiorowości społecznych. Dla przykładu, preferencje w zakresie odżywiania pozostają w związku ze zróżnicowanymi przekonaniem na temat wpływu określonego typu pożywienia na funkcjonowanie człowieka w określonych rolach społecznych. Pracujący fizycznie będą zorientowani na potrawy solidne i kaloryczne, gwarantujące siłę i wytrzymałość, choć niestety także często bogate w cholesterol. Kobiety aspirujące do wyglądu modelek będą się skłaniać ku głodowej diecie. Zmiana sposobu odżywiania może dla takich osób oznaczać zmniejszenie efektywności w pełnieniu tych ról. Wpływ na dobór diety mogą mieć także tradycje i wzorce regionalne, kierujące indywidualnymi wyborami dotyczącymi struktury i zawartości posiłków czy konsumpcji używek.

Nie bez znaczenia są też różnice w potocznym myśleniu o zdrowiu, wartości mu przydawanej i zainteresowaniu podejmowaniem działań dla jego ochrony. Wiele badań wskazuje na to, że osoby z niższych warstw społecznych są nastawione bardziej fatalistycznie do swojego zdrowia i rzadziej myślą o możliwości wpływu na nie poprzez swoje zachowanie. Rzadziej też są one skłonne do rezygnowania z przyzwyczajzeń i doraźnych przyjemności dla odłożonych w czasie efektów zdrowotnych [Puchalski, Korzeniowska 2011].

5. Partnerstwo państwa i jednostki

Wyraźne wpływy wzorców kulturowych i fakt, że ich kształtujące style życia oddziaływanie rozpoczyna się na wczesnych etapach życia, są – jak wspomniałam – odpowiedzialne także za trudności z ich reformowaniem w dorosłym życiu człowieka. Właściwa edukacja i kształtowanie umiejętności zdrowego stylu życia powinny więc rozpoczynać się bardzo wcześnie i nie mogą one być adresowane wyłącznie do jednostek. Dobrą ilustracją tej potrzeby jest debata, na temat otyłości wśród dzieci, która rozpoczęła się w Polsce, wskazując na

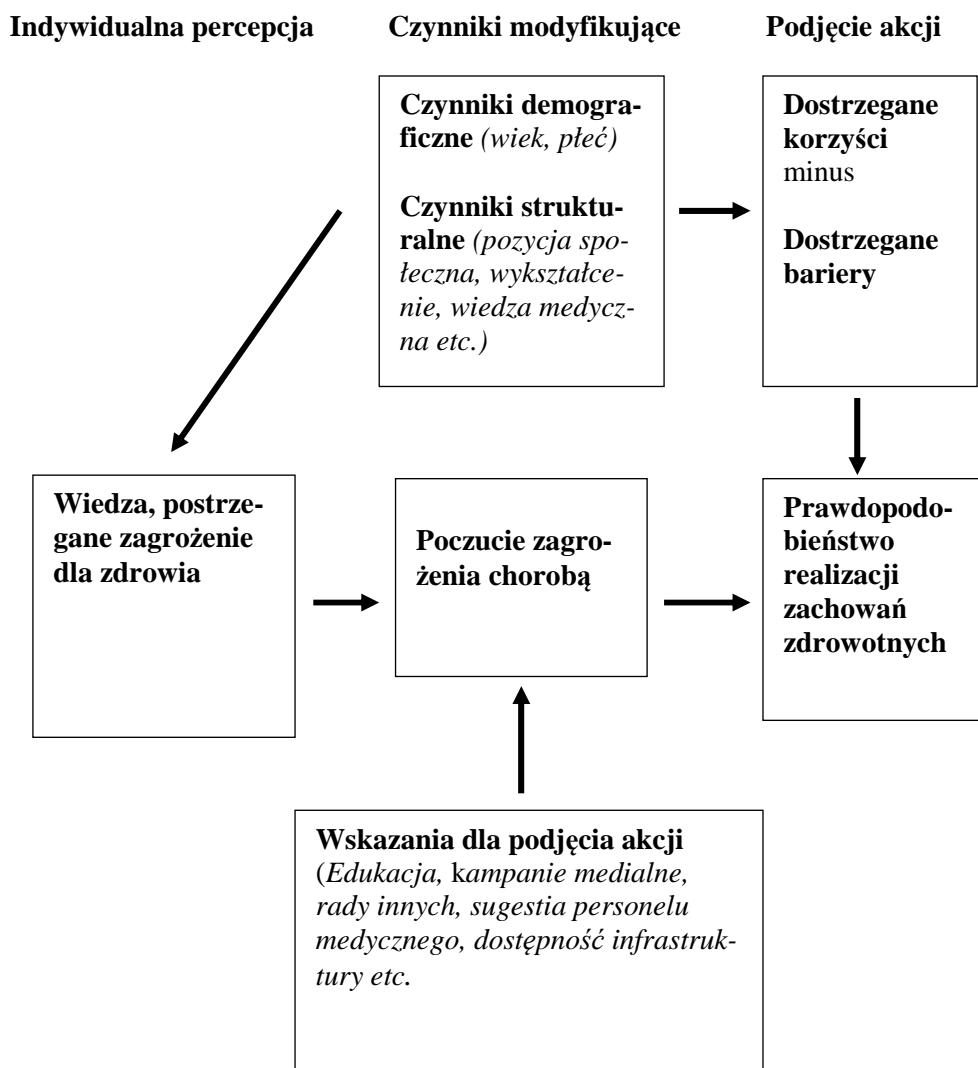
konieczność edukacji na temat zdrowego jedzenia, ale także modyfikacji tego, co oferują szkolne sklepiki i stołówki (batony, gazowane napoje, cukierki etc.), a więc interwencji ze strony systemu szkolnego. Podobnie – rozwijając przykład właściwego odżywiania – indywidualne decyzje dotyczące odpowiedniej diety muszą być wspierane przez politykę prozdrowotną państwa.

Obywatele mogą się oczywiście starać przestrzegać zaleceń dotyczących rezygnacji z potraw nadmiernie przetworzonych, o wysokiej zawartości tłuszczów zwierzęcych czy o małej zawartości składników odżywczych, poszukiwania naturalnego źródła witamin i minerałów – ale polityka państwa także powinna im te wybory ułatwiać (choćby poprzez politykę dofinansowania pewnych produktów spożywczych, autentyczne zaangażowanie się na rzecz ich jakości, kontrolę informacji o ich zawartości, a także kontrolę reklam powołujących się na ich zdrowotne działanie).

Określone praktyki zdrowotne ludzi są bowiem nie tylko efektem zamierzonych, celowych działań, ale wynikają też z obiektywnych możliwości dokonywania prozdrowotnych wyborów. Realizacja hasła „twoje zdrowie w twoich rękach” w praktyce wymaga partnerstwa polityki społecznej z instytucjami życia społecznego i gospodarczego w tworzeniu warunków sprzyjających właściwym zachowaniom prozdrowotnym. Rozwiązywanie problemów społecznych poprzez odwołanie się wyłącznie do indywidualnych zachowań nie może być skuteczne, choćby dlatego, że jednostki nie posiadają pełnej autonomii w dokonywaniu swoich wyborów związanych ze stylem życia.

Poprawa zdrowia społeczeństwa przez masowe upowszechnianie zdrowego stylu życia wymaga zatem działań uwzględniających jego wielorakie uwarunkowania na różnych szczeblach organizacji społeczeństwa. Wielość współwystępowania różnych czynników oddziałujących na prozdrowotne decyzje ludzi – tylko na poziomie indywidualnym – pokazuje „model przekonań zdrowotnych” (*health belief model*) [Becker 1974], według którego zachowania zdrowotne są wypadkową świadomości zagrożeń, postrzegania indywidualnego ryzyka i balansu między oczekiwanymi zyskami i stratami związanymi z podjęciem działań prewencyjnych.

Rysunek 1. Indywidualne czynniki kształtujące zachowania zdrowotne.
Model przekonań zdrowotnych



(Becker 1974)

Schemat przedstawiony na rys. 1 w nieznacznym tylko stopniu ukazuje rolę czynników systemowych (edukacja, kampanie, wpływ personelu medycznego, dostępna infrastruktura). Rola tych czynników jest jednak znacznie większa. Chodzi tu zarówno o rolę systemu medycznego, jak i ogólne kierunki działania polityki społecznej na rzecz warunków życia i zdrowia społeczeństwa.

Polityka społeczna, polityka zdrowotna jest odpowiedzialna za tworzenie warunków, w których ludzie żyją, pracują i dbają o swoje zdrowie. Specyficzną rolę pełni tu też system opieki zdrowotnej. Szczególnie dużymi możliwościami wpływu na zachowania związane ze zdrowiem populacji, w których działają, dysponują lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, a zwłaszcza lekarze rodzinni. Z założenia powinni oni znać nie tylko organizm pacjenta, ale także pacjenta jako osobę, wraz z jego sytuacją rodzinną, warunkami życia i kulturą środowiska, w którym on żyje. Kształtowanie prozdrowotnych nawyków poprzez indywidualny, bezpośredni kontakt z pacjentem powinno wejść na dobre do ich praktyki. Tymczasem jednak lekarze POZ są w zbyt małym stopniu motywowani do zainteresowania promocją zdrowia i profilaktyką. Koncentracja na funkcjach terapeutycznych utrudnia reagowanie na różnorodne potrzeby zdrowotne pacjentów i ich rodzin, nie związane z leczeniem dolegliwości. [Słońska 1994].

Kwestia właściwych, interpersonalnych relacji w propagowaniu przez lekarzy zachowań zdrowotnych jest szczególnie istotna w odniesieniu do osób z niższych klas społecznych. Ich relacje z lekarzami są bowiem często sprowadzane do niezbędnego minimum, a komunikacja między nimi ma charakter jednokierunkowy. Pacjenci ci często nie rozumieją specjalistycznego języka lekarza i terminologii medycznej, a nie zawsze też są w stanie sformułować właściwe pytania i uzyskać potrzebną im wiedzę [Tobiasz-Adamczyk 2002]. Potęguje to trudności w rozumieniu i wykorzystaniu przekazów dotyczących zdrowia i choroby. Z punktu widzenia rozważanych tu problemów niezbędne jest także zwiększenie dostępności systemu – szczególnie jeśli chodzi o realizację kontrolnych badań profilaktycznych.

Potencjały indywidualnego oddziaływania tkwią także w systemie szkolnym, zwłaszcza wśród młodszych dzieci, które dopiero socjalizują treści związane z dbaniem o zdrowie. Wychowanie uwzględniające wagę kultury zdrowotnej będzie w przyszłości sprzyjać intencjonalnym wyborom działań sprzyjających zdrowiu. Nie chodzi tu przy tym wyłącznie o prowadzenie edukacji zdrowotnej, ale o wprowadzanie etosu zdrowia i poczucia odpowiedzialności za nie do życia całej społeczności szkolnej – zarówno uczniów, jak i pracowników.

Analiza uwarunkowań i możliwości wpływu na poziom zdrowia społeczeństwa poprzez kształtowanie i upowszechnianie prozdrowotnego stylu życia powinna zatem uwzględniać nie tylko zróżnicowane możliwości adaptacji poszczególnych jednostek, ale także społeczny kontekst, w jakim żyją, który urealnia bądź utrudnia prowadzenie pożądanego stylu życia na co dzień. Czynniki pozycji społecznej są wypadkową regulującą dostęp do zasobów istotnych dla zachowania zdrowia, ale to makrospołeczne decyzje polityczne i ekonomiczne, osiągnięty poziom rozwoju gospodarczego tworzą społeczne zasoby niezbędne do prowadzenia zdrowych stylów życia. Ubóstwo, bezrobocie, procesy dezintegracji społecznej te zasoby minimalizują.

Na wagę partnerstwa państwa z obywatelami wskazują międzynarodowe dokumenty współtworzące zasady promocji zdrowia. Karta Ottawska, ogłoszona w 1986 roku, stwierdza, że umacnianie zdrowia społeczeństw to umacnianie potencjału fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości człowieka, które

winno być przedsięwzięciem politycznym i społecznym, wymagającym aktywności różnych grup i struktur społecznych. Karta ta wymienia pięć zasadniczych obszarów działania, które są niezbędne do kompleksowych oddziaływań na rzecz zdrowia społeczeństw. Są to: budowanie prozdrowotnej polityki państwa, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie aktywności całego społeczeństwa na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu (style życia), oraz reorientacja służby zdrowia w kierunku jej większej otwartości na profilaktykę i edukację zdrowotną [Ottawa Charter... 1986.

Konkluzją powyższych rozważań jest więc stwierdzenie, że uwarunkowania zdrowego stylu życia lokują się na kilku poziomach: makrospołecznym, (instytucjonalnym), kulturowym i na końcu jednostkowym – a ich skuteczne promowanie wymaga integracji działań ze wszystkich tych poziomów. Potrzebne są zatem nowoczesne strategie rozwiązywania problemów zdrowotnych, odpowiadające kompleksowemu charakterowi czynników oddziałujących na zdrowie społeczeństw poprzez tworzenie indywidualnych i społecznych zasobów dla zdrowia i zapewnienie ich egalitarnej dystrybucji. Kształtowanie stylów życia i indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie musi więc być wspierane oddziaływaniami polityki państwa na społeczne i środowiskowe determinanty zachowań zdrowotnych.

Mimo całej złożoności kształtowania prozdrowotnych stylów życia to jednak właśnie one stwarzają szanse radykalnego zmniejszenia zachorowań na szereg chorób stanowiących aktualnie największe zagrożenie dla życia ludzkiego, choć ich efekty nie są natychmiastowe. Doświadczenia krajów, które potrafiły konsekwentnie je wdrażać, pokazują wyraźnie efekty tych działań: w przypadku samej tylko choroby wieńcowej w Finlandii w ciągu 20 lat obniżono umieralność o 32%, a w Japonii umieralność i zachorowalność z powodu udarów mózgu o 75% [Sadowski 1994].

Bibliografia

- Berkman L, Breslow, L. (1983), *Health and the Ways of Living: The Alameda County Study*. Oxford University Press, Faurlaw, N. J.
- Blaxter M., 1995, *Health and lifestyles*. Routledge, London, New York.
- Domański H., 2008, *Merytokracja w zasadach dystrybucji wynagrodzeń w latach 1982-2005*. (w:) Domański, H. (red.), *Zmiany stratyfikacji społecznej w Polsce*. Wydawnictwo IfiS PAN, Warszawa.
- European Health for All Database*. 2012. WHO Europe.
- Feagin J.R, Feagin C.B. (1997), *Social Problems. A Critical Power – Conflict Perspective*. Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J.
- Izdebski Z., (2006), *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra.
- Kickbusch I. (1990), *Health Promotion – the Move Towards a New Public Health*. (w:) Anderson, R., Kickbusch I., (red) *Health Promotion. A Resource Book*. WHO Copenhagen.

- Lalonde M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*. (w:) Working Document, Government of Canada, Ottawa.
- Mackenbach J. (2005), *Health Inequalities: Europe in Profile*. An Independent Expert Report Commissioned by the UK Presidency of EU.
- Marmot M. (1996), *The Social Patterns of Health and Disease*. (w:) Blane D., Brunner E. *Health and social organization*. Routledge, London.
- McKeown T. *The Role of Medicine – Dream, Mirage or Nemesis?* Basil Blackwell, Oxford.
- Ostrowska A. (2000), *Styl życia a zdrowie- bilans dekady*. (w:) Domański, H., Ostrowska, A., Rychard, A., (red.) *Jak żyją Polacy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Ostrowska A. (2011a), *Psychospołeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 2.
- Ostrowska A. (2011b), *Profilaktyka dla ubogich. Przypadek profilaktyki raka szyjki macicy*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 2.
- Ottawa Charter for Health Promotion, (1986), UN.
- Puchalski K. Korzeniowska E., (2011), *Zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” nr 2.
- Sadowski Z. (1994) *Promocja Zdrowia - szansa i konieczność*. Promocja Zdrowia. „Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 3-4.
- Słońska Z. (1994), *Promocja Zdrowia – zarys problematyki*. Promocja Zdrowia. „Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1-2.
- Targets for Health for All*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (1985).
- The European Health Report 2005: Public Health Action for Healthier Children and Populations*, WHO Europe.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2002), *Relacje pacjent – lekarz w perspektywie socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Wardle J., Steptoe A. (1991), *The European Health and Behaviour Survey: Rationale Methods and Initial Results from the United Kingdom*. “Social Science and Medicine”, nr 8.