

Agnieszka Borowiec

Izabella Lignowska

Marta Makowska

Instytut Kardiologii w Warszawie

***Czy działania edukacyjne prowadzone
w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kreują
„nowych dewiantów”?¹***

Wstęp

W ostatnich kilkunastu latach rośnie w Polsce liczba podejmowanych przez różne instytucje działań skierowanych do ludzi zdrowych, których celem jest nie tylko zapobieganie nowym zachorowaniom, ale również wzmacnianie potencjału zdrowotnego jednostek i zbiorowości. Nasilenie tego typu działań nastąpiło wraz ze wzrostem popularności promocji zdrowia, która powstała niejako w opozycji do tradycyjnie pojmowanej profilaktyki chorób. Chociaż w literaturze podkreśla się różnice dzielące oba podejścia (patrz Słońska, Misiuna 1994), to w praktyce konkretne działania prowadzone w ramach profilaktyki pierwotnej i promocji zdrowia są często podobne i w głównej mierze przybierają postać edukacji zdrowotnej skoncentrowanej na tak zwanym zdrowym stylu życia. U jej podstaw

¹ Praca została sfinansowana w ramach projektu statutowego nr 2.13/I/07 „Pojęcie zdrowia w myśleniu potocznym i orientacje życiowe Polaków a postawy wobec pierwotnej profilaktyki i promocji zdrowia” Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie realizowanego w latach 2007–2009.

leży między innymi założenie, iż przynajmniej dla większości ludzi zdrowie jest wartością cenioną na tyle wysoko, że są oni skłonni podejmować różne działania, aby je zachować. Stąd też przyjmuje się, iż wiedza o konsekwencjach zdrowotnych różnych zachowań sprawia, iż ludzie zmieniają je w taki sposób, aby były one korzystne dla zdrowia.

Profilaktyka i promocja zdrowia w Polsce są realizowane głównie przez instytucje medyczne (Słońska 2000), co prowadzi do dominacji paradygmatu medycznego w sposobie ich realizacji – ignorowane są inne poza behawioralnymi uwarunkowania zdrowia, jak na przykład kulturowe czy strukturalne. Mimo że działania prowadzone w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kierowane są do całych populacji, to w rzeczywistości obiektem ich oddziaływań jest jednostka i to ona jest w konsekwencji obarczana odpowiedzialnością za swoje zdrowie.

Przedstawione wyżej założenia profilaktyki i promocji zdrowia: prymat zdrowia nad innymi wartościami oraz dominująca rola jednostki w osiąganiu zdrowia, pokrywają się z głównymi założeniami ideologii *healthismu* opisywanej przez zachodnich badaczy od początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku (Crawford 1980)². Według Crawforda (2006), *healthism* jako specyficzna forma medykalizacji przyczynia się do przenikania norm medycznych do życia społecznego w postaci norm społecznych regulujących zachowania związane ze zdrowiem. Edukacja zdrowotna prowadzona w ramach profilaktyki i promocji zdrowia, wykorzystująca w coraz większym stopniu środki masowego przekazu, może mieć dla tego procesu kluczowe znaczenie.

Artykuł ten jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy wraz z rozpowszechnieniem działań edukacyjnych realizowanych w ramach profilaktyki i promocji zdrowia można mówić o przenikaniu ideologii *healthismu* do świadomości społeczeństwa polskiego, czego wyrazem byłoby powstawanie norm społecznych regulujących zachowania związane ze zdrowiem.

Medykalizacja a kontrola społeczna

Medykalizacja jest zjawiskiem od dawna już opisywanym w literaturze zachodniej. Najkrócej mówiąc, można ją określić jako proces, w wyniku którego coraz więcej obszarów życia codziennego przechodzi pod medyczną jurysdykcję (Zola 1983, za: Conrad 1992). Zola wyodrębnił dwa związane ze sobą sposoby rozumienia medykalizacji. Pierwszy z nich traktuje medykalizację jako ekspansję medycznej władzy profesjonalnej na szersze obszary życia, szczególnie na zachowania dewiacyjne, zastępującej takie instytucje jak religia i prawo oraz ich sposoby kontroli społecznej. Medykalizacja w drugim rozumieniu oznacza

² Trzeba zaznaczyć, iż zgodnie z teorią promocji zdrowia, zdrowie traktowane jest raczej jako zasób, a nie cel sam w sobie, a także akcentowane jest znaczenie dla zdrowia uwarunkowań społecznych i środowiskowych (por. Słońska, Misiuna 1994, s. 19).

rozszerzanie się zakresu zjawisk społecznych zmodyfikowanych przez pojęcia zdrowia i choroby i jest rozważana często jako pomocna w rozumieniu społecznej kontroli dewiacji (Zola 1972, za: Crawford 1980).

Specyficznym przejawem medykalizacji jest według niektórych badaczy *healthism*. Oznacza on szczególnie sposób postrzegania zdrowia, który polega na uznaniu go za najważniejszą wartość oraz koncentrowaniu uwagi na zdrowiu jednostki jako podstawie do definiowania i osiągania dobrostanu. Cel ten ma być osiągnięty głównie za pomocą modyfikacji stylu życia. Zmiana stylu życia leży w gestii jednostki, zatem to ona jest odpowiedzialna za swoje zdrowie (Crawford 1980).

Healthism jest krytykowany przez niektórych badaczy, niekiedy bardzo ostro (Crawford 1980, 2006; Scrabanek 1998; Słońska 2005; Puchalski 2005), między innymi za zjawisko zwane „obwinianiem ofiary” oraz za to, że przyczynia się do wywierania presji na ludzi, aby zachowywali się w sposób uznawany za korzystny dla zdrowia. Ten krytyczny stosunek oddaje choćby polskie tłumaczenie terminu *healthism* na „kult zdrowia” (Słońska, Misiuna 1994) czy używanie w odniesieniu do niego sformułowanie „terroryzm zdrowotny” (Słońska 2005).

Crawford (1980, 2006) traktuje ideologię *healthismu* jako formę medykalizacji, gdyż prowadzi ona do oceniania zachowań ludzi z punktu widzenia konsekwencji zdrowotnych tych zachowań. Poszerza zatem zakres zjawisk definiowanych jako zdrowie-choroba o zdrowe i niezdrowe zachowania, a także sprzyja wywieraniu społecznego nacisku na jednostki, aby podejmowały zachowania „zdrowe”, czyli takie, które zgodne są z normami propagowanymi przez profilaktykę i promocję zdrowia. Trzeba podkreślić, że u źródeł tych norm leży wiedza medyczna, a zatem medycyna pełni w ten sposób istotną rolę w normalizowaniu życia społecznego.

Medykalizacja jest ściśle związana z medyczną kontrolą społeczną, którą w tym kontekście można określić jako „sposób, w jaki medycyna funkcjonuje (intencjonalnie bądź nie), przyczyniając się do przestrzegania norm społecznych – w szczególności poprzez użycie medycznych środków do minimalizowania, eliminowania lub normalizowania zachowań dewiacyjnych” (Conrad i Schneider 1980, za: Chriss 2007). Oznacza to, że w procesie medykalizacji medycyna zastępuje inne instytucje kontroli społecznej, które pełniły tę funkcję w przeszłości, a dewiacja zamiast być określana, jak w przeszłości, jako skutek ignorancji, grzech, zło, jest definiowana jako choroba i stąd wymaga leczenia i rehabilitacji (por. Chriss 2007; Foucault 1999).

Medyczna kontrola społeczna pojmowana w powyższy sposób, tak jak kontrola społeczna rozumiana zgodnie z paradygmatem etiologicznym, koncentruje się na eliminacji dewiantów, przy założeniu stałości i obiektywności norm społecznych i dewiacji. Tymczasem problemem analizowanym w niniejszej pracy jest to, jak wskutek medycznej kontroli społecznej powstają normy społeczne, a co za tym idzie nowa kategoria dewiantów. Taki sposób podejścia do norm

społecznych i dewiacji jest właściwy dla paradygmatu reakcji społecznej (Becker 1963, za: Siemaszko 1993). Zgodnie z nim, sam czyn nie jest dewiacyjny, a zostaje tak określony dopiero w trakcie interakcji społecznej. O istnieniu normy społecznej regulującej jakieś zachowanie można mówić wówczas, gdy zachowanie niezgodne z tą domniemaną normą wywołuje negatywne reakcje społeczne, innymi słowy, gdy osoby łamiące normę zostają naznaczone jako dewianci. W taki właśnie sposób może dojść do określenia neutralnych dotąd zachowań jako zachowań dewiacyjnych. Becker twierdzi, iż to „grupy społeczne tworzą dewiacje poprzez stworzenie reguł, których naruszenie tworzy dewiację, oraz przez zastosowanie tych reguł do pojedynczych ludzi i określenie ich outsiderami. Z tego punktu widzenia dewiacja nie jest własnością czynu, który osoba popełniła, lecz raczej konsekwencją zastosowania przez innych reguł i sankcji wobec sprawcy (*offender*). Dewiant jest tym, wobec kogo została skutecznie zastosowana etykieta; zachowanie dewiacyjne jest zachowaniem, które ludzie tak nazwali” (Becker 1973, za: Welcz 1985, s. 70).

Grupy społeczne kreujące normy to grupy mające władzę polityczną, ekonomiczną lub sprawujące „rząd dusz”, a ich egzekwowanie opiera się na przymusie. W przypadku prezentowanego projektu badawczego za grupę posiadającą władzę uznani zostali promotorzy zdrowia, którzy poprzez swą działalność edukacyjną prowadzoną między innymi za pomocą takich potężnych instrumentów oddziaływania jak środki masowego przekazu mogą przyczyniać się do powstawania i egzekwowania norm społecznych regulujących zachowania związane ze zdrowiem.

Cel badania

Celem analizy jest odpowiedź na pytanie, czy łamanie norm regulujących zachowania uważane przez promotorów zdrowia za mające wpływ na zdrowie spotyka się z negatywnymi sankcjami społecznymi? Zgodnie z paradygmatem reakcji społecznej, mogłoby to świadczyć o istnieniu norm społecznych regulujących te zachowania, a jednocześnie wskazywać na powstawanie nowej kategorii dewiantów.

Opis badania

Odpowiedzi na powyższe pytanie posłuży analiza danych uzyskanych w wyniku realizacji dwuetapowego projektu badawczego „Pojęcie zdrowia w myśleniu potocznym i orientacje życiowe Polaków a postawy wobec profilaktyki i promocji zdrowia”. Pierwszy etap badania został przeprowadzony metodą wywiadu pogłębionego od czerwca 2007 do kwietnia 2008 roku. Scenariusz wywiadu obejmował między innymi takie zagadnienia, jak: zachowania pożądane

i niepożądane z punktu widzenia profilaktyki i promocji zdrowia oraz stosunek otoczenia do osób postępujących niezgodnie z zasadami profilaktyki i promocji zdrowia. W literaturze wskazuje się zazwyczaj pięć zachowań, których wpływ na zdrowie został najlepiej udokumentowany. Są to: właściwy sposób odżywiania się, niepalenie tytoniu, nienadużywanie alkoholu, aktywność fizyczna oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. Stały się one głównymi filarami propagowanego przez promotorów zdrowia zdrowego stylu życia (por. Gniazdowski 1990; Ostrowska 1999). Jakkolwiek te właśnie zachowania były głównym przedmiotem zainteresowania w niniejszym badaniu, to jednak pytania skierowane do respondentów zostały tak sformułowane, aby umożliwić samym badanym określenie, co jest zdrowe, a co niezdrowe z ich punktu widzenia. Przeprowadzono 30 wywiadów pogłębionych. Badane osoby różniły się ze względu na płeć, wiek, poziom wykształcenia oraz miejsce zamieszkania.

O istnieniu dewiantów łamiących normy zachowania propagowane przez profilaktykę i promocję zdrowia oraz o rodzaju sankcji wobec nich stosowanych wnioskowano, zgodnie z paradygmatem reakcji społecznej, z relacji badanych, w których opisywali oni:

- negatywne reakcje otoczenia na ich zachowania niekorzystne dla zdrowia;
- własne negatywne reakcje na niekorzystne dla zdrowia zachowania innych osób;
- sytuacje, kiedy badani byli świadkami negatywnych reakcji jednych osób na szkodliwe dla zdrowia zachowania innych osób.

Drugi etap badania został zrealizowany metodą wywiadu kwestionariuszowego w dniach 12–19 listopada 2008 roku przez sieć ankierską CBOS na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej liczącej 934 osoby. Kwestionariusz wywiadu zawierał między innymi pytania o to, czy respondenci zetknęli się z negatywnymi reakcjami społecznymi na swe zachowania niezgodne z zaleceniami zdrowego stylu życia. Pytano również o negatywne reakcje respondentów na zachowania innych osób. Na podstawie odsetków odpowiedzi twierdzących na te pytania wnioskowano o skali zjawiska.

Wyniki

Sankcje, z jakimi spotykają się jednostki naruszające normy zdrowego stylu życia – na podstawie wywiadów pogłębionych

Poniżej prezentujemy przykłady reakcji negatywnych na zachowania niezgodne z zachowaniami zalecanymi przez promotorów zdrowia zrelacjonowane przez badanych podczas wywiadów pogłębionych. Istnienie tych reakcji pozwala przypuszczać, iż normy zachowań propagowane przez profilaktykę i promocję zdrowia przekształcają się w normy społeczne. Niektóre zachowania wywołują

silne negatywne reakcje emocjonalne, podczas gdy inne „niezdrowe” zachowania zdają się z takimi reakcjami nie spotykać.

Norma niepalenia tytoniu

Zachowaniem, które było najczęściej opisywane jako wywołujące negatywne reakcje, okazało się palenie tytoniu. Jednym z rodzajów sankcji negatywnej stosowanej wobec palaczy jest zwracanie uwagi, pouczanie lub próby namówienia palaczy do porzucenia nałogu. Ilustrują to następujące wypowiedzi: „Jak tylko wychodzę, czy muszę zrobić przerwę w konwersacji, bo idę zapalić, a to już wszyscy mówią: «Dlaczego Ty palisz? To jest niezdrowe»”, (W19); „Czasami tak tylko za drzwiami wychodzimy [zapalić papierosa], a nasza praca jest obok urzędu pracy, do którego (...) idzie mnóstwo ludzi (...). No i ja nie lubię tam stawać, bo właśnie jak się tam stanie, to właśnie człowiek się naraża na to, że go zaraz wszyscy będą chcieli – a przynajmniej duża część - odzwyczajają” (W6).

Oprócz uwag wyrażanych wprost, palacze narażeni są na całą gamę zachowań pośrednio piętnujących ich „zły” nawyk. Są to na przykład wykonywanie ostentacyjnych gestów, żarty, ośmieszanie, demonstracyjne zwracanie uwagi na przykry zapach. Jeden z młodych respondentów następująco opowiadał o swej reakcji na osoby palące w miejscach publicznych „(...) taki mam nawyk, że jak widzę, że ktoś pali na przystanku, to robię takie kółko wokół tej osoby (...), żeby wszyscy zobaczyli, że ja po prostu nie chcę wachać tego okropnego dymu. (...) Bo w tym, co ja robię wtedy, nie ma żadnej złośliwości kompletnie, tylko to jest takie między wierszami umiejscowienie tego, że ta osoba jest obrzydliwa, dlatego że pali” (W20). Ta sama osoba jako sposób „walki” z nałogiem innych osób wskazywała: „(...) robienie śmiesznych gestów z papierosami na przykład albo zatykanie nosa w jego [palacza] obecności” (W20). Inny respondent stosuje formę jakby żartu, by wyrazić swą dezaprobatę w stosunku do osób palących: „Życzę smacznego, jak ktoś pali papierosa. (...) Nawet obcym ludziom” (W25). Niektórzy wyrażają swój negatywny stosunek do palenia papierosów poprzez zwracanie uwagi na towarzyszący temu przykry zapach: „Tak, dzieci gonią... tak. Szczególnie starsza córka i syn także zawsze mówi: ach ty smrodziuchu” (W26).

Bardzo silne i kategorycznie wyrażane negatywne nastawienie niektórych respondentów do palaczy sugeruje, iż coraz bardziej zakorzenia się w polskim społeczeństwie norma niepalenia. Palacze byli wymieniani czasem jednym tchem z innymi jednostkami łamiącymi normy społeczne, takimi jak homoseksualiści, narkomani czy kryminaliści: „Ale jeżeli on sam sobie ten gwóźdź do trumny wbija [paląc] i później my wszyscy mamy za to [płacić]! (...) Ja jestem bardzo cięta na takie historie. Albo tych narkomanów! (...) Ja zaraz się zdenerwuję! Te wszystkie więzienia całe to towarzystwo bym zagoniła też do roboty jakiejś!

Niech pracuje! Niech robi coś pożytecznego! Oczywiście tych, którzy się tam nadają, bo takich wypuszczają, wychodzi taki i zaraz kogoś kolejnego zamorduje, zabije...” (W10).

Oprócz dewiacji czystej, kiedy to zachowanie jednostki sprzeczne z normą społeczną postrzegane jest przez otoczenie społeczne trafnie jako dewiacja, Becker (1963, za: Siemaszko 1993) wyróżnia jeszcze trzy typy zachowań dewiacyjnych, z których jednym jest dewiacja ukryta. Dewiacja ukryta ma miejsce w sytuacji, gdy jednostka, łamiąc normę społeczną i sama uważając się za dewianta, jest postrzegana przez innych jako konformista, gdyż widownia społeczna nie jest świadoma jej dewiacyjnego zachowania. Wydaje się, że podobne sytuacje były relacjonowane przez niektórych badanych. Zdając sobie sprawę, że ich zachowanie łamie normę społeczną, starali się oni unikać publicznego podejmowania tego zachowania. Ilustruje to wypowiedź: „No jeszcze się z tym nie spotkałam [ze zwracaniem uwagi przez obce osoby], bo nawet by nie wypadło, wie pani, pójść mi na przystanek i trzymać papierocha w rękę, przy buzi w tym wieku” (W2); „Ja staram się być bardzo, bardzo kulturalna w stosunku do innych osób i jeżeli znajduję się w miejscu publicznym, nawet jeżeli to jest na świeżym powietrzu, to po prostu nie palę” (W7).

Norma „nienadużywania alkoholu”

Respondenci dosyć rzadko opisywali sytuacje negatywnego reagowania na sam fakt picia alkoholu. Z ich wypowiedzi wynika, iż picie alkoholu jest przedmiotem negatywnych sankcji w postaci uwag, pouczenia, wyśmiewania, wówczas gdy widoczne są negatywne pośrednie i bezpośrednie skutki jego nadużywania. W wypowiedziach badanych nie pojawiły się natomiast wzmianki o negatywnych reakcjach na picie alkoholu spowodowane świadomością negatywnych konsekwencji zdrowotnych tego zachowania. Jeden z respondentów, mieszkaniec wsi, opowiadał o obserwowanych przez siebie reakcjach ludzi na osobę, która nadużyła alkoholu: „Wyśmiewają się z niego, a to leży tam, a to lakier pozdzierał sobie, jak to mówią. Jak na twarz nieraz się wywróci, to się śmieją, że maskę ma poobdzieraną, do lakiernika trzeba. A przede wszystkim żonaty, dzieciaty. Nawet jak żona pije, kobieta (...) też ma zły wpływ na otoczenie, bo ludzie zaraz obmawiają (...), jest dużo krytyk”(W13). Inna respondentka z niewielkiej miejscowości podwarszawskiej opisuje swe reakcje następująco: „Komentuję, bo jak [osoba nietrzeźwa] przeklina czy coś mówi przy tym, to zwracam uwagę. Wtenczas już się odzywam i mówię!” (W4).

O tym, że nadużywanie alkoholu prowadzi do negatywnych reakcji otoczenia społecznego, świadczy też wypowiedź respondenta, który w przeszłości nadużywał alkoholu, co spotykało się z uwagami i „upomnieniami” sąsiadów. Podsumował on następująco swoje odczucia w takich sytuacjach: „No po prostu człowiek się wstydził tego wszystkiego” (W28).

Normy „właściwego odżywiania się” i „niedopuszczania do otyłości”

W wypowiedziach badanych prawie nieobecny okazał się temat reakcji negatywnych wobec osób łamiących normy zdrowego odżywiania się. Ewentualne sankcje dotyczą nie sposobu odżywiania się, ale niekontrolowanego jedzenia i otyłości jako jego domniemanego skutku: „Ja mam takie krótkie stwierdzenia dla takich tłuściochów: mniejsza łyżka, mniejsza miska. No innej metody nie ma. Bo tak to usprawiedliwiają się: a to geny, coś tam, coś tam... No to ile geny, (...), ile po proszkach tam procent [jest] tych otyłych? A reszta to chyba [ich] własny wybór” (W22). Inna respondentka opisuje reakcje otoczenia na swój sposób jedzenia następująco: „[Zwracają mi uwagę] współpracownicy najbliżsi albo na przykład osoby, które mają problemy z nadwagą. Jak patrzę, że ja jem tak dużo, to jakby (...) widzą siebie jedzących i mówią: «Ojej, co robisz? Ale przecież (...) od tego się (...) tyje albo zęby się psują!» (W18).

W nielicznych wypowiedziach opisywano negatywne reakcje otoczenia na nadwagę lub otyłość innych osób. Oto relacja respondentki opisująca negatywne reakcje otoczenia na otyłe osoby, w której pojawiło się odwołanie do zdrowia: „To [stosunek do otyłej osoby] zależy od charakteru tej osoby. Bo jeżeli ta osoba (...) podchodzi do siebie tak z dystansem, żartobliwie nawet, to nie przeszkadza nikomu. Jeżeli ma jeszcze poczucie humoru, to absolutnie to jest fajnie. Oczywiście uwagi są, jeśli chodzi o zdrowie: «Ty to powinieneś zadbać o siebie» albo «powinnaś zadbać o siebie, bo to do niczego dobrego nie doprowadzi »” (W10). Inna respondentka z nadwagą opisywała krytyczne uwagi różnych osób wobec jej tuszy: „Jeżeli ktoś mi w oczy powie: «Ale Ty jesteś gruba» albo «No mogła-byś schudnąć», to też nie jest nic przyjemnego, prawda?” (W23).

Problem kontroli własnej wagi (odchudzania się, stosowania diet itp.) przewijał się w wypowiedziach badanych. Na ogół deklarowanym powodem „zrzucania wagi” były względy społeczne (lepiej wygląda osoba szczupła, wszyscy się odchudzają) oraz samopoczucie (zadyszka), nie zaś przyszłe konsekwencje zdrowotne otyłości.

Norma „uprawiania aktywności fizycznej”

Wydaje się, że nie istnieje jeszcze norma aktywnego spędzania wolnego czasu w takim stopniu, by jej nieprzestrzeganie prowadziło do sankcji negatywnych. Nie pojawiły się wypowiedzi świadczące o negatywnych reakcjach wobec osób, które spędzają czas wolny mało aktywnie. Nawet osoby aktywne akceptują brak aktywności fizycznej u innych: „W sumie nie myślę, że to niezdrowe [bierny wypoczynek]. Myślę, że [ludzie wypoczywający biernie] po prostu to lubią” (W1). Jednak o dokonującej się zmianie w kierunku powstawania normy uprawiania aktywności fizycznej zdają się świadczyć wypowiedzi niektórych badanych, na

przykład: „(...) większość moich kolegów, znajomych ćwiczy (...) jeden drugiemu właśnie mówi <<Ty musisz iść poćwiczyć!>>” (W19). Interesujące jest to, że jakkolwiek respondenci nie krytykowali braku aktywności fizycznej, to fakt jej podejmowania wywoływał pozytywne reakcje niektórych spośród nich: „Pełna podziwu jestem, że są w stanie tak tego dopilnować [ludzie uprawiający aktywność fizyczną] i co rano wybiec i sobie pobiegać. Bo to jest bardzo trudno się zmobilizować” (W6). Osoby aktywne fizycznie możnaby zatem określić mianem dewiantów pozytywnych (por. Siemaszko 1993).

Rozpowszechnienie normy „zdrowego stylu życia” – na podstawie badania sondażowego

Powyżej opisano sankcje, jakim poddawane są osoby łamiące normy nakazujące prowadzenie zdrowego stylu życia. Następnym krokiem będzie próba uzyskania wiedzy o tym, jak często te sankcje są stosowane, czyli wyobrażenia o rozpowszechnieniu norm w społeczeństwie. Jak się okazało, znaczna część społeczeństwa albo bywa poddawana sankcjom, albo sama nakłada sankcje na zachowania innych osób. Blisko 44% badanych zetknęło się z jakimiś negatywnymi reakcjami otoczenia społecznego, gdy robili coś niezgodnego z zaleceniami zdrowego stylu życia. Do własnych reakcji negatywnych wobec osób postępujących niezgodnie z zasadami zdrowego stylu życia przyznało się aż 65% badanych.

Tabela 1. Rozpowszechnienie sankcji negatywnych wobec zachowań niezgodnych z zaleceniami zdrowego stylu życia

Zachowanie	Badani, którzy zetknęli się z negatywną reakcją kogoś z otoczenia		Badani, którzy reagowali negatywnie na zachowania innych osób	
	Liczebność	%	Liczebność	%
zachowania niezgodne z zaleceniami zdrowego stylu życia – ogólnie	409	43,8	606	64,9
palenie tytoniu	229	24,6	451	48,3
picie alkoholu	173	18,5	395	42,3
sposób odżywiania się	173	18,5	262	28,0
brak ruchu, ćwiczeń	100	10,7	203	21,7
dopuszczenie do nadwagi	89	9,5	185	19,8
nieumiejętność radzenia sobie ze stresem	84	9,0	171	18,4
Ogółem	934	100,0	934	100,0

Uwaga. Procenty nie sumują się do 100, gdyż badani mogli wskazać kilka zachowań, które spotykają się negatywnymi reakcjami ich samych lub ich otoczenia społecznego.

Wydaje się uzasadnione nietraktowanie zachowań składających się na zdrowy styl życia jako regulowanych przez jedną normę. Jak już pokazało badanie jakościowe, zachowania te mogą być w różnym stopniu regulowane przez normy społeczne i stąd w różnym stopniu osoby łamiące te normy mogą być poddawane sankcjom. Dlatego też badanych pytano nie tylko o to, czy byli poddani sankcjom lub czy sami je stosowali, ale także jakie zachowania ich lub osób z ich otoczenia były powodem tych sankcji.

Najczęściej wskazywanym zachowaniem wywołującym negatywne reakcje okazało się palenie tytoniu, za które sankcjom negatywnym poddano 25% badanych, a aż 48% respondentów zadeklarowało, iż oni sami reagują negatywnie na to zachowanie u innych osób. Na kolejnej pozycji jako zachowania wywołujące negatywne reakcje wobec respondentów znalazły się nadużywanie alkoholu oraz nieprawidłowy sposób odżywiania się. Każde z tych niekorzystnych zachowań było powodem negatywnych reakcji wobec niemal co piątej badanej osoby (po około 19%). Przy czym sami respondenci częściej reagowali negatywnie na picie alkoholu niż na niewłaściwy sposób odżywiania osób z ich otoczenia. Reakcje w pierwszym przypadku zadeklarowało 42% badanych, w drugim – 28%. Pozostałe zachowania: nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, brak ruchu, ćwiczeń, a także dopuszczenie do nadwagi jako powód negatywnych reakcji wskazywano znacznie rzadziej. Aby uzmysłowić sobie, jaka jest naprawdę skala występowania sankcji negatywnych wobec określonych zachowań, trzeba je porównać z częstością występowania tych zachowań w populacji. I tak na przykład odsetek palaczy w społeczeństwie wynosi około 34% (Przewoźniak, Zatoński 2002), a odsetek osób, które, jak wynika z naszego badania, zetknęły się z negatywnymi reakcjami na palenie przez nich papierosów – 25%. Oznacza to, że *gros* palaczy spotyka się z negatywnymi reakcjami.

By uzyskać wyobrażenie o rozpowszechnieniu norm, warto też zwrócić uwagę na to, jaki odsetek społeczeństwa zetknął się z nimi w jakikolwiek sposób, reagując na ich łamanie lub będąc poddanym sankcjom z powodu ich łamania. Osoby, które albo były narażone na negatywne reakcje, albo same je wyrażały, stanowią aż trzy czwarte badanych.

Pięćdziesiąt dziewięć procent badanych reagowało na łamanie normy niepalenia papierosów lub spotkało się z taką reakcją ze strony osób z ich otoczenia. W przypadku picia alkoholu odsetek ten wynosi 52, a w przypadku sposobu odżywiania się -37. Odsetki osób, które zetknęły się w jakiś sposób z łamaniem normy regulującej, któreś z pozostałych zachowań, są mniejsze i wynoszą od 23 do 28. Dane te sugerują, że rozpowszechnienie w społeczeństwie polskim norm społecznych regulujących zachowania składające się na zdrowy styl życia może być dość duże, aczkolwiek różne w odniesieniu do różnych zachowań.

Wnioski

Wyniki badania wskazują na istnienie negatywnych reakcji społecznych na przynajmniej niektóre zachowania niezgodne z modelem lansowanym w ramach profilaktyki i promocji zdrowia. Może to świadczyć o tworzeniu się norm społecznych regulujących zachowania związane ze zdrowiem, a jednocześnie wskazuje na możliwość pojawienia się nowej kategorii dewiantów, czyli osób łamiących wspomniane normy społeczne. Z kolei pojawianie się norm społecznych, u których źródeł leżą normy medyczne pozwala wnioskować o przenikaniu ideologii *healthismu* do świadomości społecznej społeczeństwa polskiego. Wydaje się, iż proces ten jest w fazie początkowej, nie obejmuje bowiem wszystkich segmentów społeczeństwa w jednakowym stopniu. Niektóre wypowiedzi badanych zebrane w trakcie wywiadów pogłębionych sugerują istnienie w Polsce takich środowisk, gdzie łamaniem normy jest postępowanie zgodne z zalecanym przez profilaktykę i promocję zdrowia wzorem, nie zaś z nim sprzeczne. Respondenci relacjonowali sytuacje, w których potępienie, zdziwienie czy naśmiewanie się były reakcją na zachowania propagowane przez promotorów zdrowia jako korzystne dla zdrowia, takie jak zaprzestanie palenia, ograniczenie picia alkoholu czy stosowanie różnych diet.

Na proces tworzenia się norm społecznych regulujących zachowania składające się na zdrowy styl życia można spojrzeć z dwu stron: po pierwsze, jako świadczący o poziomie skuteczności programów profilaktyki pierwotnej i promocji zdrowia; po drugie, rozważając aspekt etyczny tych programów, jako proces prowadzący do określenia szeregu osób jako dewiantów.

Gdy bierze się pod uwagę pierwszy z wymienionych wyżej punktów widzenia nasuwa się wniosek, iż wysoka skuteczność programów profilaktyki pierwotnej i promocji zdrowia jest widoczna, szczególnie w przypadku tych zachowań, które są od jakiegoś czasu przedmiotem nasilonych działań niosących jednoznaczny komunikat. Taka sytuacja ma miejsce w przypadku palenia tytoniu, czyli zachowania, które wydaje się być w największym stopniu regulowane przez normę społeczną. Jest ono ponadto przedmiotem regulacji prawnej (Dz.U. 1996). Istniejące w Polsce od 1996 roku przepisy ograniczające palenie tytoniu w miejscach publicznych zapewne wpłynęły, obok intensywnej kampanii edukacyjnej, na sposób postrzegania tego zachowania. Tymczasem w przypadku pozostałych zachowań mamy do czynienia z działaniami edukacyjnymi nie tylko o mniejszej intensywności, ale także zawierającymi niejednoznaczne, a niekiedy sprzeczne komunikaty. Wydaje się, że negatywne reakcje na nadużywanie alkoholu są bardziej efektem wieloletnich działań prowadzonych pod szyldem przeciwdziałania patologiom społecznym niż profilaktyki i promocji zdrowia. Zalecenia dotyczące alkoholu są w niewielkim stopniu obecne w propagowanym przez promotorów zdrowia modelu zdrowego stylu życia, stąd też prawdopodobnie wynika

rozbieżność między dość dużymi odsetkami wskazań w badaniu sondażowym na picie alkoholu jako wywołujące sankcje negatywne a nikłą obecnością tego wątku w wywiadach pogłębionych, gdzie badani sami wskazywali zachowania szkodliwe dla zdrowia. Powodem stosunkowo mało rozpowszechnionej normy stosowania zdrowej diety może być fakt, że zalecenia profilaktyki i promocji zdrowia dotyczące tej sfery są złożone, a ponadto media propagują wiele konkurencyjnych wzorów odżywiania się (różnego rodzaju diet), nie zawsze zresztą właściwych z punktu widzenia profilaktyki i promocji zdrowia. Natomiast wypowiedzi badanych wskazują, że otyłość jako domniemany skutek braku kontroli nad jedzeniem, a jednocześnie przyczyna wielu chorób, może wywoływać coraz powszechniejsze negatywne reakcje społeczne.

Mimo pozytywnych, z punktu widzenia promotorów zdrowia, konsekwencji tworzenia się norm społecznych skłaniających do zachowywania się w sposób prozdrowotny, proces ten może mieć także, jak się wydaje, wątpliwe etycznie skutki wynikające z faktu, że towarzyszy mu powstawanie nowej kategorii dewiantów: 1) Nowi dewianci stają się nimi w sposób nieintencjonalny – nie dlatego, że łamią istniejącą normę, ale dlatego, że powstaje nowa norma, zgodnie z którą ich neutralne dotychczas zachowanie staje się naganne. Poza tym, pojawiają się normy, którym pewne kategorie osób nie są w stanie się podporządkować. Tak dzieje się na przykład z normą niedopuszczania do otyłości. Powodem negatywnych reakcji społecznych może być w tym przypadku naruszenie oczekiwanych standardów normalności czy stereotypowych wyobrażeń (szczupła sylwetka), a nie intencjonalne behawioralne łamanie normy społecznej, ponieważ nie zawsze otyłość jest skutkiem niewłaściwego odżywiania się (por. Czykwin 2008). 2) Stosowanie się przez jednostki do zaleceń profilaktyki i promocji zdrowia nie daje im gwarancji bycia zdrowymi – pozwala jedynie spodziewać się poprawy kondycji zdrowotnej społeczeństwa (por. Foucault 1998). 3) Wiedza medyczna, według której dane zachowania są „zdrowe” lub „niezdrowe”, ulega zmianie, a zatem nie ma pewności, że jednostka postępując zgodnie z normami „zdrowego stylu życia” aktualnymi w danej chwili, zwiększa swe szanse na zachowanie zdrowia. 4) Istnienie normy nie daje jednostce możliwości wyboru sposobu zachowania (bez narażenia się na zostanie dewiantem), nawet jeśli jest ona gotowa ponieść negatywne konsekwencje zdrowotne swych decyzji. Dobrze oddaje ten stan rzeczy stwierdzenie Puchalskiego (2005), iż ideologia *healthismu* „zamienia prawo jednostki do zdrowia w obligację do bycia zdrowym. Ideologia ta, poparta różnymi, często ukrytymi formami przymusu społecznego, wymaga od ludzi podporządkowania się zaleceniom i regulacjom formułowanym przez <<promotorów zdrowia>>”.

Konkludując, można stwierdzić, iż proces tworzenia się w Polsce norm społecznych regulujących zachowania związane ze zdrowiem, a w związku z tym powstawania nowych kategorii dewiantów, wydaje się być w toku, chociaż jest jeszcze mało zaawansowany.

Bibliografia

- Chriss, J.J. (2007). *Social Control*. Cambridge: Polity Press.
- Conrad, P. (1992). "Medicalization and social control". *Annu. Rev Sociol.*, nr 18.
- Crawford, R. (1980). "Healthism and the medicalization of everyday life". *International Journal of Health Services*, tom 10, nr 3.
- Crawford, R. (2006). "Health as a meaningful social practice". *Health*, tom 10, nr 4.
- Czykwin, E. (2008). *Stygmat społeczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Foucault, M. (1998). *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w College de France 1976*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault, M. (1999). *Narodziny kliniki*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Gniazdowski, A. (1990). „Zachowania a zdrowie: podstawowe zależności”. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: IFiS PAN.
- Przewoźniak, K., Zatoński, W. (2002). „Decline in smoking prevalence in Poland 1974-2001, Patterns and Reasons”. Programme and Abstracts 3rd European Conference on Tobacco or Health “Closing the Gas – Solidarity for health”. 20–22 czerwca.
- Puchalski, K. (2005). “Medykalizacja promocji zdrowia”. W: K. Binkiewicz, A. Siewruk (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie. Interdyscyplinarna Konferencja Warsztatów Analiz Socjologicznych*. Warszawa: Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego.
- Scrabanek, P. (1998). *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. Suffolk: The Social Affairs Unit.
- Siemaszako, A. (1993). *Granice tolerancji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Słońska, Z. (2000). „Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a rzeczywistość”. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, nr 19.
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1994). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Słońska, Z. (2005). „Socjologiczna krytyka promocji zdrowia. Wybrane problemy”. W: Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie.
- Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996.10.55).
- Welcz, Z. (1985). „Powstanie i rozwój teorii naznaczania społecznego”. *Studia Socjologiczne*, nr 1.

Do educational actions in the field of disease prevention and health promotion create “new deviants”?

The authors present the assumption that medicalization of disease prevention and health promotion ignores these health factors which are not dependent on medicine and behaviors. They also ask a question to what extent promoting the idea of healthism, born in the 80s is assimilated in social consciousness. The authors discuss the roots of medicalization of health, the very concept of healthism, the role of medicine in controlling social behaviors. The question is: do new norms concerning health and health promotion produce “new deviants”? Thus it is not the very behavior that is deviant but how it is evaluated by society in view of these norms. The aim of empirical research was to study to what extent breaking norms concerning health is rejected by society. The research proved negative attitudes towards improper behavior, though varied in reference to different types of dissents. It suggest that the emergence of new social rules regulating health-related behavior is in process.