

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy,  
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. J. Nofera w Łodzi;  
The National Center for Workplace Health Promotion,  
The Nofer Institute of Occupational Medicine

ELŻBIETA KORZENIOWSKA

***Reference groups as an element of beliefs influencing  
health related behaviour***

---

**Grupy odniesienia jako element przekonań warunkujących  
zachowania w sferze zdrowia**

Kształtowanie prozdrowotnych zachowań to kluczowa kwestia w procesie utrzymywania i rozwoju zdrowia rozwiniętych społeczeństw. Stąd pilna potrzeba rozpoznawania czynników odpowiedzialnych za podejmowanie decyzji w sferze zdrowia oraz ich zmiany w pożądanym kierunku. Najwięcej modeli uwarunkowań zachowań zdrowotnych powstało na gruncie psychologii (Heszen-Niejodek, 1997, Schwartz, 1997, Sęk, 2000, Łuszczynska, 2004). Specjaliści tej dyscypliny poszukują źródeł postępowania człowieka w sferze zdrowia przede wszystkim w jego poczuciu skuteczności, podmiotowości, czy koherencji itp. zjawiskach psychicznych. Socjologowie z kolei koncentrują się na różniącej roli świadomości zdrowotnej oraz przynależności jednostki do określonych kategorii socjologicznych. Wobec powszechnie akceptowanej tezy o społecznej genezie ludzkich działań interesującym i płodnym kierunkiem badań wydaje się być wpływ grup odniesienia na podejmowanie określonych zachowań, w tym w sferze zdrowia. Idzie tu o takie grupy, w stosunku do których jednostka ma jakieś specyficzne nastawienie np. identyfikuje się z nimi bądź traktuje je lekceważąco lub wrogo. Tak rozumiane grupy niewątpliwie mogą dostarczać standardów, wzorów czy wartości do oceny działania w sferze zdrowia. Mogą też stawać się grupami wsparcia (Sztompka, 2002).

**METODA**

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi w 2002. r. przeprowadziło badanie na reprezentatywnej próbie 1134 pracowników przedsiębiorstw zatrudniających powyżej 100 osób, w wieku 25-35 lat i 45-55 lat, elementem którego była diagnoza roli grup odniesienia wśród przekonań uzasadniających powody podejmowania zachowań prozdrowotnych, realizowania szkodliwych dla zdrowia albo przejawiania bierności w tej sferze. Uwzględnionymi w badaniu grupami odniesienia były: a)rodzina, b)koledzy z pracy, znajomi i c)społeczeństwo (Raport, 2003). Dane zostały zgromadzone przy użyciu wywiadu kwestionariuszowego.

**WYNIKI**

Podstawowym zadaniem promocji zdrowia jest stymulowanie ludzi do podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia. Szczegółowej analizie poddano zatem przekonania towarzyszące ich realizowaniu, a wśród nich te, których przedmiotem są grupy odniesienia. A oto jak przedstawiają się uzyskane dane.

**Tab. 1. Grupy odniesienia wśród powodów podejmowania zachowań prozdrowotnych**

Zajmowana pozycja wśród 21 powodów (wg częstotliwości wskazań)	Ilość osób uznających przekonanie
11. – zrobiłem to dla dobra najbliższych, dzieci, rodziny	48% (N=1107)
16. – namówili mnie moi najbliżsi lub znajomi	24% (N=1101)
17. – chciałem pokazać innym, że potrafię to zrobić	24% (N=1100)
19. – chciałem być w zgodzie z modą na zdrowe życie	22% (N=1100)

Ważniejszymi niż grupy odniesienia powodami działań prozdrowotnych były: a) dostrzeganie instrumentalnej wartości zdrowia (67-75% wskazań), b) stan zdrowia lub uświadomienie sobie kłopotów związanych z jego pogorszeniem (57-66% wskazań), c) uznawanie takich zachowań za coś naturalnego lub przyjemność (49-58% wskazań). Jeśli idzie już o same grupy, to przyczyną aktywności prozdrowotnej najczęściej byli najbliżsi i ich dobro. Zmienne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, autoocena sytuacji materialnej różnicowały jedynie wskazywanie właśnie tej grupy. I tak wraz ze wzrostem ilości przeżytych lat częściej pojawiała się tego rodzaju motywacja. Małała jedynie, co naturalne, w najstarszej grupie ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2 P = 12,15$ ,  $df=3$ ). Jeśli idzie o wykształcenie to częściej przekonanie w wpływie rodziny wyrażały osoby po szkołach zasadniczych i średnich, niż ze skrajnych grup (tj. podstawowych i wyższych) ( $p < 0,00001$ ,  $\chi^2 P = 17,38$ ,  $df=3$ ). I wreszcie biorąc pod uwagę ocenę dochodów okazało się, że częstość wskazań na ten powód zwiększała się ze wzrostem niezadowolonia z ich wysokości, z wyjątkiem grupy najbiedniejszych, którym pieniędzy nie wystarczało nawet na bieżące wydatki. ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2 P = 16,32$ ,  $df=3$ ).

W przypadku zachowań uznawanych za szkodliwe dla zdrowia rozkład przekonań badanych związanych z wpływem innych na ich realizację był następujący:

**Tab. 2. Grupy odniesienia wśród przekonań usprawiedliwiających zachowania antyzdrowotne**

Pozycja wśród 15 analizowanych powodów (wg częstotliwości wskazań)	Ilość osób uznających przekonanie
7. – społeczeństwo (postępuję tak jak większość ludzi w naszym kraju)	42% (N=970)
10. – rodzina (takie zachowania przyjęły się w mojej rodzinie)	26% (N=967)
14. – koledzy (robię tak pod wpływem moich kolegów z pracy)	11% (N=969)

Ważniejszymi niż grupy odniesienia powodami realizowania zachowań szkodliwych dla zdrowia okazały się: a) uznawanie takich działań za przyjemne (52-62% wskazań) i b) wypieranie ze świadomości ich szkodliwego charakteru (47-52% wskazań). Jeśli idzie o przekonania dotyczące grup odniesienia to najczęściej usprawiedliwiano się podobieństwem do innych Polaków. Odwoływanie się do lekceważenia zdrowia przez większość ludzi w naszym kraju pojawiło się częściej wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2 P = 35,48$ ,  $df=3$ ) oraz zadowolenia z dochodów ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2 P = 17,96$ ,  $df=3$ ). Usprawiedliwianie się stylem życia rodziny występowało także częściej wraz z obniżaniem się poziomu wykształcenia ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2 P = 17,98$ ,  $df=3$ ). Gdy idzie o postrzeganie roli kolegów z pracy jako współodpowiedzialnych za realizowanie zachowań szkodliwych dla zdrowia to zależało od wieku, wykształcenia i sytuacji materialnej. Wraz ze wzrostem przeżytych lat ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 P = 7,82$ ,  $df=1$ ) oraz spadkiem poziomu wykształcenia ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2 P = 45,66$ ,  $df=3$ ) i dochodów ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2 P = 10,92$ ,  $df=3$ ) rosła częstość występowania tego przekonania.

I wreszcie jeśli idzie o bierny stosunek do zdrowia to wpływ innych był ujmowany na gruncie myślenia badanych w następujący sposób:

**Tab. 3. Grupy odniesienia jako przyczyny bierności względem zdrowia**

Pozycja wśród 16 analizowanych powodów (wg częstotliwości wskazań)	Ilość osób uznających przekonanie
13. – społeczeństwo (zdrowy tryb życia to chwilowa moda, której nie warto ulegać)	13%, N=1117;
14. – rodzina (trudno mi prowadzić zdrowy tryb życia, ponieważ moi najbliżsi jego nie rozumieją)	13%, N=1115;
15. – znajomi (prowadzenie zdrowego trybu życia powoduje, że inni śmieją się, uznają cię za dziwaka)	12%, N=1117.

Częściej wskazywane niż grupy odniesienia przyczyny bierności w sferze zdrowia to: a) brak czasu, pieniędzy, codzienne kłopoty (37-48% odpowiadających), b) brak silnej woli lub odziedziczony organizm (32-52%), c) czynniki środowiskowe np. brak infrastruktury (20-29%). Z punktu widzenia częstotliwości wskazań dotyczących analizowanych grup bierność w sferze zdrowia, podobnie jak szkodenie mu, tłumaczono najczęściej popularnością tego wzoru postępowania wśród innych Polaków. Ilość przekonań uzasadniających bierny stosunek do zdrowia wpływem grup odniesienia różnicował wiek, wykształcenie i ocena sytuacji materialnej. I tak traktowanie zdrowego stylu życia tylko jako chwilowej mody występowało najczęściej pomiędzy 45-50 rokiem życia, w pozostałych grupach wieku na podobnym poziomie ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2 = 20,73$ ,  $df = 3$ ). Brak zrozumienia sensu dbałości o zdrowie u najbliższych też był najpowszechniejszy w tej grupie wieku, a najrzadszy u badanych pomiędzy 25 a 30 rokiem życia ( $p < 0,01$ ,  $\chi^2 P = 11,585$ ,  $df = 3$ ). 45-50-latkowie również najczęściej obawiali się śmieszności w oczach innych ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2 P = 12,928$ ,  $df = 3$ ). Jeśli idzie o wykształcenie to wraz ze spadkiem jego poziomu wzrastała częstotliwość traktowania zdrowego stylu życia jedynie jako chwilowej mody ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2 P = 59,215$ ,  $df = 3$ ) oraz narzekania na niezrozumienie ze strony najbliższych ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2 P = 33,04$ ,  $df = 3$ ). Odwrotna zależność wiązała się z obawami o śmieszność spowodowaną dbałością się o zdrowie. Tutaj im wyższy poziom wykształcenia tym niepokój w tym zakresie był mniejszy ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2 P = 23,94$ ,  $df = 3$ ). Relacja autooceny sytuacji materialnej do analizowanych tu przekonań była istotna statystycznie tylko w przypadku dwóch z nich. Wraz ze spadkiem zadowolenia ze swoich dochodów wzrastał odsetek badanych usprawiedliwiających bierność w stosunku do zdrowia obawami, by nie zostać uznanym przez innych za dziwaka ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2 P = 13,053$ ,  $df = 3$ ) oraz uznawaniem zdrowego trybu życia jedynie za chwilową modę ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2 P = 22,45$ ,  $df = 3$ ) (tamże).

## WNIOSKI

Gdy idzie o grupy odniesienia do przywoływane były one relatywnie rzadziej niż inne powody zachowań (np. obawy o pogorszenie zdrowia, odwoływanie się do przyzwyczajenia, przyjemności, braku silnej woli, czasu czy pieniędzy), ale sięgało to rzędu 40 %. Ponadto autorami takich poglądów były szczególnie często osoby starsze, gorzej wykształcone i o niższych dochodach (oraz w rzeczywistości mniej dbające o zdrowie – co wykazano w niereferowanej tu części analizy). Oznacza to, że wiedza na temat roli grup odniesienia wśród uwarunkowań zachowań w sferze zdrowia jest bardzo istotna z punktu widzenia upowszechniania prozdrowotnych stylów życia i przezwytyczania nierówności w zdrowiu.

Rozpoznanie a) jakie grupy tworzą wzory zachowań zdrowotnych oraz stanowią podstawę do oceny realizowanych sposobów traktowania własnego zdrowia b) czy i które immanentne cechy takich grup (np. wielkość, sposób zorganizowania, zakres kontroli, spójność) oraz c) jakie ścieżki ich wpływu (np. rady, oczekiwania, sankcje) wyznaczają sposoby traktowania zdrowia, wydaje się być trudne do przecenienia szczególnie dla promocji zdrowia. Ciekawe i istotne byłoby też rozszerzenie wiedzy w kwestiach bardziej szczegółowych takich jak np. które grupy odniesienia i jakie ich cechy czy kanały oddziaływania są szczególnie „odpowiedzialne” za realizację poszczególnych rodzajów zachowań w sferze zdrowia. Ustalenia tego rodzaju niewątpliwie przyczyniłyby się do wzrostu skuteczności programów promocji zdrowia, szczególnie tych opartych na siedliskowym podejściu czyli interwencyjnych w funkcjonowanie społeczności (Grosman, Scala, 1997). Problematyka grup odniesienia mogłaby też wzbogacić analizy prozdrowotnych stylów życia, w obszarze dotyczącym świadomych mechanizmów decyzyjnych. Zrozumienie czy, na ile i jak grupy odniesienia są obecne w potocznym myśleniu o zdrowiu, może stać się też interesującym czynnikiem zwiększającym moc predyktywną pojęcia świadomości zdrowotnej jako kategorii wyjaśniającej zachowania w sferze zdrowia. Wydaje się też, że kategoria grup odniesienia mogłaby stanowić płaszczyznę do operacjonalizacji zmiennych społecznych, zawartych w psychologicznych modelach uwarunkowań zachowań zdrowotnych. Stwarzałyby podstawę do redukcji zjawiska arbitralności w doborze grup będących źródłem porad, oczekiwań, wpływów interpersonalnych itp., czyli elementów uwzględnianych w tych konstrukcjach.

## BIBLIOGRAFIA

1. Grossmann R., Scalla K., Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny, Instytut Matki i dziecka, Warszawa, 1997

2. Heszen-Niejodek I., Psychologiczne modele teoretyczne leżące u podstaw promocji zdrowia w Promocja zdrowia, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, 1997, 11-32
3. Łuszczzyńska A, Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? GWP, Gdańsk, 2004, 22-45
4. Schwartzer R., Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia i nowy model w: (red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk), Psychologia zdrowia, PWN, Warszawa, 1997, 175-204
5. Sęk H., Zdrowie behawioralne w : (red. J. Strelau) Psychologia. Podręcznik akademicki, GWP, Gdańsk, 2000, 533-552
6. Raport z realizacji PCZ "Opracowanie zasad i metod stymulujących zachowania prozdrowotne osób starszych w pracy", IMP, Łódź, 2002 (etap I), 2003 (etap II), tekst powielony
7. Sztompka P., Socjologia. Analiza społeczeństwa, Znak, Warszawa, 2002

### **STRESZCZENIE**

Artykuł podejmuje problem roli grup odniesienia wśród przekonanych towarzyszących zachowaniom w sferze zdrowia. Materiał empiryczny pochodzi z badania reprezentacji pracowników firm zatrudniających co najmniej 100 osób i będących w wieku 25-35 i 45-55 lat. Wykonano je w 2002 r., metodą wywiadu kwestionariuszowego. Okazało się, że blisko połowa badanych dba o zdrowie gdyż jest to elementem ich troski o dobro rodziny. Do wyjaśniania realizacji zachowań szkodliwych dla zdrowia około 40 % respondentów używa argumentu, że jest to sposób postępowania typowy w naszym społeczeństwie. Podobnie stylem postępowania innych Polaków, częściej niż postępowaniem rodziny czy znajomych, (choć w zdecydowanie mniejszym odsetku, bo wynoszącym 13 %) pracownicy tłumaczą swój bierny stosunek do zdrowia.

### **ABSTRACT**

The paper describes the issue of the role of reference groups as a part of view in health related behaviour. The material has been gathered in a research conducted on a representative sample of employees (N=1138) of companies with at least 100 workers, the respondents aged 25-35 and 45-55. The research was carried out in year 2002 as a questionnaire – based interview. The results show that almost half of respondents considers taking care of their health a part of caring for their family. To explain behaviour damaging health 40% of asked people answer that they do it because it is a popular pattern of behaviour in our society. Similarly, by the mode of behaviour of other people in Poland rather than behaviour of members of family or friends (though relatively not so often – around 13%) employees explain their passive attitude towards health.