

AGNIESZKA BOROWIEC, IZABELLA LIGNOWSKA
Instytut Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

CZY IDEOLOGIA HEALTHISMU JEST CECHĄ DYSTYNKTYWNAJ KLASY ŚREDNIEJ W POLSCE?*

Healthism to zjawisko obserwowane w ciągu ostatnich kilku dekad w społeczeństwach krajów zachodnich. Jest szczególnym rodzajem koncentracji na zdrowiu, które stanowi podstawę definiowania i osiągania dobrostanu, a jednostka może je sobie zapewnić przez zmianę stylu życia. Kluczowa dla ideologii healthismu jest koncepcja odpowiedzialności indywidualnej, czyli pogląd, że zdrowie jednostki zależy od podejmowanych przez nią starań. Kwestie zdrowia i choroby stają się tym samym przedmiotem oceny moralnej (Crawford 1980, 2006). Po raz pierwszy terminu „healthism” użył Robert Crawford (1980). Określił w ten sposób ideologię stanowiącą ważny aspekt „nowej świadomości zdrowotnej” i ruchów zdrowotnych w społeczeństwie amerykańskim w latach siedemdziesiątych. „Nowa świadomość zdrowotna” ukształtowała się w kulturze amerykańskiej wraz z bezprecedensowym wzrostem zainteresowania zdrowiem, co przejawiało się w zwiększeniu osobistych wysiłków podejmowanych przez ludzi na rzecz zdrowia, badaniach uwarunkowań zdrowia, kampaniach prozdrowotnych, coraz większej liczbie informacji o zdrowiu w mediach, reklamach produktów konsumowanych z powodów zdrowotnych. Towarzyszyło temu zwiększenie wydatków ponoszonych na rzecz zdrowia przez indywidualnych konsumentów i państwo oraz podniesienie rangi problemów związanych ze zdrowiem w polityce państwa.

Adres do korespondencji: aborowiec@ikard.pl; ilignowska@ikard.pl

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

W polskiej literaturze naukowej pojawiają się różne tłumaczenia i różne sposoby rozumienia terminu „healthism”. Na przykład w słowniku terminów z dziedziny promocji zdrowia pojawia się „kult zdrowia”, definiowany jako „wyznawanie poglądu, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości, a jego osiągnięcie jest głównym celem życia” (Słońska, Misiuna 1994 s. 19). W definicji tej kładzie się nacisk na autoteliczność i nadrzędność zdrowia w stosunku do innych wartości, pomija zaś koncepcję osobistej odpowiedzialności za zdrowie, kluczową dla sposobu rozumienia tego pojęcia przez Crawforda. Jak się wydaje, Crawfordowi nie chodziło ani o autoteliczność wartości zdrowia, ani o to, że wygrywa ono z innymi ważnymi wartościami w sytuacjach dokonywania wyboru, ale raczej o to, że staje się wartością wszechogarniającą. Innymi słowy, wszystkie pozytywne wartości — poczucie szczęścia i celu, poczucie własnej wartości, satysfakcja z pracy, zdolność do twórczego wyrażania siebie, zdolność do efektywnego funkcjonowania w stresie, zdolność do celebrowania własnego życia itd. — zaczynają być ze zdrowiem utożsamiane i coraz więcej zachowań oraz zjawisk społecznych jest ocenianych z punktu widzenia ich konsekwencji zdrowotnych. W ten sposób dobre życie jest zredukowane do problemu zdrowia, a jednocześnie pojęcie zdrowia rozszerza się, pochłaniając wszystko, co dobre w życiu, stając się „panwartością”, a nie tylko środkiem do osiągnięcia innych ważnych celów (Crawford 1980, s. 380–381). Używamy tutaj terminu „healthism”, aby podkreślić, że pojęcie to rozumiemy w taki sposób jak jego twórca.

HEALTHISM JAKO IDEOLOGIA KLASY ŚREDNIEJ

Wydaje się, że najbardziej użyteczną do opisu zjawiska healthismu jest koncepcja ideologii jako „ogólnego procesu wytwarzania idei i znaczeń” (zob. Abucewicz 2008). Ideologia w takim rozumieniu nie jest „statycznym zbiorem wartości i sposobów oglądania rzeczywistości, ale praktyką społeczną, konkretnym działaniem” (Fiske 1999). Kształtuje każdą jednostkę jako członka określonej kultury, będącego w stanie rozumieć, stosować i reagować na określone funkcjonujące w tej kulturze znaki, konotacje i mity. Pojęcie ideologii obejmuje zarówno aspekty świadomościowe, jak i ich przejawy w postaci działań jednostek. Można zatem rozumieć ideologię jako proces wytwarzania znaczeń i idei charakterystyczny dla określonej grupy społecznej, przebiegający zarówno w sferze idealnej, jak i materialnej, czyli przejawiający się w postaci przekonań i idei oraz w postaci konkretnych praktyk społecznych, co służy między innymi integracji i kontroli społecznej. To podejście nie wyklucza takiego rozumienia ideologii, zgodnie z którym jej funkcją jest wspieranie porządku społecznego i obrona interesów grupowych (por. Mannheim 1992).

Crawford uznał healthism za ideologię klasy średniej. Pełni ona zarówno funkcję integracyjną, jak i jest narzędziem kontroli społecznej. Zachowania będące przejawem tzw. zdrowego stylu życia, czyli między innymi kontrolowanie

stanu własnego zdrowia, wstrzymywanie się od palenia tytoniu, stosowanie „zdrowej diety”, uprawianie aktywności fizycznej, ograniczanie spożycia alkoholu itp., mogą być rozumiane jako praktyki symboliczne zorientowane na zachowanie granic grup społecznych, w tym wypadku klasy średniej (por. Crawford 2006; Abucewicz 2008). Są one podejmowane przez jednostki nie tylko w celu zachowania zdrowia, ale także w celu zmanifestowania klasowej tożsamości oraz odróżnienia się od innych klas społecznych. Można powiedzieć, iż podejmując je, osoby należące do klasy średniej realizują i jednocześnie umacniają ideologię healthismu (por. Fiske 1999).

Healthism staje się narzędziem kontroli społecznej, ponieważ ze zdrowia czyni standard, według którego oceniane są zachowania ludzi i zjawiska społeczne (Crawford 1980, 2006). Crawford pisze, iż w kulturze ceniącej zdrowie ludzie oceniają siebie i innych „ze względu na postępy w adaptowaniu praktyk zdrowotnych oraz ze względu na cechy charakteru lub osobowości, które zgodnie z ich przekonaniem są podstawą zachowań zdrowotnych” (Crawford 2006, s. 402). Wszystkie zachowania, postawy i emocje, które mogą wpływać na zdrowie, zostają opatrzone etykietą „zdrowych” lub „chorych” (Crawford 1980). Każda jednostka traktowana jest jako potencjalnie chora, co pociąga za sobą presję społeczną, by zachowywała się w sposób minimalizujący szanse zachorowania. Powodem negatywnej oceny może być zarówno zachowanie narażające na ryzyko zachorowania, jak i choroba, która traktowana jest jako wynik nieodpowiedzialności, niewłaściwego zachowania. Taki uproszczony sposób postrzegania związku między zachowaniem a chorobą przedstawił Crawford w następujący sposób: „Ktoś palił i zachorował na raka, a ktoś inny nie palił i uniknął go. Ktoś inny zmienił dietę, zaczął ćwiczyć i ustrzegł się dzięki temu zachorowania na serce i otyłości” (Crawford 2006, s. 409). Co jest zachowaniem „zdrowym”, a co „niezdrowym”, definiuje medycyna, a „zdrowe” zachowania są propagowane przez różnego rodzaju działania edukacyjne w ramach promocji zdrowia. Healthism wpływa tym samym na kształtowanie norm społecznych nakazujących podejmowanie zachowań korzystnych dla zdrowia. Ponieważ poszerza się w ten sposób zakres zjawisk definiowanych jako „zdrowie” i „choroba”, a ponadto medycyna staje się instrumentem normalizowania życia społecznego, gdyż normy medyczne przekształcają się w normy społeczne, Crawford uznał healthism za formę medykalizacji (por. Conrad 1992).

Tak rozumiany healthism przez różnych autorów jest oceniany negatywnie. Crawford (1980, 2006), a także inni badacze (Scrabanek 1998; Słońska 2005; Puchalski 2005) krytykowali tę ideologię za przyczynianie się do zjawiska zwanego „obwinianiem ofiary”, czyli obarczania chorego winą za zachorowanie. Drugą wskazywaną negatywną konsekwencją healthismu jest presja społeczna, aby ludzie bezwzględnie zachowywali się w sposób na gruncie aktualnej wiedzy medycznej uznawany za korzystny dla zdrowia. W literaturze polskiej w tym kontekście używane jest sformułowanie „terrorizm zdrowotny” (Słońska 2005).

Zdaniem Crawforda, healthism stał się ideologią amerykańskiej klasy średniej, ponieważ trafił na podatny grunt w praktykach kulturowych właściwych jej już od dawna. Począwszy od końca XIX wieku praca nad własnym zdrowiem była sposobem wyrażania związanych z etyką pracy wartości klasy średniej, takich jak indywidualizm, samokontrola, samodyscyplina, asceza i ograniczanie konsumpcji, a jednocześnie stanowiła znak odróżniający od innych klas społecznych. Zaznaczyło się to zwłaszcza na przełomie XIX i XX wieku, to znaczy w okresie krystalizowania się w Stanach Zjednoczonych kategorii „profesjonalistów”, czyli wysoko wykwalifikowanych najemnych pracowników umysłowych, oraz w czasie kryzysów ekonomicznych, na przykład w latach siedemdziesiątych XX wieku, gdy niebezpieczeństwo mobilności w dół powodowało potrzebę demonstrowania przynależności do klasy średniej. Później, w okresie wzrostu dobrobytu, a zarazem znacznego wzrostu konsumpcji w latach dziewięćdziesiątych, praktyki związane ze zdrowiem stały się sposobem godzenia etyki pracy i etyki przyjemności charakteryzujących klasę średnią (Crawford 2006).

Także klasy średnie innych społeczeństw rozwiniętych od dawna są opisywane jako segment charakteryzujący się prozdrowotnym stylem życia (Weber 1994; Berger 1995; Savage i in. 1995). Brak klasy średniej natomiast jest traktowany jako jeden z istotnych czynników wyjaśniających niekorzystne dla zdrowia zachowania i w konsekwencji zły stan zdrowia społeczeństwa na przykład we współczesnej Rosji (Cockerham 2007). Stwierdzono też, że podobną jak opisywana przez Crawforda presję „bycia zdrowym” oraz „zachowywania się w zdrowy sposób” odczuwają kobiety należące do niemieckiej klasy średniej (Flick 2000). Badano również konsekwencje połączenia healthismu z kulturą konsumpcyjną dla relacji między lekarzami a pacjentami należącymi do klasy średniej w Wielkiej Brytanii (Greenhalgh, Wessely 2004).

Interesujące jest zatem, czy podobne zjawisko można zaobserwować także wśród klasy średniej w Polsce. Po dwudziestu latach od transformacji systemowej status polskiej klasy średniej wciąż jest kontrowersyjny, ale można uznać, że kategoria ta z pewnością się tworzy. W ostatnich latach pojawiło się wiele koncepcji na temat tego, czym jest polska klasa średnia i na bazie jakich kategorii społecznych powstaje. Utożsamiano z nią odradzający się w latach dziewięćdziesiątych segment prywatnych przedsiębiorców. (Drozdowski 1998; Zagórski 2002). Według opinii Henryka Domańskiego (2002) oraz Jerzego Leszkowicza-Baczyńskiego (2007), kategoriami społecznymi, na bazie których powstaje klasa średnia w Polsce, są zarówno przedsiębiorcy, jak i najemni pracownicy umysłowi o wysokich kompetencjach, wysoko ulokowani w hierarchii zawodowej, zatrudnieni w obu sektorach gospodarki: publicznym i prywatnym. Kategorie te są odpowiednikiem klasy średniej w społeczeństwach zachodnich ze względu na miejsce w strukturze społecznej i pozycje zawodowe zajmowane przez ich przedstawicieli, a ponadto upodabniają się do tamtejszej klasy średniej pod względem innych cech traktowanych jako wyznaczniki przynależności

do klasy średniej, takich jak wykształcenie, standard materialny, orientacje życiowe oraz styl życia (por. Lockwood 1969; Mills 1965; Domański 2002). Jeszcze inny pogląd zaprezentowany został w połowie lat dziewięćdziesiątych przez Edmunda Mokrzyckiego (1994), który zakwestionował przekonanie, że proces tworzenia się klasy średniej w Polsce będzie odtworzeniem procesów, jakie zachodziły w społeczeństwach zachodnich kilkadziesiąt lat wcześniej. Polska klasa średnia miała powstać, według niego, na bazie inteligencji jako *knowledge class*, czyli jako kategoria pracowników najemnych o najwyższych kwalifikacjach: bardzo dobrze płatnych, bardzo dobrze wykształconych i wydajnych specjalistów różnego rodzaju, pracowników naukowych i innych. Odpowiadałoby to obserwowanym w społeczeństwach rozwiniętych procesom marginalizacji „starej” klasy średniej, czyli drobnych i średnich przedsiębiorców, i jednoczesnego wzrostu znaczenia w obrębie „nowej” klasy średniej kategorii wysoko wykwalifikowanych specjalistów oraz kadry zarządzającej wyższego szczebla (por. Domański 1994; Berger 1995; Savage i in. 1995; Drozdowski 1998; Mokrzycki 1994; Leszkowicz-Baczyński 2007).

Jeśli uznamy, że klasa średnia w Polsce jest na etapie wyodrębniania się, to należy oczekiwać, że podobnie jak amerykańska *middle class* na przełomie XIX i XX wieku poszukuje ona znaków dystyngtywnych. Symboliczną manifestacją przynależności do klasy średniej mogą być między innymi, podobnie jak w społeczeństwach rozwiniętych, dobra kondycja fizyczna, zdrowy wygląd, szczupła sylwetka oraz praktyki takie jak: kontrolowanie stanu zdrowia czy zachowania składające się na tzw. zdrowy styl życia, w Polsce częściej obserwowane wśród przedstawicieli kategorii pretendujących do miana klasy średniej niż wśród członków grup ulokowanych niżej w strukturze społecznej (por. Kostka 1997; Ostrowska 1999; CBOS 2005, 2008, 2009). Ze względu na wyższy poziom indywidualizmu tych kategorii (por. Domański 2002) można podejrzewać, że nie inaczej niż na Zachodzie kluczowa dla healthismu idea osobistej odpowiedzialności za zdrowie trafia w nich na bardziej podatny grunt niż wśród osób ulokowanych niżej w strukturze społecznej.

Na koniec trzeba pamiętać, że rozpowszechnienie ideologii healthismu przynosi korzyści pewnym grupom społecznym w Polsce, zwłaszcza członkom klasy średniej. Koncepcja osobistej odpowiedzialności zdejmując odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa z barków polityków, specjalistów w obszarze zdrowia publicznego czy lekarzy. I wreszcie, co nie najmniej ważne, koncentracja ludzi na dążeniu do zdrowia przynosi bezpośrednie korzyści materialne osobom zaangażowanym w coraz potężniejszy rynek produktów i usług służących ochronie i poprawie zdrowia oraz towarów, które prezentowane są jako korzystne dla zdrowia w reklamach. Przykładami są przemysł farmaceutyczny kierujący swe produkty, takie jak witaminy, różnego rodzaju suplementy diety, nie tylko do ludzi chorych, ale także do potencjalnie chorych, producenci „zdrowej” żywności, „zdrowych” butów, ergonomicznych mebli, sprzętu i odzieży sportowej, właściciele klubów fitness.

HEALTHISM JAKO IDEOLOGIA KLASY ŚREDNIEJ W POLSCE

Opis badania

Celem analizy jest próba odpowiedzi na pytanie, czy healthism staje się w Polsce ideologią tych kategorii społecznych, które uważa się za bazę dla tworzącej się klasy średniej, odróżniając je od pozostałej części społeczeństwa. Pozytywna odpowiedź na to pytanie pozwoliłaby uznać, iż kategorie te upodabniają się do zachodnich klas średnich także pod względem świadomości w sferze zdrowia.

Zgodnie z przyjętą definicją, za wskaźnik rozpowszechnienia ideologii można uznać częstość występowania zgodnych z nią praktyk materialnych oraz charakterystycznych dla niej przekonań. Ponieważ ideologia w takim rozumieniu pełni między innymi funkcje kontrolne i integracyjne jej wskaźnikami mogą być również spójne z nią normy społeczne.

Najlepiej uchwytnymi empirycznie przejawami upowszechnienia się tak rozumianej ideologii healthismu są praktyki zdrowotne jednostek. Przeprowadzono wiele badań na temat „zdrowego” stylu życia społeczeństwa polskiego (por. Kostka 1997; Ostrowska 1999; CBOS 2005, 2008, 2009). Wynika z nich, że kategorie społeczne składające się na tworzącą się w Polsce klasę średnią, zwłaszcza „kadra kierownicza i inteligencja”, w wyższym stopniu niż inne cechuje „zdrowy” styl życia, co jest argumentem przemawiającym za tezą o healthismie jako ideologii klasy średniej w Polsce. Ponieważ praktyki zdrowotne były i są przedmiotem innych wielu badań, w naszej analizie koncentrujemy się na przekonaniach i poglądach charakterystycznych dla healthismu. Jednym z najważniejszych elementów tej ideologii jest przekonanie o możliwości osiągnięcia przez jednostkę zdrowia za pomocą „właściwego” stylu życia, czemu towarzyszy pomijanie wagi innych czynników. Kolejnym branym pod uwagę wskaźnikiem upowszechnienia się ideologii healthismu jest stopień obowiązywania norm zachowania zgodnego ze „zdrowym” stylem życia. Zgodnie z paradygmatem reakcji społecznej (Becker 2009) o istnieniu normy społecznej regulującej jakieś zachowanie można mówić wówczas, gdy zachowanie niezgodne z tą domniemaną normą wywoła negatywne reakcje społeczne. Zatem negatywne reakcje na zachowania niezgodne z wzorami lansowanymi przez promotorów zdrowia będą świadczyć o istnieniu norm regulujących te zachowania.

W związku z tym sformułowano dwie hipotezy:

1. Przedstawiciele tworzącej się klasy średniej częściej niż pozostali członkowie społeczeństwa przypisują duże znaczenie w warunkowaniu zdrowia elementom stylu życia, a jednocześnie przypisują mniejsze znaczenie innym warunkowaniom.

2. Normy społeczne regulujące zachowania składające się na „zdrowy styl życia” są w większym stopniu rozpowszechnione wśród przedstawicieli klasy średniej niż wśród pozostałej części społeczeństwa.

Weryfikacji powyższych hipotez posłużyła analiza danych uzyskanych w wyniku realizacji dwuetapowego projektu badawczego pt. „Pojęcie zdrowia w myśleniu potocznym i orientacje życiowe Polaków a postawy wobec profilaktyki pierwotnej i promocji zdrowia”. Pierwszy, eksploracyjny etap badania został przeprowadzony metodą wywiadu pogłębionego od czerwca 2007 do kwietnia 2008 roku. Drugi etap zrealizowano metodą wywiadu kwestionariuszowego w dniach 12–19 listopada 2008 r. na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej liczącej 934 osoby. Kwestionariusz wywiadu zawierał między innymi pytania o ważność różnych uwarunkowań zdrowia oraz o to, czy respondenci zetknęli się z negatywnymi reakcjami społecznymi na swe zachowania niezgodne z zaleceniami „zdrowego” stylu życia i czy sami reagowali negatywnie na cudze zachowania sprzeczne z tymi zaleceniami. Pytanie kwestionariuszowe o ważność uwarunkowań zdrowia objęło siedemnaście różnych czynników zidentyfikowanych w trakcie badania jakościowego. Znalazły się wśród nich także elementy składające się na propagowany współcześnie „zdrowy styl życia”, najczęściej wymieniane w literaturze ze względu na to, że ich wpływ na zdrowie został najlepiej udokumentowany: właściwy sposób odżywiania się, niepalenie tytoniu, nienadużywanie alkoholu, aktywność fizyczna oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem (por. Gniazdowski 1990; Ostrowska 1999). Badanych proszono, by o każdym z uwarunkowań powiedzieli, czy ma ono duży wpływ na zdrowie, ma wpływ, ale nieduży, czy też nie ma wpływu. O tym, że uwarunkowanie jest postrzegane jako ważne, świadczy odpowiedź „ma duży wpływ”.

O istnieniu norm zachowań zgodnych z propagowanym „zdrowym stylem życia” świadczą odpowiedzi twierdzące na pytania o to, czy respondenci kiedykolwiek zetknęli się z negatywnymi reakcjami otoczenia, gdy zachowywali się niezgodnie z zaleceniami zdrowego stylu życia oraz odpowiedzi twierdzące na pytania, czy sami reagowali negatywnie, gdy ktoś z ich otoczenia zachowywał się niezgodnie z takimi zaleceniami. Rozkłady odpowiedzi na te pytania dają wyobrażenie o stopniu rozpowszechnienia badanych norm. Pytania dotyczyły pięciu wyżej wymienionych zachowań.

Zgodnie z wyżej zaprezentowanymi koncepcjami, za kategorie będące podstawą polskiej klasy średniej uznano pracowników umysłowych o wysokich kompetencjach, zajmujących wysokie pozycje w hierarchii zawodowej i wykonujących prace o dużej złożoności oraz prywatnych przedsiębiorców (Domański 2002; Leszkowicz-Baczyński 2007). W naszym badaniu odpowiednikiem pierwszej z tych kategorii jest „kadra kierownicza i inteligencja”, na którą składają się dyrektorzy, prezesi i kierownicy, osoby wykonujące zawody twórcze i samodzielni specjaliści z wyższym wykształceniem. Druga kategoria zawodowa to „pracujący na własny rachunek”, która składa się z właścicieli prywatnych firm, zakładów, sklepów, punktów sprzedaży, pomagających im członków rodzin oraz agentów i taksówkarzy. Drugim wyznacznikiem przynależności do klasy średniej, obok odpowiedniej pozycji zawodowej, jest posiadanie wyższego wykształcenia. Nie uwzględniono natomiast dochodu, ze względu na

trudność określenia, jaki jego poziom miałby być wyznacznikiem przynależności do klasy średniej, zwłaszcza wobec dysproporcji między dochodami uzyskiwanymi w różnych sektorach gospodarki. Ponadto do analizy została włączona zmienna „indywidualizm”, gdyż wysoki poziom indywidualizmu jest jednym ze świadomościowych wyznaczników klasy średniej (por. Domański 2002). Pytania mierzące indywidualizm zostały wybrane ze skali Rottera mierzącej ulokowanie ośrodka kontroli i zaadaptowane do warunków polskich przez Annę Titkow (zob. Domański 2002; Firkowska-Mankiewicz 1999).

W celu weryfikacji hipotez zostały wykonane tabele kontyngencji wraz z testami *chi* kwadrat.

Świadomość uwarunkowań zdrowia

Jednym z dowodów świadczących o rozpowszechnieniu się healthismu w społeczeństwie jest szczególny sposób postrzegania uwarunkowań zdrowia. Polega on na przykładaniu dużej wagi do czynników związanych ze stylem życia jako uwarunkowań zdrowia oraz znacząco mniejszej wagi do innych czynników. Badane uwarunkowania zostały podzielone arbitralnie na cztery grupy. Pierwszą z nich stanowią czynniki związane ze stylem życia będące obiektem zainteresowania promocji zdrowia, czyli „sposób odżywiania się”, „stosowanie używek”, „ruch, ćwiczenia” (aktywność fizyczna), „podejście do życia, sposób radzenia sobie z problemami” (radzenie sobie ze stresem), „stresujące wydarzenia, problemy życiowe” oraz „czas na odpoczynek, relaks, urlop”. Na drugą kategorię składają się uwarunkowania, które nazwałyśmy społecznymi, takie jak „rodzaj wykonywanej pracy”, „sposób opieki i nawyki wpojone w dzieciństwie” (socjalizacja), „sytuacja materialna” oraz „więzi z innymi ludźmi”. Do trzeciej kategorii zaliczyłyśmy czynniki będące przedmiotem tradycyjnie pojmowanej profilaktyki chorób: „bakterie, wirusy, chorzy ludzie w otoczeniu”, „odpowiednie ubieranie się, unikanie przeziębień”, „korzystanie z opieki medycznej, badań kontrolnych, szczepień”. I wreszcie czwartą grupę stanowią uwarunkowania, których wspólną cechą jest to, że są niezależne od jednostki: „los, przypadek, siła wyższa”, „geny”, „pogoda, warunki atmosferyczne”, „środki chemiczne i inne czynniki w otoczeniu, takie jak hałas, promieniowanie”.

Wyniki pokazują, że niemal wszystkie uwarunkowania zdrowia traktowane są przez Polaków jako ważne, jednak to właśnie czynniki związane ze stylem życia najczęściej były oceniane jako wywierające duży wpływ na zdrowie. Ponad cztery piąte badanych (od 81,8% do 87,9%) uznało poszczególne elementy stylu życia za czynniki o dużym wpływie na zdrowie. Jedynie „podejście do życia i sposób radzenia sobie z problemami” nieco rzadziej postrzegano jako czynnik mający duży wpływ na zdrowie (74,4%). Społeczne uwarunkowania zdrowia były wskazywane jako ważne zdecydowanie rzadziej. Wyjątkiem okazał się rodzaj wykonywanej pracy — uznany za czynnik o dużym wpływie na zdrowie przez 82,6% badanych. Najmniej docenianym (zaledwie przez połowę

Tabela 1

Postrzeganie ważności uwarunkowań zdrowia

Rodzaje uwarunkowań zdrowia		Odsetek osób, które uznały dane uwarunkowanie za mające „duży wpływ” na zdrowie
Uwarunkowania związane ze stylem życia	sposób odżywiania się	87,4
	stosowanie używek	81,8
	ruch, ćwiczenia	85,6
	podejście do życia, sposób radzenia sobie z problemami	74,4
	stresujące wydarzenia, problemy życiowe	87,9
	czas na odpoczynek, relaks, urlop	82,5
Uwarunkowania społeczne	rodzaj wykonywanej pracy	82,6
	sposób opieki i nawyki wpojone w dzieciństwie	57,1
	sytuacja materialna	62,6
	więzi z innymi ludźmi	50,2
Uwarunkowania będące przedmiotem tradycyjnej profilaktyki chorób	bakterie, wirusy, chorzy ludzie w otoczeniu	80,7
	odpowiednie ubieranie się, unikanie przeziębień lub przegrzania	64,5
	korzystanie z opieki medycznej, badań kontrolnych, szczepień	75,2
Uwarunkowania pozostające poza bezpośrednią kontrolą jednostki	los, przypadek, siła wyższa	45,6
	geny	74,9
	pogoda, warunki atmosferyczne	53,5
	środki chemiczne i inne czynniki w otoczeniu, jak hałas, promieniowanie	86,0

badanych) społecznym uwarunkowaniem zdrowia okazały się więzi z innymi ludźmi. Przekonanie o dużym wpływie na kondycję zdrowotną człowieka dwu spośród trzech czynników będących przedmiotem tradycyjnej profilaktyki chorób jest niewiele słabiej ugruntowane w społeczeństwie polskim niż opinie o dużym znaczeniu elementów stylu życia. Pierwszy z tych czynników, drobnoustroje chorobotwórcze, został uznany za mający duży wpływ na zdrowie przez 80,7% osób, drugi, opieka medyczna — przez 75,2%. Wśród uwarunkowań zdrowia nie poddających się bezpośredniej kontroli jednostki zwracają uwagę zagrożenia ze strony środowiska fizycznego, o których dużym wpływie na zdrowie przekonany jest również wysoki odsetek społeczeństwa jak w przypadku elementów stylu życia (86,0%). Nieco rzadziej przypisywano duże zna-

czenie genom (74,9%). Najmniejsze znaczenie mają w odczuciu badanych takie czynniki, jak los, przypadek, siła wyższa. Duży wpływ na zdrowie przypisuje im jedynie 45,6% badanych. Przypisywanie stylowi życia większego znaczenia w warunkowaniu chorób niż innym czynnikom sugeruje, że sposób myślenia o zdrowiu i jego uwarunkowaniach charakterystyczny dla ideologii healthismu przenika do świadomości społeczeństwa polskiego.

Teraz spróbujemy odpowiedzieć na pytanie, czy kadra kierownicza i inteligencja, przedsiębiorcy, osoby z wyższym wykształceniem oraz osoby cechujące się wyższym poziomem indywidualizmu częściej od pozostałych uważają, że elementy stylu życia mają duży wpływ na zdrowie i rzadziej są przekonane o dużym wpływie na zdrowie innych czynników. Jak się okazało, waga przypisywana elementom stylu życia, generalnie rzecz biorąc, nie jest związana z wymienionymi wyżej cechami. Można więc powiedzieć, że nie ma dowodów świadczących o tym, że przedstawiciele kategorii, które mają się składać na polską klasę średnią, są skłonni przypisywać większy wpływ na zdrowie stylowi życia niż pozostali.

W większym stopniu z cechami określającymi klasę średnią jest związana percepcja ważności społecznych uwarunkowań zdrowia, choć tu także nie we wszystkich przypadkach występują istotne związki. Zgodnie z oczekiwaniami, przedstawiciele klasy średniej rzadziej od pozostałych są skłonni uznawać te czynniki za ważne uwarunkowania zdrowia. Na przykład przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji oraz przedsiębiorcy rzadziej od pozostałych uznają sytuację materialną za mającą duży wpływ na zdrowie (po 50,0%). Dla porównania największą wagę do sytuacji materialnej jako uwarunkowania zdrowia przypisują robotnicy wykwalifikowani (75,7%). Ponadto odsetek osób uznających sytuację materialną za ważną spada wraz ze wzrostem indywidualizmu — od 74,4% wśród osób o najmniejszym poziomie indywidualizmu do 46,7% wśród osób o najwyższym poziomie indywidualizmu. Jednak związki te nie są tak klarowne w przypadku pozostałych społecznych uwarunkowań zdrowia. Na przykład sposób opieki i nawyki wpojone w dzieciństwie są najrzadziej traktowane jako ważne uwarunkowanie zdrowia przez osoby o wysokim poziomie indywidualizmu, ale nie najwyższym (49,3%), a najczęściej przez osoby zorientowane najmniej indywidualistycznie (66%). Pozostałe zależności są nieistotne statystycznie lub mają kierunek niezupełnie zgodny z postawioną hipotezą.

Z kolei wszystkie trzy uwzględnione w badaniu czynniki będące przedmiotem zainteresowania tradycyjnej profilaktyki chorób istotnie rzadziej były oceniane jako wywierające duży wpływ na zdrowie przez przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji, osoby z wyższym wykształceniem oraz osoby o najwyższym poziomie indywidualizmu. Ten wynik jest tym bardziej znaczący w świetle faktu, że choroby zakaźne są nadal groźnym problemem. Przypominają o tym dwa razy do roku epidemie grypy i od czasu do czasu alarmujące informacje w mediach o niebezpieczeństwie zachorowania na jej nowe odmiany, na przykład ptasią czy świńską grypę. Nie straciły także znaczenia badania kon-

trolne i szczepienia, a wydaje się, że tych ostatnich oferuje się społeczeństwu coraz więcej, na przykład szczepionka przeciw grypie czy szczepionka przeciw rakowi szyjki macicy. Jednak wpływ na zdrowie czynników takich jak „bakterie, chorzy ludzie w otoczeniu”, „korzystanie z opieki medycznej, badań kontrolnych, szczepień” ocenia jako duży ok. 60% osób z wyższym wykształceniem i dla porównania ok. 80–90% z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz niespełna 60% przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji, a dla porównania ok. 90% robotników niewykwalifikowanych. Podobnie, wyższy poziom indywidualizmu wiąże się z mniejszym znaczeniem przypisywanym wyżej omawianym czynnikom.

Ostatnią grupą uwarunkowań zdrowia są czynniki, które łączy to, że pojedyncze jednostki nie mają na nie wpływu. Przekonanie o dużym wpływie na zdrowie dwu spośród nich: genów oraz pogody i warunków atmosferycznych, jest związane z przynależnością do tworzącej się klasy średniej w oczekiwany sposób. Najbardziej uznają je za ważne uwarunkowania zdrowia przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji, osoby z wyższym wykształceniem oraz osoby o najwyższym poziomie indywidualizmu. Postrzeganie wagi losu, przypadku, siły wyższej jako czynnika o dużym wpływie na zdrowie okazało się związane tylko z indywidualizmem. Niezależna od wskaźników przynależności do klasy średniej okazała się ocena ważności dla zdrowia środków chemicznych i innych czynników w otoczeniu. Te wyniki wymagają komentarza. Zwraca uwagę fakt, że geny, którym współczesna medycyna przypisuje coraz większe znaczenie, przez członków klasy średniej są najbardziej brane pod uwagę jako ważne uwarunkowanie zdrowia. Ich wagę dostrzega 62,7% przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji i — dla porównania — 84,8% rolników oraz 68,8% osób z wyższym wykształceniem i 82,1% osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Wyniki te sugerują, że ideologia healthismu w większym stopniu przeniknęła do świadomości przedstawicieli potencjalnej klasy średniej niż pozostałych warstw społecznych. Jednocześnie niezgodny z oczekiwaniami wydaje się fakt, że kadra kierownicza i inteligencja, przedsiębiorcy oraz osoby z wyższym wykształceniem w równym stopniu co inni dostrzegają wpływ na zdrowie takich czynników, jak los, przypadek, siła wyższa, podczas gdy mając większe od innych poczucie osobistej odpowiedzialności za zdrowie, powinni mieć także mniejszą skłonność do przypisywania wpływu na zdrowie czynnikom od nich niezależnym.

Warto zauważyć fakt, że o ile kadry kierowniczą i inteligencję z reguły cechują najniższe odsetki osób oceniających czynniki niezwiązane ze stylem życia jako w dużym stopniu wpływające na zdrowie, o tyle zazwyczaj nie dzieje się tak w przypadku pracujących na własny rachunek, czyli przedsiębiorców.

Przedstawione wyżej dane pokazują, że przedstawiciele tworzącej się klasy średniej, wbrew oczekiwaniom, w zasadzie nie różnią się od pozostałych pod względem postrzegania siły wpływu na zdrowie elementów stylu życia. Jednak zgodnie z postawioną hipotezą rzadziej niż pozostali inne czynniki uważają oni

za wywierające duży wpływ na zdrowie. Dotyczy to zwłaszcza uwarunkowań, które leżą w gestii ujmowanej tradycyjnie profilaktyki chorób, a w mniejszym stopniu także czynników społecznych oraz czynników niezależnych od jednostek. Można byłoby się spodziewać, że osoby lepiej wykształcone i zajmujące wyższe pozycje zawodowe będą miały bardziej złożoną wizję uwarunkowań zdrowia, uwzględniającą szersze spektrum różnych czynników. Okazało się jednak, że jest przeciwnie. Można więc uznać, że pierwsza z postawionych hipotez potwierdziła się częściowo.

Normy zachowywania się w sposób korzystny dla zdrowia

Drugą oznaką rozpowszechnienia się ideologii healthismu, związaną z jej integracyjną i kontrolną funkcją, jest stopień obowiązywania norm społecznych nakazujących zachowywanie się w sposób „zdrowy”. Mówią o tym odsetki osób, które doświadczyły negatywnych reakcji na własne zachowania albo same reagowały negatywnie na zachowania innych osób niezgodne z normami.

Jak się okazało, odsetek osób, które zadeklarowały, iż reagowały negatywnie, gdy ktoś robił coś niezgodnego z zaleceniami zdrowego stylu życia lub doświadczyły negatywnych reakcji, gdy same postępowały w sposób uznawany za niekorzystny dla zdrowia, jest dość znaczny: 43,8% ludzi zetknęło się z negatywnymi reakcjami, podczas gdy 65% reagowało w taki sposób na zachowania innych osób. Badanych pytano także o reakcje na konkretne zachowania, takie jak palenie tytoniu czy niezdrowy sposób odżywiania się. Okazało się, że odsetki respondentów, którzy zetknęli się z negatywnymi reakcjami na swe zachowania, wynoszą od 9,0% do 24,6% w przypadku poszczególnych zachowań, a badanych, którzy reagowali negatywnie na cudze zachowania — od 18,4% do 48,3%. Najwięcej negatywnych reakcji wywoływało palenie tytoniu. Relatywnie duży odsetek badanych, którzy doświadczyli reakcji negatywnych na palenie, wynoszący ok. 25%, oraz fakt, że palacze stanowią nieco ponad 30% społeczeństwa polskiego (Przewoźniak, Zatoński 2002; CBOS 2008) pozwala przypuszczać, iż norma społeczna niepalenia tytoniu jest najmocniej ugruntowana spośród norm poddanych analizie. Wydaje się, że proces powstawania norm regulujących pozostałe zachowania postępuje, choć jest mniej zaawansowany (zob. Borowiec, Lignowska, Makowska 2009).

Rezultaty badania wskazują, zgodnie z hipotezą, że stopień rozpowszechnienia norm zachowania korzystnego dla zdrowia jest najwyższy wśród kategorii pretendujących do miana klasy średniej. Taki wniosek nasuwa się, zarówno gdy weźmie się pod uwagę odsetki osób, które spotkały się z negatywną reakcją na jakieś swe zachowanie niekorzystne dla zdrowia, jak i odsetki badanych, którzy zareagowali negatywnie na czyjeś zachowanie niekorzystne dla zdrowia. Przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji, osoby z wyższym wykształceniem i osoby o najbardziej indywidualistycznym nastawieniu częściej spotykają

Tabela 2

Rozpowszechnienie sankcji negatywnych wobec zachowań niezgodnych z zaleceniami zdrowego stylu życia

Zachowania	Odsetek osób, które zetknęły się z negatywną reakcją kogoś z otoczenia na swe „niezdrowe zachowania”	Odsetek osób, które reagowały negatywnie na „niezdrowe zachowania” innych osób
Zachowania niezgodne z zaleceniami zdrowego stylu życia — ogólnie	43,8	64,9
Palenie tytoniu	24,6	48,3
Picie alkoholu	18,5	42,3
Sposób odżywiania się	18,5	28,0
Brak ruchu, ćwiczeń	10,7	21,7
Dopuszczenie do nadwagi	9,5	19,8
Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem	9,0	18,4

Procenty nie sumują się do 100, gdyż badani mogli wskazać kilka rodzajów zachowań.

się z negatywnymi reakcjami na swe niekorzystne dla zdrowia zachowania niż pozostali. Dla ilustracji: odsetek osób, które zetknęły się kiedykolwiek z takimi reakcjami, wśród kadry kierowniczej i inteligencji wynosi 61,9%, a wśród robotników wykwalifikowanych jest najmniejszy — 34,5%. Wśród tych, którzy ukończyli edukację na poziomie podstawowym, wynosi on 31,7% i rośnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, do 57,8% wśród osób z wykształceniem wyższym. Z kolei na cudze zachowania najczęściej reagują negatywnie przedsiębiorcy, kadra kierownicza i inteligencja oraz osoby z wyższym wykształceniem (odp. 80,0%; 77,9%; 79,5%).

Gdy weźmie się pod uwagę normy dotyczące poszczególnych zachowań, to okazuje się, że ich obowiązywanie tylko w części przypadków jest związane z wykształceniem, pozycją zawodową i poziomem indywidualizmu, choć jeśli takie zależności istnieją, to z reguły ich kierunek jest zgodny z oczekiwaniami. Poziom wykształcenia różnicuje stopień rozpowszechnienia norm regulujących poszczególne zachowania, z wyjątkiem normy regulującej picie alkoholu. Wyniki wskazują na to, że normy te są najbardziej popularne wśród osób z wyższym wykształceniem i wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia popularność ta maleje — odsetki osób deklarujących, iż spotkały się z negatywnymi reakcjami na swój nieodpowiedni sposób odżywiania się, brak aktywności fizycznej, dopuszczenie do nadwagi oraz nieumiejętność radzenia sobie ze stresem wśród osób w wykształceniem wyższym wyniosły odpowiednio 29,1%, 22,7%, 13,3%, 15,7%, a wśród osób z wykształceniem podstawowym: 10,4%, 6,2%, 2,7%, 3,9%. Jedynie odsetek osób, które zetknęły się z negatywną reakcją na palenie tytoniu, okazał się większy wśród osób ze średnim wykształceniem niż wśród badanych o wykształceniu wyższym. Jest to jednak raczej efekt mniejszego odsetka palaczy wśród tych ostat-

nich (CBOS 2008) niż mniejszego rozpowszechniania normy niepalenia tytoniu.

Pozycja zawodowa w pewnym stopniu różnicuje upowszechnienie norm dotyczących właściwego odżywiania się, aktywności fizycznej oraz radzenia sobie ze stresem. Ogólnie rzecz biorąc, najbardziej powszechne wydają się one wśród przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji. Odsetek osób wyrażających negatywne reakcje na niekorzystny dla zdrowia sposób odżywiania się innych był największy wśród kadry kierowniczej i inteligencji (47,4%), choć odsetek osób, które z kolei były obiektem negatywnych reakcji na to zachowanie, okazał się najwyższy w grupie pracowników fizyczno-umysłowych (38,6%), a przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji znaleźli się pod tym względem dopiero na drugiej pozycji (32,9%). Dla porównania najrzadziej reakcje takie zarówno wyrażali, jak i ich doświadczali robotnicy wykwalifikowani (odp. 20,4% i 9,8%). W przypadku radzenia sobie ze stresem nie ma różnic istotnych statystycznie między odsetkami osób reagujących negatywnie należących do poszczególnych kategorii, są natomiast różnice między kategoriami pod względem odsetków osób, które takich reakcji doświadczły. Przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji najczęściej, ale tylko nieznacznie częściej niż pracownicy fizyczno-umysłowi, doświadczają negatywnych reakcji na swą nieumiejętność radzenia sobie ze stresem (odp. 20,8%; 19,7%). Najrzadziej z reakcjami takimi stykają się robotnicy wykwalifikowani (2,7%). Częstość negatywnych reakcji na zachowania takie jak palenie tytoniu, picie alkoholu oraz dopuszczanie do nadwagi jest niezależna od pozycji zawodowej. Warto podkreślić, że palenie tytoniu i nadmierne picie alkoholu są zachowaniami częstszymi wśród osób zajmujących niższe pozycje zawodowe (CBOS 2008; Ostrowska 1999), podobnie jak nadwaga, dlatego też brak związków nie musi świadczyć o jednakowym rozpowszechnieniu norm, lecz o rzadszych okazjach do reagowania na zachowanie niezgodne z normą wśród przedstawicieli przyszłej klasy średniej. Trzeba także dodać, że pod względem stopnia uznawania norm „zdrowego zachowania” przedsiębiorcy lokują się zazwyczaj pośrodku i wydają się raczej bliżsi pozostałym kategoriom niż kadrze kierowniczej i inteligencji.

Reakcje na poszczególne zachowania niezgodne ze zdrowym stylem życia tylko w nielicznych przypadkach są związane z indywidualizmem. Gdy jednak istotny statystycznie związek ma miejsce, jego kierunek jest zgodny z hipotezą — osoby nastawione najbardziej indywidualistycznie najczęściej doświadczają negatywnych reakcji na palenie tytoniu (47,8%), niewłaściwy sposób odżywiania (31,1%) oraz reagują negatywnie na brak aktywności fizycznej innych osób (28,9%).

Zaprezentowane wyniki badań częściowo potwierdzają hipotezę o większym rozpowszechnieniu norm zdrowego stylu życia wśród tego segmentu społeczeństwa, który według przyjętej przez nas koncepcji przekształca się w klasę średnią w Polsce.

*

Na wstępie postawiono pytanie, czy healthism staje się ideologią tych kategorii społecznych w Polsce, na bazie których tworzy się klasa średnia i jest cechą odróżniającą je od pozostałej części społeczeństwa. Wyznacznikiem healthismu miał być szczególnie sposób postrzegania uwarunkowań zdrowia, polegający na przypisywaniu dużego wpływu na zdrowie elementów stylu życia, czemu towarzyszy przykładanie niewielkiej wagi do pozostałych uwarunkowań. Jakkolwiek przedstawiciele potencjalnej klasy średniej równie często jak pozostali uznawali elementy stylu życia za znaczące uwarunkowania zdrowia, to jednak rzadziej niż reszta społeczeństwa wykazywali skłonność do przypisywania dużego wpływu na zdrowie czynnikom niezwiązanym ze stylem życia. Dlatego też można uznać, że healthism znajduje odzwierciedlenie w świadomości przedstawicieli tworzącej się klasy średniej w większym stopniu niż w świadomości członków innych warstw społecznych. Kolejnym argumentem przemawiającym za tą tezą jest, jak wynika z przedstawionego badania, większe rozpowszechnienie norm zachowywania się w sposób prozdrowotny wśród członków potencjalnej klasy średniej niż wśród pozostałych członków społeczeństwa.

Należy podkreślić, że dwie kategorie zawodowe, które według przyjętej przez nas definicji miałyby składać się na klasę średnią, różnią się między sobą pod względem tego, w jakim stopniu charakterystyczny dla zachodnich klas średnich healthism stał się ich ideologią. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, przedsiębiorcy odbiegają od kadry kierowniczej i inteligencji zarówno pod względem świadomości uwarunkowań zdrowia, jak i rozpowszechnienia wśród nich norm społecznych regulujących praktyki zdrowotne. Lokują się oni pod tym względem bliżej pozostałych kategorii społeczno-zawodowych. Warto wspomnieć, że podobną tendencję zaobserwowano w cytowanych wcześniej badaniach zachowań zdrowotnych, z których wynika, że przedsiębiorcy zachowują się w sposób mniej korzystny dla zdrowia niż kadra kierownicza i inteligencja (Kostka 1997; Ostrowska 1999; CBOS 2005, 2008, 2009).

Zaprezentowane wyniki sugerują, iż healthism staje się ideologią tworzącej się w Polsce klasy średniej, dotyczy to jednak w głównej mierze najemnych pracowników umysłowych mających wysokie kwalifikacje i zajmujących wysokie pozycje w hierarchii zawodowej, natomiast niekoniecznie — przedsiębiorców. Z jednej strony taki rezultat jest zbieżny ze stanowiskiem Crawforda (1980), który przypisywał healthism głównie „profesjonalistom”, czyli tzw. nowej klasie średniej. Z drugiej strony można go potraktować jako dodatkowy argument na rzecz stawianej przez niektórych tezy, iż polska klasa średnia powstanie przede wszystkim na bazie inteligencji jako *knowledge class* (zob. Mokrzycki 1994).

BIBLIOGRAFIA

- Abucewicz Monika, 2008, *Ideologiczne wymiary kontroli społecznej — perspektywa krytyczna*, w: Jerzy Kwaśniewski (red.), *Profilaktyka społeczna i resocjalizacja*, t. 13, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW, Warszawa.
- Becker Howard S., 2009, *Outsiderzy. Studia z socjologii dewiacji*, tłum. Olga Siara, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Berger Peter L., 1995, *Rewolucja kapitalistyczna. Pięćdziesiąt tez o dobrobycie, równości i wolności*, tłum. Zygmunt Simbierowicz, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Borowiec Agnieszka, Lignowska Izabella, Makowska Marta, 2009, *Czy działania edukacyjne prowadzone w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kreują „nowych dewiantów”?*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 12.
- CBOS, 2005, *Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków*. Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- CBOS, 2008, *Postawy wobec palenia papierosów*. Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- CBOS, 2009, *Polak zadbany — troska o sylwetkę i własne ciało*. Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- Conrad Peter, 1992, *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, t. 18, s. 209–232.
- Cockerham William C., 2007, *Health Lifestyles and the Absence of the Russian Middle Class*, „Sociology of Health and Illness”, t. 29, nr 3.
- Crawford Robert, 1980, *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*, „International Journal of Health Services”, t. 10, nr 3.
- Crawford Robert, 2006, *Health as a Meaningful Social Practice*, „Health”, t. 10, nr 4.
- Domański Henryk, 1994, *Spółczesność klasy średniej*, IFiS PAN, Warszawa.
- Domański Henryk, 2002, *Polska klasa średnia*, Fundacja na rzecz Nauki Polskiej, Wrocław.
- Drozdowski Rafał, 1998, *Kontrowersje wokół klasy średniej w Polsce lat dziewięćdziesiątych*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 1.
- Firkowska-Mankiewicz Anna, 1999, *Zdolnym być...: kariery i sukces życiowy warszawskich trzydziestolatków*, IFiS PAN, Warszawa.
- Fiske John, 1999, *Wprowadzenie do badań nad komunikowaniem*, tłum. Aleksandra Gierczak, Astrum, Wrocław.
- Flick Uwe, 2000, *Qualitative Inquires into Social Representation of Health*, „Journal of Health Psychology”, t. 5, s. 315–324.
- Gniazdowski Andrzej, 1990, *Zachowania a zdrowie: podstawowe zależności*, w: Andrzej Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera, Łódź.
- Greenhalgh Trisha, Wessely Simon, 2004, *'Health for me': A Sociocultural Analysis of Healthism in the Middle Classes*, „British Medical Bulletin”, t. 69, s. 197–213.
- Kostka Robert, 1997, *Zdrowy styl życia po polsku*, w: Macieja Falkowska (red.), *O stylach życia Polaków. Wartości, praca, zakupy*, CBOS, Warszawa.
- Leszkowicz-Baczyński Jerzy, 2007, *Klasa średnia w Polsce? Sytuacja pracy, mentalność, wartości*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra.
- Lockwood David, 1969, *The Blackcoated Worker: A Study in Class Consciousness*, Unwin University Books, London.
- Mannheim Karl, 1992, *Ideologia i utopia*, tłum. Jan Miziński, Test, Lublin.

- Mills Charles Wright, 1965, *Białe kołnierzyki. Amerykańskie klasy średnie*, tłum. Piotr Graff, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Mokrzycki Edmund, 1994, *Nowa klasa średnia?*, „Studia Socjologiczne”, nr 1.
- Ostrowska Antonina, 1999, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, IFiS PAN, Warszawa.
- Przewoźniak Krzysztof, Zatoński Witold, 2002, *Decline in Smoking Prevalence in Poland 1974–2001, Patterns and Reasons*, w: *Programme and Abstracts 3rd European Conference on Tobacco or Health “Closing the Gap — Solidarity for Health”*, 20–22 czerwca, Warszawa.
- Puchalski Krzysztof, 2005, *Medykalizacja promocji zdrowia*, w: Kamila Binkiewicz, Anna Siewruk (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie. Interdyscyplinarna Konferencja Warsztatów Analiz Socjologicznych*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Savage Mike i in., 1995, *Property, Bureaucracy and Culture: Middle Class Formation in Contemporary Britain*, Routledge, London–New York.
- Scrabanek Petr, 1998, *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*, The Social Affairs Unit, Suffolk.
- Słońska Zofia, Misiuna Małgorzata, 1994, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa.
- Słońska Zofia, 2005, *Socjologiczna krytyka promocji zdrowia. Wybrane problemy*, w: Włodzimierz Piątkowski, Włodzimierz A. Brodński (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tyczyn.
- Weber Max, 1994, *Etyka protestancka a duch kapitalizmu*, tłum. Jan Miziński, Test, Lublin.
- Zagórski Zdzisław, 2002, *Klasa średnia transformacji postkomunistycznej. Wybrane problemy*, w: Zdzisław Zagórski (red.), *Socjologiczne portrety grup społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

IS THE IDEOLOGY OF HEALTHISM A DISTINCTIVE FEATURE OF THE MIDDLE CLASS IN POLAND?

Summary

Healthism is an ideology ascribed to the middle class in Western societies. It is defined as a preoccupation with health, which the individual can attain through lifestyle modifications. The aim of the study is an attempt to answer the question of whether healthism can be considered a distinctive attribute of those social categories claiming to be the Polish middle class: that is, salaried, highly qualified, white-collar workers with high positions in the occupational hierarchy, and entrepreneurs with small and medium-size businesses. If it can, this would be another proof of the emergence of a middle class in Poland. Analysis of a survey conducted on a nationwide sample in 2008 suggests that healthism is most common among the former category of persons. One is therefore inclined to consider those concepts according to which the emerging Polish middle class is the segment of the social structure composed of salaried, white-collar employees with high qualifications and high occupational positions.

Key words/słowa kluczowe

healthism; middle class / klasa średnia; ideology / ideologia; lifestyle / styl życia