

Agnieszka Borowiec¹

Praktyki zdrowotne klasy średniej w Polsce – przegląd badań

Atrybutem klasy średniej w społeczeństwach zachodnich jest styl życia, którego istotnym elementem są zachowania prozdrowotne. W związku z tym od 1989 r. podejmowano próby zidentyfikowania praktyk zdrowotnych w stylu życia inteligencji oraz przedsiębiorców stanowiących podstawowe kategorie, na bazie których miała się formować klasa średnia w Polsce. Celem artykułu jest przegląd badań prowadzonych w Polsce, w tym analiza częstości występowania zachowań prozdrowotnych w latach 1997–2019 w kategoriach zaliczonych do kształtującej się w kraju klasy średniej, na tle pozostałych segmentów społeczeństwa. W rozważaniach wykorzystano wyniki badań realizowanych od kilkunastu lat przez CBOS na ogólnopolskich próbach reprezentatywnych. Analiza pokazała, że kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem charakteryzują się wyższymi odsetkami osób deklarujących zdrowe zachowania oraz niższymi odsetkami osób deklarujących niezdrowe zachowania. Przedsiębiorcy, zwłaszcza w początkowym okresie transformacji systemowej, cechowali się średnią częstością badanych zachowań na tle innych kategorii. Wyniki potwierdziły szczególne zainteresowanie zdrowiem oraz praktykami zdrowotnymi kształtującej się klasy średniej w Polsce, co jest jednym z aspektów upodabniających tę kategorię do klas średnich w krajach zachodnich.

Słowa kluczowe: klasa średnia, zdrowy styl życia, zachowania zdrowotne, healthism

Healthy Practices of the Middle Class in Poland – Research Review

An attribute of the middle class in Western societies is a lifestyle including healthy behaviors. Since 1989, attempts have been made to identify healthy practices in the lifestyle of intelligentsia and entrepreneurs, which are the basic categories of forming the middle class in Poland. The aim was to make research review, including estimation of the frequency of healthy behaviors in these categories between 1997 and 2019 versus other segments of society possible thanks to repeatable studies by CBOS on nationwide representative

¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii, aborowiec@ipin.edu.pl.

samples. It showed that managers and specialists with higher education are characterized by higher percentages of people declaring healthy behaviors and lower percentages of people declaring unhealthy ones. Entrepreneurs, especially at the beginning, had an average frequency of the examined behaviors compared to other categories.

The results have confirmed the special interest in health and healthy practices among the Polish middle class similarly to the middle classes in Western countries.

Keywords: middle class, healthy lifestyle, health behaviour, healthism

Wprowadzenie

Po 1989 r. badacze zaczęli śledzić proces wyłaniania się klasy średniej w Polsce. W literaturze naukowej pojawiał się wówczas wątek zdrowego stylu życia klasy średniej traktowanego jako wskaźnik upodabniania się do (i/lub utożsamiania się) pewnych kategorii społeczeństwa z klasą średnią. Z badań anglosaskich wynika, że aktywny sposób spędzania wolnego czasu, aktywność fizyczna, odpowiednia dieta, wstrzymywanie się od picia alkoholu i palenia tytoniu, a także poczucie odpowiedzialności za własne ciało to charakterystyczne cechy stylu życia klasy średniej (Savage i in. 1995; Boniface i in. 2001; Jones i in. 2011; Warde 2006). W związku z tym starano się zidentyfikować praktyki zdrowotne w stylu życia inteligencji oraz przedsiębiorców stanowiących podstawowe kategorie na bazie, których kształtowała się klasa średnia w Polsce.

Można zgodzić się z Jackiem Tittenbrunem, że klasa średnia to „skaczące pojęcie”, czyli takie, „którego zakres przedmiotowy jest znacznie szerszy, niż sugeruje ich nazwa czy etykieta słowna” (2016: 63–64). Była ona różnie definiowana oraz różnie konceptualizowana, a jej granice nie są całkowicie określone. Można tę kategorię zdefiniować jako segment sytuujący się w środku hierarchii społecznej o kontradiktorycznej/sprzecznej lokalizacji na takich wymiarach zróżnicowania ekonomicznego, gdzie na jednym krańcu lokują się klasy wyższe, a na drugim klasy niższe (Marks, Engels 1979; Wright 1979, 1989, 2006; Poulantzas 1975). Klasę średnią odróżnia od pozostałych klas i warstw społecznych jej pozycja rynkowa, sytuacja pracy oraz status rozumiany jako pewien określony styl życia, orientacje i normy zachowań (Lockwood 1969; Mills 1965; Domański 1994, 1999, 2002). Do klasy średniej zalicza się osoby, których źródłem utrzymania jest posiadanie oraz obsługiwanie własności materialnej i/lub kapitału wykształcenia i kompetencji, czyli drobni i średni przedsiębiorcy, kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem (por. Domański 1994, 1999, 2002; Leszkowicz-Baczyński 2007).

Kategoria ta może być także definiowana w odniesieniu do różnego typu posiadanego kapitału: społecznego, kulturowego i ekonomicznego. Wielkość kapitału

determinuje podział na niższą i wyższą klasę średnią. Natomiast rodzaj kapitału implikuje podział na segmenty: tzw. starą klasę średnią (drobni i średni przedsiębiorcy), opierającą swój status na kapitale ekonomicznym oraz tzw. nową klasę średnią (najemni pracownicy umysłowi wyższego szczebla), opierającą swój status na kapitale kulturowym (Bourdieu 2005; Sadura 2012; Gdula, Sadura red. 2012). Obecnie coraz częściej zwraca się uwagę na procesy prowadzące do zanikania klasy średniej w efekcie polaryzacji ekonomicznej (Temin 2017).

Jedną z charakterystycznych cech klasy średniej jest jej styl życia. Socjologiczne koncepcje stylu życia zakładają, że stanowi on spójną całość składającą się z zachowań, które ludzie wybierają, ale w takim zakresie, w jakim pozwala im na to ich umiejscowienie w strukturze społecznej. Determinuje ono ich szanse życiowe, czyli możliwości i ograniczenia, jakie posiadają (Weber 2002). Według Bourdieu (2005; Bourdieu, Wacquant 2001) strukturą mediującą pomiędzy ulokowaniem jednostki w strukturze klasowej a systemem praktyk, czyli stylem życia, jest *habitus* definiowany jako względnie stały system wzorów percepcji, ocen i działania. Dzięki temu osoby zajmujące podobne miejsce w strukturze społecznej mają też podobne style życia, podczas gdy różne style życia mają osoby zajmujące odległe od siebie miejsca w strukturze społecznej. Zdrowy styl życia uważny jest za podstyl stylu życia w ogóle (Cockerham 2005).

Ze zdrowym stylem życia bywają utożsamiane zachowania prozdrowotne. Koncepcja zachowań zdrowotnych, funkcjonująca głównie w obszarze socjologii zdrowia i medycyny, opiera się na przekonaniu (przeważnie wywiedzionym z badań naukowych) o związku pewnych zachowań ze zdrowiem (Gniazdowski 1990; Puchalski 1990; Ostrowska 1999). Za zachowania prozdrowotne można uznać takie intencjonalne działania jednostek, które mają na celu utrzymanie i poprawę zdrowia, a także zapobieganie chorobom i ich wczesne wykrywanie (Kasl, Cobb 1966; Titkow 1990; Puchalski 1990; Ostrowska 1999).

Źródła prozdrowotnego nastawienia klasy średniej można odnaleźć już w XVI w., o czym pisał Max Weber (2010). Z jednej strony była to konieczność wykonywania nienagannie pracy zawodowej traktowanej jako powołanie, co wymuszało sposób życia oparty na racjonalności i planowaniu. Elementem tego stylu było utrzymywanie ciała w dobrej kondycji umożliwiającej wykonywanie pracy zawodowej. Z drugiej strony praktykowanie ascezy przez osoby wyznające kalwinizm, z jego regułą predestynacji, wymagało wstrzymywania się od pewnych aktywności. Niektóre czynności czy zajęcia były dozwolone tylko w takim zakresie, w jakim odpowiadało to potrzebom organizmu, aby utrzymać dobrą formę. Weber (2010) zwracał uwagę, że reguły etyki protestanckiej dopuszczały uprawianie sportu, o ile służył on „pokrzepieniu sił koniecznemu dla sprawności fizycznej”, a nie przyjemnościom czy emocjom. Sen był dopuszczalny w granicach wyznaczanych przez naturalne potrzeby organizmu.

Warto odwołać się tu do szerszego kontekstu, jaki tworzą dwa typy władzy nazywane przez Michaela Foucault dyscypliną ciała i regulacją ludnościową. Pierwszy z nich zaczął się rozwijać w XVII w. i koncentrował się na ciele jako maszynie, która jest poddawana technikom dyscyplinarnym wynikającym z „anatomopolitycznej władzy nad ciałem”. Jak pisze Foucault, „technika dyscyplinarna skupia się na ciele, wytwarza efekty indywidualizujące, manipuluje ciałem jako ogniskiem sił, które trzeba uczynić jednocześnie pożytecznymi i posłusznymi” (1998: 46). Drugi zaś, uformowany w XVIII w., skupiał się na ciele gatunku służącym jako podłoże procesów biologicznych: rozmnażania, narodzin i umierania, stanu zdrowia, ciągłości życia, długowieczności oraz wszelkich warunków wywołujących ich przemiany. Opanowanie tych procesów polega na wielu interwencjach i kontrolowanych regulacjach i jest to biopolityka populacji (Foucault 1995; zob. Bińczyk 2002). Biowładza była niezbędnym elementem rozwoju kapitalizmu, gdyż mogła dokonać „kontrolowanego wtłoczenia ciał w aparat wytwórczy i dostosowania zjawisk populacyjnych do procesów ekonomicznych” (Foucault 1995: 122–123).

A zatem władza dyscyplinarna, która powstała w XVII w. w związku z rozwojem nauk o człowieku takich, jak: psychologia, psychiatria, seksuologia, medycyna kliniczna czy pedagogika, jest nakierowana na zwiększenie produktywności siły życiowej indywidualnych ciał ludzkich zgodnie z potrzebami nowoczesnego społeczeństwa przemysłowego. Natomiast kształtujący się w następnym stuleciu drugi biegun tej nowej technologii władzy, czyli biopolityka populacji, odnosi się do człowieka pojmowanego jako gatunek biologiczny i do jego naturalnych procesów. Jak pisze Dominiak, „biopolityka jest historycznie wytworzonym, charakterystycznym dla nowożytności sposobem rządzenia, specyficznym i dokonywanym na poziomie państwa sposobem urządzania życia populacji; natomiast biowładza – w bardziej technicznym tego słowa rozumieniu – jest narzędziem tego sposobu urządzania” (2012: 254). Efektem funkcjonowania takiej władzy jest medykalizacja (Bińczyk 2002).

W drugiej połowie XX w. amerykański socjolog Robert Crawford (1980, 2006) opisał obsesyjne wręcz zainteresowanie zdrowiem, obecne szczególnie wśród klasy średniej, które przybrało postać ideologii nazwanej przez niego *healthismem*. Do powstania *healthismu* przyczyniły się cechy klasy średniej od dawna będące atrybutami tej kategorii społecznej, które wiążą się z jej szczególną rolą w społeczeństwie rynkowym, a jednocześnie są znakiem odróżniającym ją od innych klas społecznych, czyli: indywidualizm, samokontrola, samodyscyplina, asceza, wstrzymywanie się od konsumpcji. *Healthism* oznacza koncentrację na zdrowiu uważanym za podstawę definiowania i osiągania dobrostanu. Osiąganiu dobrostanu przez jednostkę ma służyć odpowiednia modyfikacja stylu życia, spoczywająca na barkach jednostki. Crawford (1980, 2006) proponował, by opisywać *healthism* jako formę medykalizacji, ponieważ poszerza zakres zjawisk definiowanych jako zdrowie-choroba o zdrowe i niezdrowe zachowania, a także wywiera nacisk na

jednostki, aby wybierały zachowania „zdrowe”, przy czym to medycyna definiuje, co jest zdrowym, a co niezdrowym zachowaniem, i w ten sposób „normalizuje życie społeczne”.

Crawford podkreśla, że w czasach kryzysu, kiedy możliwość sięgania po inne sposoby zmanifestowania przynależności klasowej, szczególnie w sferze pracy, jest ograniczona, wykorzystuje się praktyki zdrowotne do zademonstrowania statusu. Zarazem służą one prezentowaniu takich cech i orientacji życiowych, które są uważane za typowe dla tej kategorii społecznej, np. asceza, powściągliwość, wstrzemięźliwość, systematyczność.

Współczesnym przejawem healthismu jest, jak zauważa Michał Wróblewski, korzystanie z nowych technologii umożliwiających samodzielne monitorowanie zachowań zdrowotnych oraz stanu zdrowia. Wróblewski twierdzi, że praktyki tzw. self-trackingu – czyli wszelkie sposoby monitorowania i analizowania stanu własnego organizmu za pomocą urządzeń mobilnych (telefonów, opasek, przypinek, obręczy itp.) i powiązanych z nimi aplikacji – stanowią współczesny przejaw neoliberalnej ideologii zdrowia. Nazywa je „nowymi szatami healthismu” i traktuje jako nowe ucieleśnienie tej ideologii. Badacz odnosi się do okoliczności powstania w Stanach Zjednoczonych ideologii healthismu opisywanych przez Crawforda, akcentując polityczny aspekt tego procesu. Ideologia ta powstała bowiem w okresie zmian mających na celu ograniczenie usług publicznej służby zdrowia i wprowadzenie prywatyzacji, healthism zaś stał się ideologicznym wymiarem tych reform. Wróblewski, podobnie jak Crawford, dostrzega związki healthismu z neoliberalizmem.

Odnosząc się do urządzeń służących samomonitorowaniu, należy zaznaczyć, że z jednej strony ich użytkowanie przynosi wiele korzyści. Jak piszą Marta Makowska i Agnieszka Maj (2019), urządzenia zachęcają do zachowań prozdrowotnych, mogą być wykorzystane w prewencji chorób, leczeniu chorób chronicznych oraz w zarządzaniu leczeniem. Z drugiej strony, jak trafnie stwierdził Wróblewski, to nowe ucieleśnienie ideologii healthismu, przenosi odpowiedzialność za zdrowie z systemu opieki zdrowotnej na jednostkę. Pozwala na praktyki oparte na indywidualizmie, samodyscyplinie i konkurencji. Pełni także funkcje dyscyplinujące. Zdaniem Wróblewskiego kontrola stanowi jedną z podstawowych cech self-trackingu, który umożliwia planowanie czasu snu, diety, liczby przebytych kroków czy zadań do wykonania na dany dzień. Autor zestawia opisane przez Crawforda okoliczności powstania ideologii healthismu, na które odpowiedzią klasy średniej zmniejszającą jej niepewność był healthism, ze współczesnością, gdy znaczna część społeczeństwa jest zagrożona prekaryzacją. Dzięki sprawowaniu kontroli za pomocą self-trackingu można zredukować niepewność wynikającą m.in. z niestabilnej sytuacji na rynku pracy.

Podobne poglądy formułuje Katarzyna Bielecka (2023), zauważając ponadto, że urządzenia do samomonitorowania mogą generować problemy

zdrowotne – np. psychiczne, gdy pojawia się poczucie winy z powodu niewykonania przepisowych 10 tys. kroków, które jak wynika z informacji przytaczanych przez autorkę, są efektem decyzji marketingowych producenta urządzenia, a nie ustaleń naukowych.

Poniżej został przedstawiony przegląd badań dotyczący zachowań zdrowotnych klasy średniej w Polsce po 1989 r. Obejmuje on zarówno badania jakościowe, jak i ilościowe. Część przywołanych tu badań ilościowych odnosi się wyłącznie do klasy średniej, a część do całego przekroju społeczeństwa (były prowadzone na ogólnopolskich próbach reprezentatywnych lub próbach reprezentatywnych wybranych miast), dzięki czemu można porównać kategorie zaliczane do klasy średniej z pozostałymi. Istotnym elementem tego przeglądu są wyniki powtarzalnych sondaży CBOS zaprezentowane w końcowej części rozważań.

Zachowania zdrowotne jako symbol przynależności do klasy średniej

Z analiz Magdaleny Iwańskiej (1994) i Małgorzaty Fuszary (1994) wynika, że już w latach 90. ubiegłego wieku uprawianie sportów było elementem stylu życia wyrażającym tożsamość i identyfikację klasową. Analizując sposób spędzania czasu wolnego przez przedstawicieli różnych warstw społecznych Łodzi w 1993 r., Iwańska (1994) zauważyła, że regularne podejmowanie różnych aktywności fizycznych wiąże się z autoidentyfikacją klasową. Na przykład wśród osób deklarujących korzystanie z basenu 46% uznaje się za członków klasy wyższej, 16% – średniej, a 7% – niższej. Fuszara (1994) z kolei dokonała analizy *Słownika biznesmenów polskich* drukowanego od maja do września 1993 r. w „Gazecie Wyborczej”, gdzie podawano m.in. informacje na temat hobby, sposobu wypoczyniania i spędzania czasu wolnego. Okazało się, że biznesmeni najczęściej deklarowali, że czas wolny wypełniają różnego rodzaju aktywnościami sportowymi, a najczęściej uprawianymi przez nich dyscyplinami sportu były narciarstwo i tenis. Wyniki przywołanych badań sugerują, że już na początku lat 90. w Polsce aktywność sportową postrzegano jako element stylu życia warstw znajdujących się wyżej w strukturze społecznej, a narciarstwo i grę w tenisa uważano za odpowiednie sporty, potwierdzające ich wysoką pozycję społeczną.

O tym, w jaki sposób sfera odżywiania się jest związana z manifestacją przynależności klasowej, świadczą wyniki niektórych badań jakościowych przeprowadzonych znacznie później. Małgorzata Bogunia-Borowska (2015) pokazała, jak kultura kulinarna rozpowszechniana przez programy kulinarne emitowane w telewizji może promować charakterystyczne cechy i wartości nowej klasy średniej. Autorka stwierdza, że programy te nie dotyczą samego gotowania, ale za ich

pomocą demonstrowany jest też styl życia klasy średniej, który obejmuje kwestie gustu, higieny, a także podróże, pasje, sposób ubierania się i mieszkania, wartości oraz ideologię klasy średniej. Z kolei Kinga Zawadzka (2023) na podstawie przeprowadzonych wywiadów pogłębionych z menedżerami i specjalistami zauważyła, że gotowanie oraz wymiana informacji na temat jedzenia pełnią w tej grupie różne funkcje niezwiązane bezpośrednio ze spożywaniem żywności, np. manifestowanie posiadanego kapitału kulturowego i materialnego.

Między pracą a zdrowiem

Ważnym aspektem analizowanego zagadnienia są relacje między pracą a zdrowiem i zdrowym stylem życia klasy średniej. Jak stwierdził Crawford (1980, 2006), te same cechy typowe dla klasy średniej: indywidualizm, samokontrola, samodyscyplina mogą przejawiać się zarówno w pracy, jak i w praktykach zdrowotnych. W badaniu przeprowadzonym w pierwszych latach transformacji systemowej w Polsce Hanna Palska (2000) wyodrębniła wśród przedstawicieli klasy średniej – przedsiębiorców – dwa typy „funkcjonowania w warunkach nawału pracy”: „typ przepracowany higieniczny” i „typ przepracowany niehigieniczny”. Pierwszy z nich charakteryzował się zachowaniami prozdrowotnymi: unikaniem używek, jadaniem „wartościowej” żywności, aktywnością fizyczną: „organizm traktowany jest jak mechanizm, o który jeśli dobrze się zadba, dłużej będzie użyteczny” (Palska: 2000: 341). Drugi typ wiązał się z postawą, która „zakłada niedbały stosunek do własnego organizmu, brak wyobraźni higienicznej, dopóki idzie się „do przodu” (Palska 2000: 342). Osoby reprezentujące ten typ podporządkowywały swoje życie pracy: były dyspozycyjne, często nie mogły przewidzieć, jak długi będzie ich dzień pracy, pracowały popołudniami i w weekendy: „Traktują swoje ciało jak niezniszczalny mechanizm, nie licząc się z jego możliwym osłabieniem” (Palska 2000: 342). Również inne badanie Palskiej (2002) ujawniło obraz potencjalnej klasy średniej jako grupy, która bardzo dużo czasu przeznacza na pracę zawodową, „jest zapracowana”. Badani – właściciele, profesjonaliści i menedżerowie wysokiego szczebla – reprezentowali dwa typy podejścia do konsumpcji, odzwierciedlające zarazem ich zachowania związane ze zdrowiem: typ „inwestorów” odraczających konsumpcję oraz typ „konsumentów” manifestujących konsumpcję. Pierwszy charakteryzuje przede wszystkim właściciele, którzy dużo pracują, nie wydają pieniędzy na usługi czy rozrywkę i nie przywiązują wagi do sposobu odżywiania się. Cechą zaś drugiego, szczególnie w przypadku osób zapracowanych, odczuwających brak czasu, jest „przyspieszona konsumpcja”. Jej elementami mogą być, zarówno zachowania korzystne dla zdrowia, jak: unikanie używek, jedzenie „wartościowej” żywności,

uprawianie sportu, czy wykonywanie badań profilaktycznych, jak i niekorzystne, np. nadmierna konsumpcja alkoholu.

Healthism a klasa średnia

Część badaczy koncentrowała się na obecności ideologii healthismu w polskim społeczeństwie zwłaszcza w kategoriach zaliczanych do klasy średniej. Badanie sondażowe zrealizowane w 2008 r. na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej liczącej 934 osoby ujawniło większą skłonność osób zaliczanych do klasy średniej (nowej klasy średniej, którą tworzą kadra kierownicza i inteligencja) do niedostrzegania uwarunkowań zdrowia niezwiązanych ze stylem życia, a także większe rozpowszechnienie norm zachowań rekomendowanych jako elementy tzw. stylu życia. Cechy te zostały potraktowane jako wskaźnikowe dla healthismu, zaś przeprowadzona analiza jako potwierdzenie większego rozpowszechnienia healthismu wśród osób należących do klasy średniej „profesjonalistów” niż w pozostałej części społeczeństwa (w tym przedsiębiorców), co zgodne jest z ustaleniami Crawforda (Borowiec, Lignowska 2012).

Jakub Ryszard Stempień (2017) natomiast dowodził, że większość biegaczy amatorów należy do klasy średniej, a jednym, choć nie jedynym, ich motywem jest przyswojenie ideologii healthismu. Na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w latach 2013–2016 wśród uczestników corocznego maratonu w Łodzi autor zidentyfikował motywacje biegaczy potwierdzające znaczenie healthismu: prozdrowotne nastawienie, powszechne przekonanie, że jednostki mogą wpływać na własne zdrowie oraz że zdrowie, obok szczęścia rodzinnego, jest podstawową wartością życiową.

Z kolei Natalia Organista i Michał Lenartowicz (2019) odwołują się do koncepcji kapitału symbolicznego Pierre’a Bourdieu, analizując zachowania sportowe rodziców i dzieci należących do klasy wyższej i średniej oraz koncentrując się na różnicach pomiędzy tymi dwoma kategoriami. Trzeba zauważyć, że jest to szczególne podejście do różnic występujących pomiędzy klasą średnią a pozostałymi klasami i warstwami społecznymi, gdyż zazwyczaj klasę średnią porównuje się z kategoriami położonymi niżej w hierarchii społecznej. Na potrzeby badania autorzy przeprowadzili 64 częściowo ustrukturyzowane indywidualne wywiady pogłębione w okresie od grudnia 2016 r. do marca 2017 r. na terenie Warszawy i aglomeracji warszawskiej. Na podstawie tego materiału zaklasyfikowali badanych oraz ich partnerów życiowych do klas społecznych według kryterium wykształcenia i wykonywanej pracy zgodnie z opisem przedstawionym przez Bourdieu. Wyniki wskazały, że aktywność sportowo-rekreacyjna zarówno rodziców, jak i ich dzieci odpowiadała klasowym wzorom praktyk sportowych, o których pisał Bourdieu.

Respondenci zaliczeni do klasy wyższej częściej uprawiali sporty indywidualne, nazywane również sportami całego życia: żeglarstwo, kitesurfing i windsurfing lub aktywności rekreacyjno-sportowe wymagające zaangażowania trenera, co prawdopodobnie było możliwe dzięki posiadanym przez nich zasobom finansowym oraz możliwościom czasowym. Dzieci z klasy średniej częściej uprawiały aktywności sportowe bardziej dostępne z powodu mniejszej odległości od miejsca zamieszkania czy niższych kosztów. Ponadto dzieci z klasy wyższej uprawiały więcej dyscyplin sportu niż dzieci z klasy średniej. Rola rodziców z klasy wyższej przy wyborze aktywności sportowych dla dzieci była bardziej aktywna, w czym m.in. upatruje się wpływu ideologii healthismu, w większym stopniu obecnej w klasie wyższej i wyższych frakcjach klasy średniej, które kładą nacisk na odpowiedzialność rodziców za zdrowie dzieci.

Często za wskaźnik nastawienia zbliżonego do ideologii healthismu uważa się deklarowane przekonanie, że obowiązek dbania o zdrowie spoczywa głównie na jednostce. Tej kwestii dotyczyło jedno z pytań zadawanych w powtarzalnych badaniach CBOS (2024) z lat 1992, 2007, 2012, 2016: „Czy uważa Pan(i), że ochrona naszego zdrowia jest: obowiązkiem przede wszystkim państwa, odpowiednich władz, czy przede wszystkim nas samych, sami musimy dbać o swoje zdrowie?”. Co ciekawe, w latach 1993–2024 odsetek osób, które uważają, że dbanie o zdrowie jest obowiązkiem jednostki zmalał z 74% do 38%. Przy czym na początku tego okresu, tj. w latach 1993–2012, twierdziło tak ok. $\frac{3}{4}$ badanych, w 2016 r. – już tylko nieco ponad połowa badanych, a w 2024 r. niespełna 40%. W 2024 r. opinię taką wyrażały częściej osoby z wyższym wykształceniem, podstawowym i gimnazjalnym. Respondenci, którzy najczęściej wskazywali na siebie jako na osoby ponoszące odpowiedzialność za własne zdrowie, to średni personel i technicy (53%), a następnie osoby pracujące na własny rachunek (49%) oraz robotnicy niewykwalifikowani (48%). Kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem zajmują dopiero czwartą pozycję (40%). Dane te wskazywałyby na coraz mniejsze rozpowszechnienie ideologii healthismu, a jednocześnie najniższy jego poziom wśród specjalistów i menedżerów. Jak się jednak wydaje, odpowiedź na powyższe pytanie może być wyrazem nie tylko poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, lecz także odzwierciedlać poglądy jednostek na inne kwestie, takie jak organizacja państwa czy system opieki zdrowotnej. A zatem nie należy jej traktować bez zastrzeżeń jako wskaźnik healthismu.

Podobne wyniki uzyskała Iwona Taranowicz (2010) w badaniu wrocławskim obejmującym 384 osoby dobrane w sposób losowy. Swoją rolę na zdrowie w najmniejszym stopniu uznawali wrocławianie z najniższym wykształceniem (57%). O ok. 20 p.p. większe odsetki osób z wykształceniem zarówno wyższym, jak i zawodowym, są przekonane o własnym wpływie na zdrowie, a pozostali jeszcze nieco częściej. Taką opinię podzielają podobne odsetki pracowników

fizycznych i umysłowych (ok. 84%) oraz większy odsetek pracowników fizyczno-umysłowych (95%). Odsetek osób uznających odpowiedzialność jednostki za zdrowie wzrasta wraz z dochodem, ale dopiero od drugiego wyodrębnionego przedziału dochodowego. Zarówno te wyniki, jak i uzyskane w przywołanym wyżej sondażu CBOS przeczą założeniu o większym poczuciu odpowiedzialności za własne zdrowie wśród kategorii zaliczanych do klasy średniej. Jak się wydaje, trzeba jednak zgodzić się z autorką, że jest to spowodowane niejednoznacznością oraz pojemnością sformułowania „wpływ na własne zdrowie”.

Klasa średnia a inne klasy i warstwy społeczne

W części badań obejmujących cały przekrój społeczeństwa prozdrowotny styl życia czy zachowania zdrowotne były analizowane z uwzględnieniem zróżnicowania z uwagi na wykształcenie, pozycję zawodową czy dochód, czyli zasadnicze wskaźniki statusu społeczno-ekonomicznego. Na przykład Antonina Ostrowska (1999) zwróciła uwagę na bardziej korzystny z punktu widzenia zdrowia styl życia osób z wyższym wykształceniem, przyjmując, że jest to wskaźnik przynależności do klasy średniej. Z kolei wyniki badania przeprowadzonego w latach 2002–2003 na próbie warszawskiej (Ostrowska 2009) pokazują, że wykształcenie i stopień zamożności, które można traktować jako miary pozycji społecznej, różnicowały związany ze zdrowiem styl życia mieszkańców Warszawy. Posiadanie relatywnie wyższego wykształcenia oraz bycie bardziej zamożnym sprzyjały prozdrowotnym zachowaniom.

Analizowano również sposób odżywiania i jego społeczne zróżnicowanie. Badanie Henryka Domańskiego i współpracowników (2015) przeprowadzone w 2013 r. na ogólnopolskiej próbie losowej osób w wieku 15 lat i więcej, liczącej 2361 osób, koncentrowało się na wzorach żywieniowych w kontekście stratyfikacji społecznej. Jedna z hipotez mówiła, że style jedzenia należą do czynników podtrzymujących istniejącą hierarchię klasową. W analizach zostały uchwycone różnice w spożywaniu rozmaitych produktów żywnościowych oraz napojów. Jak ustalili autorzy, szczególnie wyraziste różnice pomiędzy klasami są związane z wyborami zdrowotnymi – charakterystyczną cechą kształtującej się klasy średniej zdefiniowanej jako pracownicy umysłowi wyższego szczebla oraz właściciele poza rolnictwem było unikanie słoniny, smalcu, margaryny, masła i cukru. Osoby z wyższym wykształceniem i bardziej zamożne częściej wybierały napoje uważane za zdrowe, a rzadziej napoje z dużą ilością kalorii i cukru. Ponadto zauważono odmienne rytmy spożywania posiłków przez przedstawicieli różnych klas społecznych. Wyższa klasa średnia najrzadziej jada trzy posiłki dziennie w przeciwieństwie do rolników. Różnice pojawiają się także w odniesieniu do pory jadania obiadu,

która jest najpóźniejsza w przypadku pracowników umysłowych i przedsiębiorców. Kierownicy wyższego szczebla i specjaliści najrzadziej jadają kolację, najczęściej natomiast – drugie śniadanie.

Z kolei na podstawie sondażu przeprowadzonego w 2016 r. na 1000-osobowej próbie ogólnopolskiej zidentyfikowano trzy style żywieniowe Polaków. Jeden z nich, „prozdrowotny styl żywieniowy”, obejmujący częstsze jadenie warzyw, owoców, chleba razowego i ryb, w większym stopniu charakteryzuje osoby z wykształceniem wyższym i średnim, studentów oraz przedsiębiorców, których zaliczyć można do klasy średniej. Specjaliści, wykonawcy wolnych zawodów i kierownicy, czyli kategorie także składające się na klasę średnią, unikają stylu żywieniowego „niedbałego”, który charakteryzuje skłonność do wyboru takich zachowań, jak: częstsze jadenie słonych przekąsek (typu chipsy, chrupki i solone orzeszki), a także ciast i słodczy, częstsze picie alkoholi, słodkich lub energetyzujących napoi, dosalanie potraw oraz jadenie kupionych dań gotowych do spożycia po podgrzaniu (Borowiec, Aranowska 2018).

Inne badanie dotyczące zachowań zdrowotnych oraz innych aspektów związanych ze zdrowiem przeprowadzone w 2001 r. na wrocławskiej próbie reprezentatywnej dorosłych pokazało większą skłonność osób z wykształceniem wyższym i pomaturalnym, a także pracowników umysłowych i studentów, do uprawiania sportów (Taranowicz 2010).

CBOS – powtarzalne pomiary

Dzięki powtarzalnym pomiarom w badaniach CBOS można podjąć próbę odpowiedzi na pytanie, czy w latach 1997–2019 pod względem zachowań i orientacji prozdrowotnych pewne kategorie społeczne polskiego społeczeństwa zbliżają się do zachodnich klas średnich, a także czy istnieją między nimi a pozostałymi segmentami społeczeństwa różnice w zakresie realizacji zachowań prozdrowotnych, czy różnice te utrzymują się, rosną czy maleją, i w jaki sposób można je interpretować w kontekście tworzenia się klasy średniej w Polsce. W badaniach tych zadawane są w kilkuletnich odstępach pytania dotyczące zachowań zdrowotnych, takich jak: nawyki żywieniowe, palenie tytoniu, picie alkoholu i aktywność fizyczna. Ze względu na identyczne brzmienie pytań oraz sposób doboru prób (ogólnopolskie próby o wielkości ok. 1000 osób dobrane metodą losową) możliwe jest porównywanie odpowiedzi respondentów. W analizie wykorzystano dane z komunikatów oraz zbiorów danych udostępnianych przez CBOS z badań przeprowadzonych w latach 1997–2019. W badaniach tych wyodrębnia się dwie kategorie, które zaliczyć można do klasy średniej: inteligencję wraz z wyższą kadrą kierowniczą oraz prywatnych przedsiębiorców. Ponieważ między 2005 r. a 2010 r.

zmieniono sposób kategoryzacji pozycji społeczno-zawodowych, w niniejszych rozważaniach połączono następujące kategorie tak, aby można było porównać wyniki z kolejnych lat:

- dla danych z okresu 1998–2005 „pracownicy umysłowi niższego szczebla” oraz „pracownicy fizyczno-umysłowi”, tworząc kategorię „pracownicy umysłowi niższego szczebla”;
- dla danych z okresu 2010–2019 „średni personel, technicy”, „pracownicy administracyjno-biurowi” i „pracownicy usług”, tworząc kategorię „pracownicy umysłowi niższego szczebla”.

Ograniczeniem analiz jest to, że pomimo obszernych, ok. 1000-osobowych prób, zaledwie mniej więcej połowa badanych stanowiła osoby pracujące, a ponadto korzystanie z danych zastanych, tj. tablic do opublikowanych raportów, uniemożliwiło obliczenie istotności statystycznych. Tylko niektóre zbiory danych są dostępne. Należy też zaznaczyć, że z powodu dwuzmiennowego charakteru analizy nie pozwalają na wyciąganie wniosków dotyczących zależności przyczynowych, dlatego wyniki należy traktować jako rodzaj hipotez.

Badania CBOS odnoszą się do wybranych elementów stylu życia, które, jak ustalono już na podstawie badań naukowych, mają wpływ na zdrowie. Ponadto są one przedmiotem edukacji prozdrowotnej oraz rekomendacji dotyczących właściwych zachowań zdrowotnych, jak również edukacji zdrowotnej prowadzonej w różnych formach.

Sposób odżywiania się

W sondażach CBOS z lat 1998–2016 znalazły się pytania dotyczące następujących aspektów odżywiania: spożywanie co najmniej trzech posiłków w ciągu dnia, codzienne jedzenie śniadań, „niepodjadanie” między posiłkami niezdrowych przekąsek, takich jak: orzeszki, chipsy czy słodycze, codzienne jadenie warzyw i owoców, a także żywienie się w barach i restauracjach szybkiej obsługi.

Jak się okazało, regularnie odżywianie się, czyli jedzenie śniadań i trzech posiłków dziennie, nie jest najbardziej charakterystyczne dla kategorii zaliczanych do klasy średniej, tj. specjalistów z wyższym wykształceniem i kadry kierowniczej oraz przedsiębiorców (zob. komunikaty CBOS 1998, 2000, 2005, 2010a, 2010b, 2014; zbiory danych CBOS 2007a, 2012a, 2016). Respondenci z grupy przedsiębiorców prawie w każdym badaniu najrzadziej deklarowali codzienne spożywanie śniadań oraz trzech posiłków w ciągu dnia, podczas gdy badani z grupy specjalistów i kierowników sytuowali się na środkowym poziomie w porównaniu z innymi kategoriami. Ustalenia te jednak nie oznaczają niskich odsetków, gdyż wszystkie grupy polskiego społeczeństwa cechowały się w analizowanym okresie

regularnym jadeniem posiłków. I tak odsetek specjalistów i kierowników regularnie spożywających śniadania wynosił wówczas 72–84%, a odsetek spożywających co najmniej trzy posiłki w ciągu dnia 66–80%. Dla porównania odsetki te w grupie rolników odżywiających się najbardziej regularnie wynosiły 87–95% i 72–89%. Z kolei wśród przedsiębiorców regularnym jadeniem śniadania charakteryzowało się odpowiednio 52–86%, a jadeniem nie mniej niż trzech posiłków dziennie 57–76%. Można więc stwierdzić, że pomimo różnych fluktuacji utrzymuje się tendencja, w którym największą regularnością jadenia posiłków cechują się rolnicy, środkowe miejsce zajmują kadra kierownicza i inteligencja, a najmniej regularnie odżywiają się przedsiębiorcy. Porównanie dwu kategorii zaliczanych do klasy średniej – przedsiębiorców oraz kierowników i specjalistów – pokazało, że przedsiębiorcy znacznie rzadziej niż specjaliści i wyżsi kierownicy deklarowali regularne odżywianie się niemal w każdym roku badania.

Za wskaźniki właściwego odżywiania się można uznać także codzienne spożywanie owoców oraz unikanie przegryzania między posiłkami słonych i słodkich przekąsek, jak chrupki, chipsy, słodczyce. Analiza danych z lat 1998, 2000, 2005, 2010 pokazuje, że specjaliści i kierownicy oraz przedsiębiorcy tylko w 2000 r. i 2005 r. częściej zadeklarowali codzienne spożywanie owoców niż pozostali badani. Chrupki, chipsy i słodczyce były znacznie częściej jadane przez przedsiębiorców niż przez kadrę kierowniczą i inteligencję, a także inne kategorie społeczno-zawodowe, na co wskazują dane z 2000 r. i 2005 r. Kierownicy i inteligenci deklarowali jedzenie słonych przekąsek rzadziej niż większość pozostałych grup (tylko wśród rolników w 2000 r. odsetek ten był nieco mniejszy niż wśród wyższych kierowników i specjalistów; zob. CBOS 1998, 2000, 2005, 2010b).

Wyniki dotyczące regularności jadenia posiłków można interpretować w kontekście zjawisk związanych z modernizacją, które opisali Domański i współpracownicy (2015). Mniejsza niż oczekiwana regularność jadenia posiłków wśród wyższych kierowników i specjalistów oraz przedsiębiorców może wynikać z ich stylu życia związanego z zaabsorbowaniem obowiązkami zawodowymi, mniejszą ilością czasu, koniecznością bycia dyspozycyjnym, a także zmianą wielkości standardowego gospodarstwa domowego, szczególnie zwiększeniem się liczby gospodarstw jednoosobowych. Taki sposób funkcjonowania może być przyczyną pojawienia się w sferze odżywiania zjawisk zwanych informalizacją jedzenia i gastroanomią, z którymi wiąże się: zanikanie norm dotyczących godzin posiłków, zastępowanie zaplanowanych i specjalnie przygotowanych posiłków podjadaniem, nieprzestrzeganie częstotliwości jedzenia. Zjawiska te mogą wyjaśniać mniejszą regularność spożywania posiłków wśród specjalistów, menedżerów i przedsiębiorców, szczególnie w porównaniu z grupą rolników, którzy przeważnie sami mogą decydować o swoim rozkładzie dnia.

Do przyzwyczajenia antyzdrowotnych może należeć także jądanie w restauracjach szybkiej obsługi. Dane pokazują, że we wszystkich latach badania (2007, 2012, 2016) zachowanie takie deklarowane było przez kilka procent badanych z poszczególnych kategorii, z wyjątkiem przedsiębiorców w 2007 r. Najbardziej korzystali z restauracji szybkiej obsługi (najbardziej deklarowali bywanie tam kilka razy w tygodniu bądź częściej) rolnicy, zapewne z powodu małej dostępności w ich miejscu zamieszkania i ich mniejszej mobilności. Średniej wielkości i dosyć stabilne odsetki częstych bywalców barów szybkiej obsługi znalazły się wśród pracowników umysłowych niższego szczebla oraz robotników niewykwalifikowanych. Natomiast wśród kadry kierowniczej i inteligencji odnotowano jedne z niższych odsetków osób korzystających z barów szybkiej obsługi, a wśród przedsiębiorców wyniki analizy pokazały gwałtowny spadek częstości tego zachowania: z 20% w 2007 r., poprzez 5,3% w 2012 r., do 0% w 2016 r. (zbiory danych CBOS 2007a, 2012a, 2016). Warto zauważyć, że częstość bywania w restauracjach szybkiej obsługi jest wypadkową dostępności tych barów, stylu życia oraz świadomości na temat tego, jak żywność serwowana w takich miejscach wpływa na zdrowie.

Aktywność fizyczna

Wyniki badań wskazują na znaczącą przewag kierowników wyższego szczebla i specjalistów w zakresie uprawiania sportów lub innych aktywności fizycznych we wszystkich badanych latach (1997, 2003, 2009, 2013, 2019), mimo że w tej grupie, tak jak w pozostałych, odsetki osób uprawiających sporty na przemian malały i rosły. Odsetek kierowników i specjalistów, którzy na pytanie o częstość uprawiania sportów odpowiedzieli: „regularnie”, „dość często”, „rzadko” lub „przynajmniej raz w ostatnim roku”, wynosił w zależności od roku badania od 69% do 87%. Przedsiębiorcy zajmowali drugą pozycję z odsetkami wskazań wynoszącymi od 42% do 81%. Jedynie w 2003 r. uplasowali się na trzecim miejscu za pracownikami umysłowymi niższego szczebla.

Interesujące jest również to, jaki odsetek osób regularnie uprawia sporty lub ćwicz. Pod tym wzgłędem specjaliści i wyższa kadra kierownicza są na pierwszej pozycji niemal we wszystkich analizowanych latach – odsetek osób deklarujących takie zachowania wyniósł 33–47%. W środtku rankingów zaś znajdują się przedsiębiorcy, ale częstość uprawiania przez nich sportów wzrosła z poziomu 17,8% w 1997 r. do 48% w 2016 r. (Kostka 1997; CBOS 2003, 2009, 2013, 2018; zbiory danych CBOS 2007a, 2012a, 2016).

Palenie tytoniu i picie alkoholu

Pytania o palenie papierosów znalazły się w sondażach CBOS przeprowadzonych w okresie 1997–2019 (Kostka 1997; CBOS 2007b, 2008, 2010a, 2011, 2012b, 2019). W większości badanych lat (1997, 2007, 2008, 2012, 2016) odsetek osób należących do inteligencji oraz kadry kierowniczej, które paliły papierosy, pozostawał na porównywalnym poziomie i wynosił ok. 23,7–27%. Jedynie w latach 2010–2011 obniżył się do 18–20%, a w 2019 r. do 15%. W porównaniu z pozostałymi grupami społeczno-zawodowymi specjaliści i kierownicy we wszystkich badanych latach byli grupą palącą najrzadziej albo prawie najrzadziej (w 2008 r. i 2011 r. rzadziej palili rolnicy).

Natomiast wyraźny systematyczny spadek odsetka palaczy obserwuje się w grupie prywatnych przedsiębiorców. Między 1997 r. a 2019 r. odsetek ten obniżył się ponad dwukrotnie z 50% do 22%. Ponadto nastąpił jego znaczący relatywny spadek w stosunku do innych kategorii społeczno-zawodowych. Z kategorii o największym odsetku palaczy w 1997 r. stali się oni w 2019 r. jedną z dwu kategorii o najmniejszym udziale osób palących tuż po kierownikach i specjalistach.

Wyniki badań dotyczących częstości spożycia alkoholu pokazują zaś, że wstrzymywanie się od częstego picia alkoholu nie jest cechą charakterystyczną klasy średniej.

Kontrola stanu zdrowia u lekarzy

Za wskaźnik skłonności do kontrolowania stanu zdrowia poprzez wykonywanie badań lekarskich uznano pozytywną odpowiedź na pytanie o wykonywanie badań profilaktycznych i o wizyty u stomatologa kilka razy w roku lub częściej, o co pytano w latach 2007, 2012 i 2016. Dosyć klarowny obraz wyłania się w odniesieniu do drugiego z pytań, gdyż na trzech pierwszych miejscach pod względem odsetka osób korzystających z usług stomatologicznych co najmniej raz w roku znalazły się kategorie: kadra kierownicza i inteligencja (w każdym roku największy odsetek wskazań: 47–53%), pracownicy umysłowi niższego szczebla oraz przedsiębiorcy. Pod względem częstości wykonywania badań lekarskich pierwsze miejsce zajęły kadra kierownicza i inteligencja tylko w 2007 r. i 2016 r. (dane ze zbiorów CBOS 2007a, 2012a, 2016).

Podsumowanie

Analiza pokazuje (szczególnie dane CBOS), że wśród kategorii zaliczanych do „nowej” klasy średniej (kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem)

można zaobserwować z jednej strony najwyższe odsetki osób zachowujących się prozdrowotnie, a z drugiej najniższe, deklarujące niezdrowe zachowania. Częściej niż pozostali respondenci uprawiają oni sporty, wykonują badania profilaktyczne, wybierają zdrowe potrawy i napoje oraz najrzadziej palą tytoń. W badaniach CBOS przedsiębiorcy, szczególnie na początku analizowanego okresu, nie odbiegali od reszty społeczeństwa pod względem zachowań prozdrowotnych: najczęściej spożywali między posiłkami słone lub słodkie przekąski, rzadziej niż kadra kierownicza i specjaliści jedli owoce, a także ze średnią częstością w porównaniu do innych grup uprawiali sport. Wyniki te są zgodne z ustaleniami Palskiej (2000, 2002) zaprezentowanymi na podstawie badań jakościowych przeprowadzonych w początkowym okresie transformacji systemowej, z których wyłania się obraz części właścicieli jako bardzo zapracowanych, przekonanych, że ich organizm stanowi niezniszczalny mechanizm i niezwracających uwagi na zdrowie. Dopiero późniejsze badania pokazują, że przedsiębiorcy zbliżają się do kadry kierowniczej i inteligencji pod względem zachowań korzystnych dla zdrowia. I tak np. w 2014 r. deklaracje dotyczące jedzenia śniadań były częstsze wśród przedsiębiorców niż w innych grupach z wyjątkiem rolników, a deklaracje dotyczące spożywania przynajmniej trzech posiłków dziennie utrzymywały się na podobnym poziomie jak wśród kierowników i inteligentów. W 2019 r. pod względem unikania palenia papierosów przedsiębiorcy znajdowali się na drugiej pozycji, za kierownikami i inteligentami, a także niemal równie często jak kierownicy i inteligenci deklarowali uprawianie sportu. Między 2007 r. a 2016 r. zaobserwowano znaczny spadek odsetka przedsiębiorców korzystających z barów szybkiej obsługi.

Tak więc na podstawie kolejnych pomiarów CBOS można uznać, że przedsiębiorcy zaczynają zbliżać się do kierowników i specjalistów z wyższym wykształceniem pod względem praktykowania zdrowego stylu życia. W świetle tych ustaleń weryfikacji wymaga przekonanie, że szczególnie wyrazisty w stylu życia specjalistów i menedżerów rys prozdrowotny jest dodatkową przesłanką wskazującą przede wszystkim na tę właśnie kategorię jako podstawę tworzącej się klasy średniej w Polsce, z pominięciem przedsiębiorców (por. Mokrzycki 1994; zob. też Borowiec, Lignowska 2012).

Nie zaobserwowano tendencji do pogłębiania się dystansu między klasą średnią a pozostałymi kategoriami pod względem częstości praktyk zdrowotnych. W odniesieniu do przekonania o szczególnej roli klasy średniej w społeczeństwie jako nośniku wzorów, wartości i postaw, który odgrywa taką rolę również w propagowaniu zdrowego stylu życia (zob. Cockerham 2012), wzrost zdrowych zachowań w całym społeczeństwie można interpretować jako efekt oddziaływania na nie wzorów klasy średniej.

Jak się wydaje, z jednej strony członkowie klasy średniej ze względu na wysoki poziom wykształcenia i możliwości poznawcze posiadają większą wiedzę na temat

zdrowia i profilaktyki chorób niż członkowie pozostałych kategorii społecznych, a z drugiej strony podejmowane przez nich praktyki zdrowotne są elementem stylu życia odzwierciedlającego ich wartości, tożsamość, poczucie przynależności klasowej. Wybierając zachowania prozdrowotne, kierują się nie tylko stanem swego zdrowia, tj. przewidywanymi skutkami zdrowotnymi określonych zachowań, lecz także innymi względami. Kluczowa może być tu potrzeba zademonstrowania konkretnego wzoru konsumpcji czy chęć zmanifestowania przynależności do klasy średniej. Zaobserwowana wśród osób z tej kategorii większa wstrzemięźliwość i powstrzymywanie się od niektórych zachowań, takich jak palenie tytoniu czy niezdrowe jedzenie, a także regularność i samodyscyplina w uprawianiu sportów oraz kontrolowaniu stanu zdrowia, mogą służyć prezentowaniu cech przypisywanych klasie średniej i wyrażaniu pozycji społecznej. O tym, w jaki sposób sfera odżywiania czy kultura kulinarna wiąże się z manifestacją przynależności klasowej, świadczą wyniki badań jakościowych (Bogunia-Borowska 2015; Zawadzka 2023).

Aktywność sportowa, która okazała się częstsza w obrębie klasy średniej, szczególnie kadry kierowniczej i specjalistów z wyższym wykształceniem, niż w pozostałych kategoriach społecznych, także może być elementem podkreślającym sukces materialny, gdy jest związana z zakupem drogiego sprzętu do ćwiczeń czy z korzystaniem z usług ekskluzywnych klubów fitness. Specjalne praktyki żywieniowe i uprawianie sportów pozwalają osiągnąć wygląd ciała, poprzez który wyrażana jest wysoka pozycja społeczna. Wiąże się z tym presja wywierana przez kulturę, aby prowadzić zdrowy styl życia, „być fit”, eksponować szczupłą, wysportowaną sylwetkę. Jak pokazują rozważania Wróblewskiego (2016) czy Stempnia (2017), nie bez znaczenia jest także ideologia heathismu podkreślająca rolę indywidualnych wysiłków jednostek w podtrzymaniu zdrowia. Nacisk na zdrowy styl życia może przybierać formy kontroli społecznej, która wyraża się w sugestii, że osoby niestosujące się do rekomendacji prozdrowotnych są nieuświadomione, niewykształcone, nienowoczesne, ponoszą większe ryzyko zachorowania na chorobę przewlekłą i stąd potencjalnie stanowią obciążenie dla systemu ochrony zdrowia.

Zachowywanie się w sposób prozdrowotny może być motywowane chęcią upodobnienia się do innych osób z klasy średniej będącej grupą normatywnego odniesienia. Jak stwierdzili Jérôme Blondé i współpracownicy (2022) na podstawie wyników badania przeprowadzonego na 407 osobach, głównie Szwajcarach i Francuzach, im bardziej zachowania prozdrowotne są postrzegane jako norma obowiązująca w wyższej klasie średniej, tym większa jest skłonność do prozdrowotnych zachowań wśród osób identyfikujących się z tą klasą, mniejsza zaś wśród osób identyfikujących się z niższą klasą średnią.

Należy zauważyć, że regularność spożywania posiłków czy wstrzymywanie się od częstego picia alkoholu, jak pokazały to badania, nie spełnia funkcji demonstrowania przynależności klasowej. Możliwe, że regularność jadań posiłków ustępuje

potrzebie (manifestowania) zaangażowania w wykonywanie pracy zawodowej (poza wspomnianymi już uwarunkowaniami związanymi z organizacją współczesnego życia), co sprawia, że brakuje czasu lub możliwości, aby jeść o określonych porach. Z kolei powstrzymywanie się od częstego picia alkoholu ustępuje potrzebie demonstrowania określonego stylu życia poprzez rodzaj spożywanych alkoholi. Jednak oba te spostrzeżenia mogą okazać się nieaktualne w odniesieniu do młodszych pokoleń, które mają inny stosunek do pracy zawodowej, a ponadto obserwuje się wśród nich trend niepicia alkoholu.

Z przedstawionego przeglądu wynika, że różne badania – jakościowe, a także sondażowe – przeprowadzane na przestrzeni ponad 20 lat potwierdziły szczególnie zainteresowanie zdrowiem oraz praktykami zdrowotnymi wśród kategorii stanowiących bazę do formowania się klasy średniej w Polsce. Jest to jeden z aspektów upodabniających tę kategorię do klas średnich w krajach, gdzie istnieje ona od dawna.

Literatura

- Bielecka K., 2023, *Co ma wspólnego krokomierz z neoliberalizmem? Czyli o splocie healthismu i polityki neoliberalnej*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 72, nr 2.
- Bińczyk E., 2002, *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy* [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Blondé J., Easterbrook M.J., Kulich C., Chipeaux M., Lorenzi-Cioldi F., 2022, *Social Disparities in Health Behaviours: The Role of Class-Related Behavioural Norms and Social Class Identification*, „Journal of Community & Applied Social Psychology”, vol. 32, no. 2.
- Bogunia-Borowska M., 2015, *Obraz nowej klasy średniej w telewizyjnych programach kulinarnych*, „Studia Socjologiczne”, nr 1.
- Boniface D.R., M.J. Cottee, Neal D., Skinner A., 2001, *Social and Demographic Factors Predictive of Change Over Seven Years in CHD-Related Behaviours in Men Aged 18–49 Years*, „Public Health”, vol. 115, no. 4.
- Borowiec A., Aranowska A., 2018, *Style żywieniowe Polaków i ich społeczno-demograficzne uwarunkowania*, „Pomeranian Journal of Life Sciences”, vol. 64, no. 2.
- Borowiec A., Lignowska I., 2012, *Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3.
- Bourdieu P., 2005, *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia*, przeł. P. Biłos, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bourdieu P., Wacquant L.J.D., 2001, *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, przeł. A. Sawisz, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- CBOS, 2000, *Nawyki żywieniowe i upodobania kulinarne Polaków*, komunikat z badań nr BS/145/2000.
- CBOS, 2024, *Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków*, komunikat z badań nr 89/2024.
- CBOS, 2019, *Palenie papierosów*, komunikat z badań nr 104/2019.
- CBOS, 2018, *Aktywność fizyczna Polaków*, komunikat z badań nr 125/2018.

- CBOS, 2016, *Aktualne problemy i wydarzenia* (316), wrzesień, <https://doi.org/10.18150/JXVFJF>.
- CBOS, 2014, *Zachowania żywieniowe Polaków*, komunikat z badań nr 115/2014.
- CBOS, 2013, *Aktywność fizyczna Polaków*, komunikat z badań nr BS/129/2013.
- CBOS, 2012a, *Aktualne problemy i wydarzenia* (266), lipiec, <https://doi.org/10.18150/ML-6KZO>.
- CBOS, 2012b, *Postawy wobec palenia papierosów*, komunikat z badań nr BS/107/2012.
- CBOS, 2011, *Postawy wobec palenia papierosów*, komunikat z badań nr BS/70/2011.
- CBOS, 2010a, *Postawy wobec palenia papierosów*, komunikat z badań nr BS/36/2010.
- CBOS, 2010b, *Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków*, komunikat z badań nr BS/150/2010.
- CBOS, 2009, *Polak zadbany. Troska o sylwetkę i własne ciało*, komunikat z badań nr BS/130/2009.
- CBOS, 2008, *Postawy wobec palenia papierosów*, komunikat z badań nr BS/46/2008.
- CBOS, 2007a, *Aktualne problemy i wydarzenia* (207), sierpień, <https://doi.org/10.18150/EML69G>.
- CBOS, 2007b, *Postawy wobec wybranych substancji psychoaktywnych*, komunikat z badań nr BS/39/2007.
- CBOS, 2006, *Co Polacy robią w czasie wolnym*, komunikat z badań nr BS/124/2006.
- CBOS, 2005, *Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków*, komunikat z badań nr BS/173/2005.
- CBOS, 2003, *O aktywności fizycznej Polaków*, komunikat z badań nr BS/23/2003.
- CBOS, 1998, *Czy dobrze się odżywiamy?*, komunikat z badań nr BS/74/74/98.
- Cockerham W.C., 2012, *The Intersection of Life Expectancy and Gender in a Transitional State: The Case of Russia*, „Sociology of Health & Illness”, vol. 34, no. 6.
- Cockerham W.C., 2005, *Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure*, „Journal of Health and Social Behaviour”, vol. 46, no. 1.
- Crawford R., 2006, *Health as a Meaningful Social Practice*, „Health”, vol. 10, no. 4.
- Crawford R., 1980, *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*, „International Journal of Health Services”, vol. 10, no. 3.
- Domański H., 2002, *Polska klasa średnia*, Wrocław: Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej.
- Domański H., 1999, [hasło] „Klasa średnia” [w:] H. Domański (red.), *Encyklopedia socjologii*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Domański H., 1994, *Spółczesność klasy średniej*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Domański H., Karpiński Z., Przybysz D., Straczuk J., 2015, *Wzory jedzenia a struktura społeczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Dominiański Ł., 2012, [recenzja] *Urządzanie ciała, czyli władza w epoce biopolityki* (Michel Foucault, „Bezpieczeństwo, terytorium, populacja”, tłum. M. Herer, PWN, Warszawa 2010, ss. 513 oraz Michel Foucault, „Narodziny biopolityki”, tłum. M. Herer, PWN, Warszawa 2011, ss. 417), „KLIO. Czasopismo poświęcone dziejom Polski i powszechnym”, t. 20, nr 1.
- Foucault M., 1998, *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France*, 1976, przeł. M. Kowalska, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault M., 1995, *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, Warszawa: Czytelnik.

- Fuszara M., 1994, *Styl życia, pracy i konsumpcji biznesmenów polskich. Analiza „Słownika biznesmenów polskich”* [w:] J. Kurczewski, I. Jakubowska-Branicka (red.), *Biznes i klasy średnie. Studia nad etosem*, Warszawa: Zakład Socjologii Obyczajów Prawa, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski.
- Gdula M., Sadura P., 2012, *Wstęp* [w:] M. Gdula, P. Sadura (red.), *Style życia i porządek klasowy w Polsce*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Gniazdowski A., 1990, *Zachowania zdrowotne a zdrowie* [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Iwańska M., 1994, *Czas wolny* [w:] J. Kurczewski, I. Jakubowska-Branicka (red.), *Biznes i klasy średnie. Studia nad etosem*, Warszawa: Zakład Socjologii Obyczajów Prawa, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski.
- Jones I.R., Papacosta O., Whincup P.H., Goya Wannamethee S., Morris R.W., 2011, *Class and Lifestyle 'Lock-in' among Middle-Aged and Older Men: A Multiple Correspondence Analysis of the British Regional Heart Study*, „Sociology of Health & Illness”, vol. 33, no. 3.
- Kasl S.V., Cobb S.M.D., 1966, *Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior*, „Archives of Environmental Health: An International Journal”, vol. 12, no. 4.
- Kostka R., 1997, *Zdrowy styl życia po polsku* [w:] M. Falkowska (red.), *Praca, wartości, zakupy... O stylach życia Polaków*, Warszawa: CBOS.
- Leszkowicz-Baczyński J., 2007, *Klasa średnia w Polsce? Sytuacja pracy, mentalność, wartości*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Lockwood D., 1969, *The Blackcoated Worker. A Study in Class Consciousness*, London: Unwin University Books.
- Makowska M., Maj A., 2019, „Monitoruję więc jestem... zdrowszy”. Konsekwencje dynamicznego rozwoju self-trackingu dla zdrowia, „Konteksty Społeczne”, t. 7, nr 2, DOI: 10.17951/ks.2019.7.2.5-17.
- Marks K., Engels F., 1979, *Manifest Partii Komunistycznej* [w:] K. Marks (red.), *Pisma wybrane. Człowiek i socjalizm*, wyb. i wstęp J. Ładyka, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Mills C.W., 1965, *Białe kołnierzyki. Amerykańskie klasy średnie*, przeł. P. Graff, Warszawa: Książka i Wiedza.
- Mokrzycki E., 1994, *Nowa klasa średnia?*, „Studia Socjologiczne”, nr 1.
- Organista N., Lenartowicz M., 2019, *Klasa społeczna a poziom i zróżnicowanie rodzinnej aktywności sportowo-rekreacyjnej. Wyniki badań jakościowych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 15, nr 3, DOI: 10.18778/1733-8069.15.3.07.
- Ostrowska A., 2009, *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie: wyniki badań warszawskich*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Ostrowska A., 1999, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Palska H., 2002, *Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Palska H., 2000, *Czy nowe style życia Polaków? Wybrane wymiary stylu życia „ludzi sukcesu”* [w:] H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Jak żyją Polacy?*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Poulantzas N., 1975, *Classes in Contemporary Capitalism*, London: NLB.

- Puchalski K., 1990, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia* [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Sadura P., 2013, *Wielość w jedności: klasa średnia i jej zróżnicowanie* [w:] M. Gdula, P. Sadura (red.), *Style życia i porządek klasowy w Polsce*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Savage M., Barlow J., Dickens P., Fielding T., 1995, *Property, Bureaucracy and Culture. Middle Class Formation in Contemporary Britain*, London – New York: Routledge.
- Stempień J.R., 2017, *Ideologia healthismu jako fons et origo mody na bieganie*, „Kultura i Społeczeństwo”, t. 61, nr 2.
- Taranowicz I., 2010, *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Temin P., 2017, *The Vanishing Middle Class. Prejudice and Power in a Dual Economy*, Cambridge–London: MIT Press.
- Titkow A., 1990, *Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie* [w:] A. Ostrowska (red.), *Wstęp do socjologii medycy*, Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW.
- Tittenbrun J., 2016, *Klasa średnia: mit czy byt?*, „Studia Krytyczne / Critical Studies”, nr 2.
- Warde A., 2006, *Cultural Capital and the Place of Sport*, „Cultural Trends”, vol. 15, no. 2/3.
- Weber M., 2010, *Etyka protestancka a duch kapitalizmu*, przeł. D. Lachowska, Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- Weber M., 2002, *Gospodarka i społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej*, przeł. D. Lachowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wright E.O., 2006, *Klasy się liczą* [w:] A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, t. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wright E.O., 1989, *Classes*, London – New York: Verso.
- Wright E.O., 1979, *Class, Crisis and the State*, London: Verso.
- Wróblewski M., 2016, *Nowe szaty healthismu. Self-tracking, neoliberalizm i kapitalizm kognitywny*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Sociologica”, nr 58, DOI: 10.18778/0208-600X.58.01.
- Zawadzka K., 2023, *Roczniki siedemdziesiąte. Styl życia i wartości inteligencji średniego pokolenia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.