

Krystyna Dzwonkowska-Godula\*

## STOSUNEK MŁODYCH LUDZI DO WŁASNEGO ZDROWIA A IDEOLOGIA HEALTHISMU

**Abstrakt.** W artykule zaprezentowano wyniki badań jakościowych dotyczących przekonań i zachowań zdrowotnych młodych ludzi, zbieżnych w dużej mierze z ideologią healthismu. Młodzi są bowiem przekonani o indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie i konieczności prowadzenia zdrowego stylu życia. Postawiono hipotezę, że jest to konsekwencja socjalizacji w warunkach społecznych sprzyjających ukształtowaniu się ideologii healthismu i „autokreacyjnych postaw wobec zdrowia”. Młodzi dorastali w czasach rozwoju socjoekologicznego modelu zdrowia, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Wchodzili w dorosłość w warunkach demokracji i wolnorynkowej gospodarki, sprzyjających indywidualizacji i upodmiotowieniu oraz traktowaniu zdrowia jako kapitału, w który należy inwestować.

**Słowa kluczowe:** healthism, zdrowy styl życia, stosunek do zdrowia, zachowania zdrowotne, młodzi.

### 1. Ideologia healthismu

Hasło „zdrowego stylu życia” na dobre zadomowiło się we współczesnym języku – wydaje się, że jest to nierozłączna już zbitka słów. Określenie „zdrowy” nasuwa się natychmiast, gdy słyszymy o stylu życia. Jednak pojęcie to jest nie tylko kategorią opisową, lecz także aksjonormatywną. „Zdrowe życie” można traktować jako wartość, cel sam w sobie, ale też jako normę, wyznaczającą społecznie akceptowany, a nawet pożądaný sposób funkcjonowania jednostki, obejmujący określone zachowania zdrowotne. Zdrowie i działania ukierunkowane na jego podtrzymywanie lub wzmacnianie stają się *idee fixe* współczesnego człowieka. Tym bardziej, że wraz z odkryciem znaczenia stylu życia jako czynnika decydującego o kondycji psychofizycznej jednostki i rozwojem promocji zdrowia upowszechniło się przekonanie o indywidualnej odpowiedzialności

---

\* Dr, Zakład Socjologii Płci i Ruchów Społecznych, Katedra Socjologii Struktur i Zmian Społecznych, Instytut Socjologii, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. 41/43, 90-214 Łódź; e-mail: krystyna.dzwonkowska@gmail.com

człowieka za własny stan zdrowia („Twoje zdrowie w twoich rękach”) (Ostrowska 1999; Słowska 2010a).

Na pojawienie się nowego sposobu myślenia o zdrowiu, a także o stylu życia jako czynniku determinującym jego stan, zwrócił uwagę ponad trzydzieści lat temu R. Crawford, określając go mianem healthismu (Crawford 1980). Zdaniem A. Borowiec i I. Lignowskiej, można tu mówić o ideologii (Borowiec, Lignowska 2012). Jeżeli przyjmiemy, że ideologia jest zbiorem poglądów, służącym ludziom do nadawania znaczeń, odpowiedzi na pytania o sens i sposób istnienia, uzasadniania własnych działań, to zjawisko healthismu taką funkcję spełnia. Światopogląd ten, stawiający w centrum zainteresowania i dążeń człowieka jego własne zdrowie, czyni ze zdrowia „panwartość” – „wartość wszechogarniającą” wszystkie dziedziny życia jednostki (Crawford 1980):

[...] 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 (Borowiec, Lignowska 2012: 96).

Zdrowie staje się miarą „dobrego życia” i życiowych osiągnięć, a jednostka jest postrzegana jako ta, od której to zdrowie, (a zatem i wszystko inne?), zależy. Współcześnie mówi się o „autokreacyjnej postawie wobec zdrowia”, opartej właśnie na przekonaniu, że „każdy człowiek jest odpowiedzialny za swój los, pomyślność i zdrowie” i może kreować własne zdrowie swoimi działaniami (Woynarowska 2013: 70). Tym samym, może być on obarczany winą za zachorowanie – choroba jest traktowana jako rezultat niewłaściwego zachowania, nieodpowiedzialności. Jak zauważa A. Ostrowska, choroby cywilizacyjne, stanowiące dziś najczęstszą przyczynę zgonów, określa się mianem „chorób z wyboru” (Ostrowska 1998: 149). Mamy tu do czynienia ze zjawiskiem „obwinięcia ofiary” (Ostrowska 1999: 189; Słowska 2010a: 218). A zatem, stan kondycji psychofizycznej człowieka oraz jego działania, mogące ją „ulepszać” bądź jej szkodzić, podlegają społecznej kontroli. Jednostka jako odpowiedzialna za własne zdrowie jest oceniana ze względu na to, jak wypełnia zobowiązanie wobec własnego organizmu. Zobowiązanie to ma tylko pozornie indywidualny charakter, bo przecież skutki chorób jednostki ponosi w jakimś stopniu społeczeństwo, a jego funkcjonowanie zależy m. in. od kondycji zdrowotnej jego członków. Stąd to społeczne zainteresowanie zdrowiem jednostki i normatywne regulacje w tym zakresie.

Uczynienie ciała, jego zdrowotnej kondycji, przedmiotem indywidualnej i społecznej troski wiąże się z traktowaniem go jako istotnego zasobu, kapitału człowieka warunkującego jego funkcjonowanie w różnych obszarach życia społecznego (Jakubowska 2009; Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012). H. Jakubowska, używa pojęcia „biologicznego kapitału”

dla aspektów cielesności będących „przedmiotem jednostkowej uwagi, przedmiotem inwestycji, ulepszeń czy przekształceń wynikających ze znaczenia przypisywanego im w kulturze współczesnej” (Jakubowska 2009: 191). Z pewnością można tu wskazać zdrowie jako cel różnego rodzaju praktyk, by je utrzymywać czy wzmacniać. W dyskursie dotyczącym ciała i zdrowia pojawiają się analogie do ciała jako maszyny, o którą trzeba dbać, by dobrze funkcjonowała, którą trzeba „reperować” i przedłużać jej żywotność (opóźniać procesy starzenia) (Breczko 2013: 155). Zajmując się różnymi przejawami polityzacji ciała, rozumianej jako nadawanie cielesności charakteru politycznego, zwraca uwagę na powstanie „paradygmatu zdrowego ciała”. „Można powiedzieć, że cała maszyneria promocji zdrowia skoncentrowała się na jednostce – jej przyzwyczajeniach, nawykach żywieniowych, aktywności ruchowej, a także stosowanych używkach (Breczko 2013: 152). Autorka wskazuje wprowadzane rozwiązania prawne, jak zakaz palenia w miejscach użyteczności publicznej czy zakaz reklamy papierosów i alkoholu, mające służyć ochronie zdrowia jednostek. Opisuje także zjawisko „mody na zdrowie”, kreowanej nie tylko przez instytucje medyczne, lecz także, a może przede wszystkim, przez cały przemysł „zdrowych” produktów. Wyjście kategorii zdrowia poza medycynę jest jednym z przejawów medykalizacji, oznaczającej „pojmwowanie coraz większej liczby zjawisk w kategoriach medycznych” (Jakubowska 2009: 7). Jak zauważa Z. Słońska, w związku z odkryciem wpływu indywidualnych zachowań na stan zdrowia człowieka, „styl życia” stał się pojęciem medycznym – jako czynnik ryzyka zapadnięcia na różnego rodzaju schorzenia (Słońska 2010a). Samo zjawisko healthismu również było traktowane przez R. Crawforda jako forma medykalizacji (Crawford 1980) – „wszystkie zachowania, postawy i emocje, które mogą wpływać na zdrowie, zostają opatrzone etykietą «zdrowych» lub «chorych»” (za: Borowiec, Lignowska 2012: 97).

R. Crawford opisywał healthism jako ideologię amerykańskiej klasy średniej, widząc w nim podstawę charakterystycznego dla niej zdrowego stylu życia (Crawford 1980). Podejmowane przez jej przedstawicieli zachowania prozdrowotne: zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna, ograniczanie używek, takich jak alkohol i papierosy czy też kontrola stanu zdrowia, poza tym że służą zdrowiu, są manifestacją klasowej tożsamości, mają wymiar symboliczny (Borowiec, Lignowska 2012: 97). Prowadzenie zdrowego stylu życia nie jest zatem warunkowane jedynie względami zdrowotnymi. A zatem można by powiedzieć, że nie tylko o zdrowie tu chodzi, lecz także o zaznaczenie przynależności do określonej klasy, czy szerzej: kategorii społecznej. To, czy jednostka „zdrowo się prowadzi” staje się zatem wyznacznikiem jej pozycji społecznej i podlega społecznej kontroli. Określone zachowania zdrowotne nabierają normatywnego charakteru. Takie społeczne znaczenie stosunku do zdrowia potwierdza następująca definicja „kulturowych wzorów zachowań zdrowotnych”, określająca je jako „społecznie ujawniane przez jednostki sposoby chronienia uznawanych w danej grupie

wartości, określonych w kulturze tej grupy mianem zdrowia i stanowiących nieodłączny element kultury grupy przekazywany w procesie socjalizacji” (R o m a n 1994, za: S y r e k 2009: 17). Przynależność do klasy średniej zobowiązywałaby zatem do aktywnej, „autokreacyjnej” postawy wobec własnego zdrowia.

## 2. O badaniu

W niniejszym artykule przedmiotem zainteresowania jest nie klasowy, a pokoleniowy wymiar stosunku do zdrowia jednostek. Do zajęcia się tym zagadnieniem skłoniły autorkę wyniki badań jakościowych zrealizowanych w ramach projektu badawczego pt. „Kulturowe koncepcje płci i wieku a postawy kobiet i mężczyzn wobec swego zdrowia i wyglądu”<sup>1</sup>. Przedmiotem badania był m.in. stosunek do własnego zdrowia osób w trzech kategoriach wiekowych, w tym ludzi młodych, których dotyczą zawarte tu rozważania. Zebrany materiał pokazał, że młodzi wyróżniali się w badanej zbiorowości szczególnym sposobem pojmowania zdrowia oraz wpływających na nie czynników, a także podejmowanymi działaniami prozdrowotnymi. Celem artykułu jest analiza postaw młodych ludzi wobec własnego zdrowia pod względem ich zbieżności z ideologią healthizmu oraz próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego przedstawiciele młodego pokolenia mieliby być bardziej niż starsze osoby podatni na tę ideologię.

Podstawę źródłową stanowi materiał badawczy zebrany w wywiadach swobodnych przeprowadzonych z 30 respondentami (15 kobietami i 15 mężczyznami) w wieku 20–37 lat w momencie badania (rok 2014)<sup>2</sup>. Przyjęcie tak szerokiego przedziału wiekowego dla kategorii „młodzi” i uznanie 37 urodzin za granicę młodości znalazło podstawy w wynikach sondażu CBOS, w którym Polacy stwierdzili, że młodość kończy się dopiero z 37 rokiem życia (CBOS 2012a). W badaniu uczestniczyły osoby urodzone w latach 1976–1993, posiadające wykształcenie średnie bądź wyższe, mające podobny status ekonomiczny, mieszkające w Łodzi. Punktem odniesienia będą wywiady z przedstawicielami starszych pokoleń, które jednak nie zostaną tu omówione<sup>3</sup>. Pozwoliły one wyodrębnić specyficzne cechy stosunku młodych badanych do własnego zdrowia, dające się powiązać z opisaną wcześniej ideologią healthizmu.

<sup>1</sup> Projekt, zrealizowany w latach 2013–2016 w Zakładzie Socjologii Płci i Ruchów Społecznych Instytutu Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, pod kierownictwem dr hab. Ewy Malinowskiej, prof. nadzw. UŁ, został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2012/05/B/HS6/03793.

<sup>2</sup> W dalszej części artykułu przytaczane są wypowiedzi badanych. W nawiasie za cytatem wypowiedzi umieszczona jest informacja o płci i kategorii wiekowej respondenta: KM – młoda kobieta, MM – młody mężczyzna oraz numer wywiadu i dokładny wiek badanej/badanego, np. KM\_3\_24.

<sup>3</sup> Rezultaty badań zostały zaprezentowane w książce: M a l i n o w s k a i in. (2016, w druku).

Przyjęto tu sposób rozumienia ideologii za A. Borowiec i I. Lignowską, zgodnie z którym składają się na nią „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” (Borowiec, Lignowska 2012: 96). W zrealizowanym badaniu postaw wobec zdrowia uwzględniono wszystkie trzy komponenty postawy: poznawczy, afektywny oraz behawioralny. Tu odwołały się do następujących ich elementów: sposobu pojmowania zdrowia, przekonań na temat czynników wpływających na kondycję psychofizyczną, a także działań pro- i antyzdrowotnych podejmowanych przez badanych. Będziemy zatem poszukiwać odwołań do ideologii healthismu – zarówno w wymiarze „idealnym”, świadomościowym, jak i behawioralnym – postaw młodych respondentów wobec własnego zdrowia. Należy tu jeszcze raz podkreślić, że były to osoby z co najmniej średnim wykształceniem, a jak pokazują wyniki badań, poziom wykształcenia ma duży wpływ na styl życia oraz stosunek do zdrowia (CBOS 2012b; Kostka 1997; Ostrowska 1999).

### 3. Przekonania młodych respondentów dotyczące zdrowia

W wywiadach swobodnych pytano respondentów, jak rozumieją pojęcie „zdrowia”, co oznacza dla nich „być zdrowym”. W definicjach zdrowia młodych badanych pojawiały się określenia podobne do tych podawanych przez przedstawicieli innych grup wiekowych, jak np. definiowanie zdrowia jako braku choroby, dolegliwości czy problemów zdrowotnych. Zdrowie kojarzyli oni także z normalnym funkcjonowaniem na co dzień, sprawnością fizyczną, dobrymi wynikami badań lekarskich i brakiem konieczności chodzenia do lekarza i przyjmowania lekarstw, wreszcie z dobrym samopoczuciem oraz dobrą kondycją psychiczną, co pojawiało się także w wypowiedziach starszych respondentów. Młodzi rozmówcy jako jedyni w badanej zbiorowości utożsamiali zdrowie z dbaniem o nie, działaniami na jego rzecz. W świetle ich definicji, osoba zdrowa to taka, która dba o zdrowie, prowadzi zdrowy styl życia: *bycie zdrowym fizycznie to wiadomo posiadanie dobrych wyników, aktywny tryb życia, zdrowy tryb życia (KM\_10\_30); bycie zdrowym to dbanie o siebie, nie chorowanie na pewnego rodzaju choroby, regularne kontakty w przychodni, czy lekarza, takie kontrolne (MM\_4\_24).*

Wspominano tu o odpowiednim odżywianiu, aktywności fizycznej, nabytej odporności i dobrej kondycji fizycznej organizmu, równowadze między pracą i odpoczynkiem, ale także o kontrolowaniu stanu zdrowia poprzez wizyty u lekarza oraz badania profilaktyczne: *Bycie zdrowym to dla mnie brak chorób, więc to jest podstawowe kryterium, jeśli chodzi o samo zdrowie. No, ale możemy to*

*bardziej uszczegółowić i bycie zdrowym to myślę, że aktywność fizyczna ma wpływ na bycie zdrowym czyli na nasze samopoczucie. To summa summarum można nazwać zdrowiem (KM\_11\_34); Zdrowie dla mnie łączy się ze zdrowym trybem życia i z odżywianiem, odpowiednimi produktami (KM\_5\_28); No na przykład nie chorować, prowadzić zdrowy tryb życia, czyli odżywiać się jakoś przyzwoicie (MM\_3\_22); Według mnie być zdrowym to nie tylko czuć się dobrze, być wysportowanym. Jeszcze co? No jedzenie na to wpływa, tak? (MM\_8\_29).*

Takie definicje zdrowia świadczą o przekonaniu młodych uczestników badania, że o „jakości” kondycji psychofizycznej człowieka decyduje on sam i jego wybory dotyczące stylu życia. Jak pokazuje poniższa wypowiedź młodego mężczyzny, przekonanie to pociąga za sobą poczucie kontroli i wpływu na stan bycia zdrowym i chorym: *Jeśli dbamy o siebie, o swój styl życia, powiedzmy kontrolujemy, co robimy danym dniem, to wydaje się, że możemy też kontrolować tym czy będziemy zdrowi, bo jeżeli kilka dni z rzędu nie zadamy o swój styl życia, który narzuciliśmy sobie odgórnie, wcześniej i zaburzymy ten styl, to może się okazać, że z tego powodu możemy zachorować (MM\_4\_24).* Uwagę zwraca tu stwierdzenie o „odgórnym narzuceniu sobie” określonego stylu życia. Z jednej strony można tu dostrzec „autokreację” w odniesieniu do własnego stylu życia i zdrowia, traktowanie stylu życia jako jednego z elementów „refleksyjnego projektu tożsamościowego jednostki” (Giddens 2001). Z drugiej strony, określenie „odgórne narzucenie” mogłoby wskazywać na konieczność nadania swojemu życiu określonego biegu i ram. Jak stwierdził A. Giddens, charakteryzując funkcjonowanie jednostki we współczesnych – „późnonowoczesnych” – społeczeństwach: „styl życia stał się czymś koniecznym. [...] W warunkach późnej nowoczesności każdy ma jakiś styl życia, i w dodatku jest do tego w istotnym sensie zmuszony: nie ma wyboru – trzeba wybierać” (Giddens 2001: 112–113). Z kolei M. Szpunar zauważa jeśli nie obligatoryjność zdrowego stylu życia, to przynajmniej konieczność liczenia się przez jednostkę z wpływem sposobu jej funkcjonowania w różnych sferach życia społecznego na jej organizm i samopoczucie: „Nie wystarczy dzisiaj żyć, trzeba zwrócić uwagę na to, jak się żyje i jakie to ma konsekwencje dla ogólnej kondycji psychofizycznej” (Szpunar 2009: 208). Jak wynika z wypowiedzi młodych respondentów, mają oni poczucie odpowiedzialności nie tylko za bycie zdrowym, ale także „obwiniają się” za zachorowania, co wpisuje się w ideologię healthizmu: *Ja czasami mam tak, że przechodzę takie krótkoterminowe choroby, dwu-, trzydniówki i potem jakby regeneruję się i wracam do zdrowia. Natomiast wiem, że jest to na dłuższą metę konsekwencją mojego stylu życia, tak, że może ja się i czuję dobrze i mówię, że jestem zdrowy, ale jak pracuję dużo albo nie mam czasu odpocząć, to może podświadomie gdzieś ja chory jestem, tylko jakby nie jestem tego świadom. Tak, że wpływ tutaj ma też styl życia, na to, czy ja jestem zdrowy, czy nie. Nie wiem, praca, odżywianie, ruch, jakies, nie wiem, prewencyjne wizyty u lekarza (MM\_13\_32); Być zdrowym. No na pewno palenie papierosów, czy alkohol na pewno szkodzą temu zdrowiu, na pewno nie są sprzyjające (KM\_7\_28).*



Młodzi badani obu płci zauważali również, że mianem zdrowej osoby można określić także człowieka cierpiącego na jakieś schorzenie, ale umiającego z nim żyć, radzącego sobie ze zdrowotnymi ograniczeniami: [*Być zdrowym to – przyp. aut.] nie mieć jakichś poważnych chorób, a nawet jeżeli ludzie mają, to potrafią z tym żyć, czują się młodo, aktywni się czują, nie wykluczają się z wielu obszarów życia codziennego* (MM\_10\_31). Znajduje tu wyraz przeświadczenie młodych, że to w dużej mierze od człowieka zależy, jak się czuje i jak żyje, czy pozwala na to, by problemy zdrowotne w jakichś sposób go ograniczały.

Respondenci w omawianym badaniu jakościowym wypowiadali się także na temat czynników warunkujących stan zdrowia. Badani określali, od czego, ich zdaniem, zależy zdrowie. O znaczeniu prowadzonego stylu życia mówili przede wszystkim młodzi uczestnicy badania<sup>4</sup>: *Na pewno na zdrowie ma wpływ sposób życia. Czyli aktywność lub jej brak, uprawianie sportów, zdrowy tryb życia czyli sposób odżywiania się ma wpływ na nasze zdrowie i tyle. Czy ten tryb życia jest higieniczny czy nie, jakość i ilość snu na pewno ma wpływ na nasze zdrowie. Użytki mają wpływ na zdrowie* (KM\_11\_30); *Na pewno odżywianie się, styl życia...* (MM\_3\_22). Badani wymieniali różne aspekty składające się na styl życia. Obok stosunkowo najczęściej wskazywanej diety były to: aktywność fizyczna, wykonywana praca, stosowanie substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki), narażenie na stres i radzenie sobie z nim, regularność dnia codziennego, w tym czas na sen, higiena osobista czy zachowania seksualne.

Młodzi w porównaniu ze starszymi osobami wykazywali się większą świadomością w zakresie właściwego odżywiania się. Zarówno młode kobiety, jak i młodzi mężczyźni wspominali o konieczności ograniczania tzw. śmieciowego jedzenia, „fast foodów”, jedzenia na mieście: *Wydaje mi się, że regularne odżywianie też, zdrowe odżywianie. Niekoniecznie takie szybkie czy niezdrowe, czy na mieście* (MM\_4\_24); *Styl odżywiania dlatego, że jesteśmy tym co jemy. Odżywiamy się niezdrowo, to jesteśmy niezdrowi* (KM\_9\_30); *Jeślibym cały czas siedziała w domu i po prostu opychała się „fast foodami”, to nie sądzę żeby to było dla mnie zdrowe, ani ze względu na wygląd bo to wszystko się odłoży tam gdzie nie trzeba. Poza tym wątroba też w jakiś sposób przestanie po pewnym czasie pracować, żołądek się rozepcha i nie dość, że będzie problem ze schudnięciem to będzie tylko gorzej, będzie mi się chciało cały czas jeść* (KM\_3\_24). Pojawiały się tu uwagi, że „jesteśmy tym, co jemy” oraz przykłady stosowanych przez samych badanych (młode kobiety) diet, np. wegetarianizmu. Część młodych respondentek podawała dokładne i szczegółowe informacje na temat odpowiedniego doboru produktów, wielkości posiłków i częstotliwości ich spożywania. W niektórych przypadkach

<sup>4</sup> Osoby ze starszych kategorii wiekowych rzadziej posługiwały się samym pojęciem „stylu życia”, mówiąc o „trybie życia”, „sposobie życia”, „prowadzeniu się”, „higienie życia” czy „higienicznym trybie życia”. Ich wypowiedzi były bardziej ogólnikowe, nie obejmowały tylu elementów stylu życia, co wypowiedzi młodych respondentów (D z w o n k o w s k a - G o d u ł a , G a r n c a r e k 2015).

można było dostrzec przejawy „foodismu” – niemalże obsesji na punkcie „zdrowego odżywiania się” (C y l k o w s k a - N o w a k 2000: 58): *Ja akurat jestem wegetarianką i staram się oczyścić, nie zawsze, ale starałam się zdrowo odżywiać i nie jeść nic smażonego, raczej takie delikatniejsze posiłki. Dużo jem warzyw, mało owoców co naprawdę, no bardziej soki warzywne. Myślę, że bardzo ważne są małe odstępy między posiłkami, czyli powiedzmy, co jest szalenie ważne, czyli jedzenie co trzy godziny [...]. Ale tak, jak najbardziej te małe posiłki, które mieszczą się w dłoni no i wieczorem też faktycznie, żeby starać się żeby ostatni posiłek zjeść o siódmej, ósmej (KM\_15\_35).* Podkreślano, że należy przywiązywać wagę do tego, co się je, że każdy produkt ma określone działanie i konsekwencje dla organizmu, dlatego należy świadomie je wybierać: *Świadomość tego, że wszystko to, co robimy ma na nas wpływ, dobry, zły, różny, ale tak naprawdę wszystko ma wpływ. Neutralną jedyną substancją to jest czysta woda, a już woda z cytryną już działa tak a nie inaczej. Tak, że to ma bardzo duże znaczenie [...]. No, jesteśmy odpowiedzialni za swoje życie i mamy bardzo duży wpływ na to, co... co jemy, no to przecież nikt nam na siłę nic nie wmusza (KM\_12\_34).* Jak wynika z ich wypowiedzi, młode respondentki wykazywały się dużą świadomością i wiedzą na temat zdrowego odżywiania. Ich rówieśnicy również podkreślali wpływ właściwej diety na zdrowie, jednak wydawali się mniej restrykcyjni wobec zasad zdrowego żywienia, przyznawali się do ich łamania: *Na pewno odżywianie się, styl życia... [...] myślę, że odżywiam się tak sobie. [...] W mediach mówią, że odpowiednia dieta wpływa znacząco na zdrowie. Wydaje mi się, że w niektórych przypadkach faktycznie tak jest, ale ja nie odczuwam żadnych dolegliwości związanych z moim odżywianiem się. [...] moja dieta jest uboga w niektóre elementy, które są normą w dietach innych ludzi, na przykład pewne owoce lub warzywa (MM\_3\_22); Dieta, to jak się odżywiam, to co jem. To co jemy przez jakiś okres czasu, bo jak raz pójdziemy na pizzę jakąś to nic się nie stanie (MM\_10\_31).* Cytowane wypowiedzi pokazują, że młodzi używają specjalistycznego żargonu, przejmowanego od „ekspertów” wypowiadających się w mediach, w których wiele miejsca poświęca się zagadnieniom „zdrowego odżywiania się”, co wiąże się m in. z coraz powszechniejszym problemem nadwagi i otyłości, także u dzieci i młodzieży. Pojęcia diety i odchudzania się należą do często używanych i modnych. Ponadto intensywnie rozwija się rynek produktów i usług z zakresu prawidłowego żywienia (produkty określane jako „zdrowe”, „fit”, „ekologiczne”, rozmaite suplementy diety, doradztwo w zakresie żywienia, dietetyki, odchudzania, wczasy odchudzające itp.). Nawet jeśli nie przekłada się to na zachowania prozdrowotne w tej dziedzinie, to na pewno przyczynia się do wzrostu świadomości i poczucia powinności w zakresie odżywiania się, czego dowodem są wypowiedzi młodych respondentów obu płci.

Poza dietą młodzi badani poświęcali dużo miejsca aktywności fizycznej jako kluczowej dla utrzymania czy polepszania zasobów zdrowotnych. Wymieniali przy tym rodzaje zajęć ruchowych czy sportów, jakie sami uprawiali: *Jakieś*



*tam sporty, ogólnie aktywność fizyczna. To znaczy czasem gra w piłkę z kolegami, łyżwy, basen, siłownia (MM\_3\_22).* Wyniki te korespondują z rezultatami badań ilościowych, które wskazują, że młodszy wiek i wyższe wykształcenie pozytywnie wpływają na aktywność fizyczną (Kostka 1997; CBOS 2013; Stempień 2015). W omawianym badaniu jakościowym szczególnie młodzi mężczyźni przywiązywali wagę do sprawności fizycznej jako miary zdrowia. „Być zdrowym” oznaczało dla części z nich „być wysportowanym”, co wskazuje na ich przekonanie o zależności stanu kondycji psychofizycznej od samej jednostki.

Niektórzy młodzi badani byli tak dalece przekonani o indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, że wierzyli, iż swoimi działaniami mogą zmniejszyć ryzyko zachorowania na choroby uwarunkowane genetycznie (wśród przedstawicieli starszych pokoleń dominowało przekonanie, że jest to wyrok i niewiele można już zrobić): *To, że mamy coś zapisane w genach to nie znaczy, że nic na to nie ma wpływu. [...] duży ma wpływ tzw. stres i dieta, ale również przebyte choroby, poważniejsze zakażenia, zwłaszcza gdy nie są leczone (KM\_2\_24).* Podkreślano konieczność przeprowadzania badań profilaktycznych, stosowania określonej diety, czy unikania używek: *ja jestem z rodziny bardziej takiej zawalców niż jakiejś rakowców, więc swoim trybem życia, jedzeniem i aktywnością fizyczną temu zapobiegam (KM\_6\_28).*

Młodzi uczestnicy badania podkreślali znaczenie nie tylko stylu życia „w ogóle”, lecz także podejmowania przez jednostkę działań prozdrowotnych, co nazywali dbaniem o zdrowie. Obejmowało ono m.in. kontrolowanie stanu zdrowia i ubieranie się stosownie do pogody, żeby nie złapać jakiejś infekcji: *Regularnie badania krwi, cytologię. I raczej ostatnio jeżeli coś mnie zaniepokoi, to raczej kontroluję. Dbam o zdrowie (KM\_15\_35); Że, nie wiem, jakoś nie wystawiam się na szkodliwe czynniki, wystarczy, że się odpowiednio ubieram do pogody (MM\_1\_21); Głupie założenie szalika czy rękawiczek, które uchroni mnie przed przeziębieniem (MM\_4\_24).* W ich przekonaniu to przede wszystkim zachowania człowieka determinują stan jego zdrowia: *Myszę że można to swoje zdrowie kształtować, można mu zaszkodzić, można mu pomóc po prostu za pomocą różnych decyzji i wyborów (MM\_6\_27).*

Charakterystyczne dla młodych uczestników badania obu płci jest dostrzeganie związku między dbałością o zdrowie i dbałością o wygląd, opartych w dużej mierze na podobnych działaniach: dbaniu o higienę osobistą, odpowiednim odżywianiu i aktywności fizycznej pozwalającej kształtować sylwetkę: *Wydaje mi się tak, jak mówiliśmy, o dbaniu o wygląd, też trzeba dbać o swój organizm (KM\_2\_24).* Ich sposób postrzegania własnego ciała – jako wymagającego różnego rodzaju zabiegów, by mogło sprostać standardom zdrowia, witalności, sprawności i piękna – odpowiada współczesnemu rozumieniu cielesności jako projektu, produktu i instrumentu (Wieczorkowska 2015: 99–100). „Współcześnie ciało staje się elastyczne, płynne, modyfikowalne. Jest materiałem, który jednostka może kształtować według własnych potrzeb i upodobań. [...] Ciało staje

się kreacją, może być ulepszone lub naprawiane” (Tamże). Jednostka jest odpowiedzialna nie tylko za własne samopoczucie i kondycję swojego organizmu, lecz także za atrakcyjność fizyczną, które w społecznym odbiorze są ze sobą powiązane. „Zdrowie utożsamiane jest z pięknem, w domyśle zaś brzydota – z chorobą” (Wieczorkowska 2015: 94). Wymóg „dbania o siebie” obejmuje koncentrację na obu tych jednostkowych zasobach i konieczność sprostania kulturowym nakazom określającym do czego i jak należy dążyć (określone standardy zdrowia i fizycznej atrakcyjności i zalecenia, jak je osiągnąć) (Maj 2010).

#### 4. Dbanie o zdrowie przez młodych badanych

W badaniu postaw wobec zdrowia uwzględniono także komponent behawioralny, pytając respondentów o podejmowane przez nich działania pro- i antyzdrowotne. Wśród uczestniczących w badaniu młodych ludzi znalazły się osoby, które wprost przyznawały, że nie dbają o zdrowie, co nie zdarzało się w przypadku starszych badanych. A zatem stosunkowo wysoka świadomość zdrowotna młodych, choć nie zawsze przekłada się na prozdrowotne działania, przynajmniej jest podstawą krytycznej oceny zaniedbywania spraw zdrowotnych. Może to wskazywać na normatywny charakter, zgodnie z ideologią healthismu, wymogu dbania o zdrowie i działania wewnętrznej kontroli społecznej. Wyznaniom tym towarzyszyły często usprawiedliwienia (np. brak czasu) i obietnice poprawy – chęć zmiany swojego postępowania (np. przejście na dietę, zmiana trybu życia na mniej stresujący, bardziej aktywny), co może świadczyć o tym, że dla młodych wykształconych osób prowadzenie „niezdrowego stylu życia” jest czymś społecznie nieakceptowanym. Zdają się to potwierdzać odpowiedzi części badanych na pytanie o szkodzenie własnemu zdrowiu, deklarujących, że ich to nie dotyczy, co też wyróżniało młodych na tle starszych uczestników badania: *Ja myślę że jestem osobą raczej dobrze odżywiająca się, energiczną i w miarę taką usportowaną. [...] No, na pewno właśnie staram się ograniczyć takie sytuacje [działania niekorzystne dla zdrowia – przyp. aut.], no np. brak snu, czy tam staram się więcej czy przebywać na świeżym powietrzu. Hartować się, [...] oczywiście jakieś tam witaminy i takie zdrowsze odżywianie w zależności od pory roku staram się raczej dostosowywać (KM\_15\_35); Wydaje mi się że wszystko jest jak na najlepszej drodze i nie planuję nic tam robić, żeby tego nie popsuć (MM\_9\_30).*

Jeśli chodzi o podejmowane przez młodych respondentów obu płci działania na rzecz własnego zdrowia, wymieniano wśród nich następujące: odpowiednie odżywianie się (jakość produktów, unikanie przetworzonych, gotowych dań, regularność i stałość pór posiłków), aktywność fizyczna (ruch w ogóle, określone dyscypliny sportowe, ćwiczenia fizyczne w domu lub poza domem), badania profilaktyczne, kontrola stanu zdrowia oraz leczenie chorób i dolegliwości (domowe sposoby, wizyty u lekarza, branie leków), higiena osobista (w tym stosowanie

odpowiednich kosmetyków), przyjmowanie witamin i suplementów diety, dbanie o psychikę (rozładowywanie stresu, medytacja, relaks), odpowiednia ilość i jakość snu, wypoczynek i nieprzepracowywanie się, unikanie/ograniczanie papierosów i alkoholu, ubiór dostosowany do pogody. Pojedyncze wypowiedzi dotyczyły aktywnego życia seksualnego, korzystania ze spa i sauny, czy hartowania organizmu (np. poprzez utrzymywanie niskiej temperatury w mieszkaniu). Jak można zauważyć, mamy tu bardzo szeroki repertuar działań, świadczący o holistycznym podejściu młodych do zdrowia. Oczywiście, nie wszyscy badani wskazywali wszystkie wymienione wyżej zachowania zdrowotne (np. o dbaniu o psychikę mówiły kobiety, które także większą wagę przywiązywały do diety), niemniej jednak lista działań prozdrowotnych wymienianych przez młodych badanych oraz szczegółowe ich opisy, szczególnie w odniesieniu do odżywiania się i aktywności fizycznej, świadczą o ich stosunkowo wysokiej świadomości zdrowotnej, „przejmowaniu się” zdrowiem, przynajmniej na poziomie deklaracji. W niektórych przypadkach można było odnieść wrażenie, że badani popisują się swoją wiedzą dotyczącą rozmaitych diet, zaleceń lekarskich, „naturalnie” używają terminów medycznych. Dotyczyło to także ich wypowiedzi na temat działań antyzdrowotnych. Młodzi respondenci przyznawali, że szkodzą własnemu zdrowiu poprzez niewłaściwe odżywianie (w tym: zbyt dużo słodczy, nieregularne posiłki), brak aktywności fizycznej i siedzący tryb życia, picie alkoholu i palenie papierosów (także bierne palenie), zbyt małą ilość snu, lekceważenie objawów chorobowych i dolegliwości, nierobienie badań profilaktycznych, przepracowywanie się i niewłaściwy tryb życia (np. zarywanie nocy na imprezy, granie na komputerze zamiast snu, brak czasu na odpoczynek w rozkładzie dnia), złe psychiczne nastawienie, pesymizm, a także opalanie się mogące prowadzić do raka skóry, czy spędzanie zbyt dużej ilości czasu przed komputerem, co prowadzi do pogorszenia wzroku. Można odnieść wrażenie, że badani przeprowadzili dość rzetelny rachunek sumienia w zakresie działań na szkodę własnego organizmu, analizując problem kompleksowo i dokładnie. Można traktować to jako kolejny dowód zinternalizowania przez nich normy odpowiedzialności za własną kondycję psychofizyczną i wymogu zdrowego stylu życia. Choć niektórzy z nich otwarcie przyznawali się do niewypełniania owego wymogu, to ta otwartość świadczy o ich poczuciu powinności dbania o zdrowie, wiedzy, jak należy to robić oraz poczuciu odpowiedzialności za zaniebdywanie swojego zdrowia.

## **5. Warunki socjalizacyjne sprzyjające przyjmowaniu ideologii healthismu przez młodych ludzi**

Wyniki badań ilościowych potwierdzają odmiennność postaw wobec zdrowia młodych osób i przedstawicieli pokoleń ich rodziców czy dziadków. Analizy J. Kłosa pokazują, że wraz z wiekiem styl życia staje się coraz „mniej prozdrowotny”

(Kłos 2014: 96). Badacze zajmujący się sposobami dbania o zdrowie rozróżniają zachowania medyczne oraz prozdrowotne, wskazując m.in. właśnie różnice pokoleniowe w ich występowaniu (Ostrowska 1999: 41–42; Woynarowska 2013: 71). Pierwszy typ zachowań wiąże się z korzystaniem z różnych usług medycznych i koncentracją na leczeniu schorzeń i charakteryzuje przede wszystkim ludzi starszych, gorzej oceniających swój stan zdrowia (Woynarowska 2013: 71). Drugi – obejmuje działania mające na celu utrzymanie, przywrócenie lub zwiększenie potencjału własnego zdrowia, chroniące je przez zagrożeniami i występuje u ludzi z młodszych grup wiekowych (a także u osób z wyższym wykształceniem, mieszkających w mieście, dobrze oceniających swoją sytuację materialną i stan zdrowia) (Tamże).

Wydaje się, że jednym z czynników wpływających na wspomniane różnice między młodszymi i starszymi generacjami dotyczące postaw wobec zdrowia, mogą być różne warunki socjalizacyjne. Można by zaryzykować stwierdzenie, że różne pokolenia ukształtowały własną „kulturę zdrowotną”, rozumianą, za A. Ostrowską, jako „ogół dyspozycji i zachowań ludzi wynikający ze sposobu rozumienia przez nich zdrowia, choroby i ich przyczyn oraz przyznawanych im wartości” (Ostrowska 2010: 36). Na to pojęcie składa się styl życia jednostek, będący „wypadkową wiedzy i doświadczeń, kultury i tradycji, w jakiej wzrastają one i żyją, ale także doraźnych mód i wzorów konsumpcji” (Ostrowska 2010: 35). Przesłanek do postawienia hipotezy, że prozdrowotny styl życia cechuje przede wszystkim współczesnych młodych ludzi można wskazać co najmniej kilka, a są one powiązane m.in. z przejściem od biomedycznego do społeczno-ekologicznego modelu zdrowia, rozwojem szeroko rozumianej promocji zdrowia oraz przemianami polityczno-społeczno-kulturowymi w Polsce.

Biomedyczny model zdrowia, leżący u podstaw współczesnej medycyny (Woynarowska 2013: 26), pojawił się wraz z rozwojem nowoczesnych społeczeństw, jako efekt „tryumfu nauki i rozumu nad tradycyjnym, opartym na religii rozumieniem świata” (Giddens 2004: 177). W ujęciu tym człowiek sprowadzony jest do ciała, biologicznego organizmu, a w centrum zainteresowania leży nie tyle zdrowie, ile choroba, rozumiana jako jego brak, traktowana jako usterka, ograniczająca czy uniemożliwiająca normalne funkcjonowanie organizmu (Puchalski 1997: 26–33; Giddens 2004: 178–179; Woynarowska 2013: 26–27). Medycyna dyktuje kryteria uznania człowieka za chorego, tworząc klasyfikacje chorób i wskaźniki stwierdzenia „jednostek patologicznych” w ludzkim organizmie. Z modelem tym wiąże się ideologia medycznego profesjonalizmu, uznająca lekarzy za jedyne źródło wiedzy na temat zdrowia i choroby, przyznająca im zdolność i prawo do określania dobra pacjenta oraz wskazania jedynej właściwej terapii, prawomocnej, bo opartej na ich specjalistycznej naukowej wiedzy (Puchalski 1997: 30; Giddens 2004: 178–179). Mamy tu paternalistyczne podejście do pacjenta (lekarz jako ojciec, wiedzący najlepiej, co dobre dla chorego) oraz „inżynierskie” traktowanie zdrowia (lekarz jako inżynier, podejmujący w organizmie

człowieka określone interwencje w celu opanowania choroby, z wykorzystaniem rozwijającej się technologii medycznej) (Puchalski 1997: 30; Woynarowska 2013: 27). Pociąga to za sobą uprzedmiotowienie jednostki – „[...] «szary człowiek» nie może zostać potraktowany jako jej [medycyny – przyp. aut.] partner. Medycyna oczekuje od niego całkowitego podporządkowania się jej zaleceniom i bycia raczej biernym przedmiotem jej oddziaływań” (Puchalski 1997: 30). Nie uwzględnia się tu subiektywnych odczuć i doświadczeń pacjentów, ignoruje wpływ sytuacji życiowej, czynników społecznych i środowiskowych na zdrowie i chorobę, wreszcie, dyskredytuje wszelkie „nienaukowe”, alternatywne formy medycyny i uzdrowicielstwa (Giddens 2004: 179; Woynarowska 2013: 27).

Krytyka modelu biomedycznego oraz rozwianie nadziei, że postęp medycyny stanowi „podstawowy klucz do zdrowia i długowieczności” (Ostrowska 1999: 7) doprowadziły w latach 70. ubiegłego wieku do narodzin nowego modelu zdrowia, określanego mianem socjoekologicznego lub społeczno-ekologicznego (Puchalski 1997: 33; Słowska 2010a: 221; Woynarowska 2013: 28). Wyniki długofalowych badań epidemiologicznych pokazały, że medycyna naprawcza, „biotechniczna” nie jest jedynym czynnikiem warunkującym zdrowie i długość życia człowieka, a jedynie jedną z wielu, i to nie najważniejszą, determinantą zdrowia jednostki i całych populacji (Ostrowska 1999: 7–8). Przyczyniły się one do powstania holistycznego podejścia do zdrowia, w którym uwzględnia się różnorodne grupy czynników, składające się na ekosystem człowieka, mające wpływ na jego kondycję psychofizyczną (Woynarowska 2013: 28). Swoistą ilustracją tego ujęcia jest „Mandala zdrowia”, w której centrum umieszczony jest człowiek – składający się już nie tylko z ciała (jak postrzegano go w modelu biomedycznym), lecz także z ducha i intelektu (Woynarowska 2013: 27–28). Wokół niego rozrysowane są koncentryczne kręgi warunkujące stan jego zdrowia, rozumianego w całościowy i pozytywny sposób jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności (definicja przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w 1946 r., za: Woynarowska 2013: 19). Najbliższy krąg otaczający człowieka i wpływający na jego zdrowie stanowi rodzina, najszerszy – biosfera oraz kultura. Pomiedzy nimi wyróżnione zostały takie uwarunkowania zdrowotne, jak: środowisko stworzone (przekształcone) przez człowieka, społeczność, system opieki medycznej oraz praca, a także następujące cztery grupy czynników: środowisko fizyczne, środowisko psycho-społeczno-ekonomiczne oraz zachowania człowieka i jego biologia (Woynarowska 2013: 19). W „Mandali zdrowia” wskazuje się na wzajemne powiązania między poszczególnymi czynnikami, a przede wszystkim złożoność uwarunkowań zdrowia jednostki.

Z próbą oszacowania wpływu różnych czynników kształtujących kondycję psychofizyczną człowieka mamy do czynienia w koncepcji „pól zdrowia” M. Lalonde’a, która powstała w latach 70. ubiegłego wieku dla potrzeb polityki zdrowotnej kanadyjskiego społeczeństwa (Ostrowska 1998: 149; Piątkowski



2002: 23). Jako najważniejszą determinantę stanu zdrowia (wpływającą na nie w 50–60%), określa się styl życia jednostki, następnie wskazuje się czynniki środowiskowe (przy czym ma się tu na względzie wpływ środowiska fizycznego na poziomie 5–10% oraz otoczenia społecznego na poziomie 25%), czynniki genetyczne (biologiczne) (5–15%) oraz medycynę, opiekę **zdrowotną (10–20%)** (Ostrowska 1998: 149; Piątkowski 2002: 23). Koncepcja ta dała podstawy do mówienia o „społecznej naturze zdrowia”, odejścia od medycznej perspektywy postrzegania kondycji psychofizycznej człowieka i skoncentrowania się na społecznych determinantach stanu i ochrony zdrowia (Słowska 2010b: 65). Socjologiczne ujęcie zdrowia pociągnęło za sobą zainteresowanie problemem nierówności społecznych w zdrowiu i zależnościami między istotnymi cechami położenia społecznego jednostek (takimi jak płeć, wiek, poziom wykształcenia, dochód) a ich dostępem do zdrowia (Słowska 2010a: 223; Ostrowska 1998; 2010). W związku z przyjęciem założenia o znaczącym wpływie sposobu życia na kondycję psychofizyczną człowieka, wyjaśnienia nierówności w zdrowiu poszukuje się m.in. w różnicach stylów życia (Ostrowska 1998; 2010). Przy czym, jak podkreśla Z. Słowska, składające się na pojęcie stylu życia zachowania człowieka nie są sprowadzane do wymiaru behawioralnego, ale traktowane jako wynik wpływów środowiska kulturowego i **społeczno-ekonomicznego**, a „realizowany styl życia danego człowieka jako wybrany z dość ograniczonego zakresu możliwych opcji”, w zależności od różnego rodzaju zasobów, którymi dysponuje jednostka (Słowska 2010a: 223). Stąd zainteresowanie „społecznymi korzeniami” zachowań zdrowotnych (Słowska 2010a: 223).

Dostrzeżenie „społecznej natury zdrowia” pociągnęło za sobą zmiany w zinstytucjonalizowanych działaniach na rzecz zdrowia jednostek i społeczności (opartych wcześniej na medycynie naprawczej), stając się podstawą rozwoju promocji zdrowia (Słowska 2010a; 2010b). Zgodnie z definicją przyjętą w Karcie Ottawskiej (1986), pierwszym i do tej pory liczącym się dokumencie, sankcjonującym socjologiczny paradygmat zdrowia i wprowadzającym koncepcję promocji zdrowia, jest ona rozumiana jako „proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem i jego poprawę” (Woynarowska 2013: 131; Słowska 2010a: 222). Jak łatwo zauważyć, choć ma ona obejmować tworzenie warunków sprzyjających dbałości o zdrowie, kształtowanie **sprzyjającego zdrowiu stylu życia** i środowiska, to przede wszystkim kładzie się tu nacisk na kluczową dla ideologii healthismu odpowiedzialność jednostki za własną kondycję psychofizyczną. B. Woynarowska, odwołując się do cytowanej definicji promocji zdrowia, wskazuje, że zawarte w niej pojęcie jednostkowej kontroli nad zdrowiem można rozumieć jako „panowanie, kierowanie własnym zdrowiem, posiadanie nad nim „władzy”, samodzielne działanie na rzecz swego zdrowia” (Woynarowska 2013: 132). Jako jeden z istotnych aspektów wdrażania tej idei w praktyce wymienia „uświadamianie ludziom, że oni sami podejmują decyzje i wybory w sprawach własnego zdrowia i ponoszą odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi



w swoim otoczeniu” (Woynarowska 2013: 133). Jak podkreśla Z. Słońska, promocja zdrowia utożsamiana jest z procesem upodmiotowienia (*empowerment*) jednostek i zbiorowości (Słońska 2010a: 224; 2015: 127). Autorka proponuje, by „przez podmiotowość w sferze zdrowia rozumieć moc sprawczą jednostek lub społeczności przejawiającą się w autonomicznych, spontanicznych, kreatywnych i skutecznych działaniach w procesie sprawowania władzy i kontroli nad zdrowiem indywidualnym i zdrowiem społeczności. Tak rozumiana podmiotowość zapewnia autonomię i uczestnictwo w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem indywidualnym i zbiorowym oraz dostęp do zasobów decydujących o zdrowiu” (Słońska 2015: 127).

Współcześni młodzi ludzie (nawet gdyby przyjąć 37 rok życia jako granicę młodości, jak to uczyniono w badaniu będącym podstawą źródłową niniejszego artykułu) dorastali zatem w czasach, w których obowiązywało już to nowe spojrzenie na zdrowie i jednostkową za nie odpowiedzialność. Poddani byli także, w większości, edukacji zdrowotnej, którą, jako istotny element opisanej wyżej promocji zdrowia, włączono do systemu oświaty. Choć bowiem szeroko rozumiana edukacja zdrowotna ma długą historię, bo ludzie „od zawsze” rozwijali i przekazywali sobie wiedzę, jak zachować zdrowie, jak unikać chorób i jak je leczyć, jak dbać o higienę itp., to formalne wprowadzenie wychowania zdrowotnego do szkół miało miejsce w polskim społeczeństwie na początku lat 80. ubiegłego wieku (Jaworski 2009)<sup>5</sup>. Stopniowo zaczęto włączać elementy edukacji zdrowotnej do programów różnych przedmiotów szkolnych, przede wszystkim wychowania fizycznego (Syrdek 2009) i kształcić nauczycieli specjalizujących się w zakresie wychowania zdrowotnego (edukacji zdrowotnej, pedagogiki zdrowia) (Jaworski 2009). Choć krytycy podkreślają marginalizację zajęć mających na celu podnoszenie świadomości zdrowotnej i kształtowanie prozdrowotnego stylu życia w systemie kształcenia szkolnego („nienadawanie w szkole przynależnej im rangi w relacji do innych przedmiotów” – Syrdek 2009: 22) oraz problemy z mierzeniem ich efektów, to jednak trudno wątpić w ich, choćby niewielki, wpływ na postawy zdrowotne uczniów. Tym bardziej, że są one wspierane innymi działaniami w zakresie promocji zdrowia, m.in. medialnymi kampaniami społecznymi dotyczącymi różnego rodzaju chorób, możliwości zapobiegania im bądź leczenia, czy też zdrowego stylu życia, utwierdzających odbiorców w przekonaniu, że „nasze zdrowie w naszych rękach”.

Kształtowaniu aktywnych postaw wobec zdrowia młodych ludzi sprzyjała także transformacja systemowa. Idea zdrowego stylu życia zaczęła upowszechniać się w Polsce po roku 1989, kiedy w warunkach wolnorynkowej gospodarki powstał rynek produktów i usług związanych ze zdrowym odżywianiem, sportem

<sup>5</sup> Ówczesne Ministerstwo Oświaty i Wychowania wydało w 1982 r. wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Pomysły realizacji takiego programu nauczania w szkole pojawiły się w latach 70. Inspiracją była niewątpliwie publikacja M. Demela, *O wychowaniu zdrowotnym*, 1968 (Jaworski 2009: 7).

i rekreacją (K o s t k a 1997: 210). Sama oferta produktów spożywczych umożliwiającą inne niż „polski” sposoby odżywiania wpłynęła na korzystną dla zdrowia zmianę diety Polaków (Z a t o ń s k i 2002). Jak określił to W. A. Z a t o ń s k i (2002), „demokracja jest zdrowsza”. Ponadto rozwój kapitalizmu i upowszechnienie idei wolnej konkurencji doprowadziły do rozwoju rynku usług medycznych i postrzegania zdrowia jako towaru (C y l k o w s k a - N o w a k 2000: 48). Jak zauważa M. Cylkowska-Nowak, w społeczeństwie konsumpcyjnym „panuje optymistyczna wizja, iż bogata oferta rynkowa pozwala na zakup «wszystkiego» – łącznie z nowym zdrowym ciałem” (C y l k o w s k a - N o w a k 2000: 49). Ta rzeczywistość kulturowa, do której przedstawiciele starszych pokoleń musieli się przyzwyczaić, jest „naturalnym” środowiskiem dla współczesnych młodych ludzi, którzy w niej dorastali. Byłby to zatem kolejny argument na rzecz zasadności hipotezy, że ideologia healthismu znajdzie wyznawców właśnie wśród członków młodego pokolenia.

Cechą młodych, która również niejako predestynuje ich do aktywnej postawy wobec zdrowia i wzięcia odpowiedzialności za nie, jest ich stosunkowo najczęstsze w tej kategorii wiekowej wyższe wykształcenie. W badaniach społecznych nad zachowaniami zdrowotnymi wskazuje się związek wykształcenia z przejawianiem troski o własną kondycję psychofizyczną, co wyjaśnia się m.in. większą wiedzą na temat sposobów dbania o zdrowie osób wykształconych (K o s t k a 1997; O s t r o w s k a 1999; CBOS 2012b; 2013). Wysoki poziom wykształcenia sprzyja wzrostowi poziomu „alfabetyzmu zdrowotnego”, rozumianego jako „umiejętności kognitywne i społeczne determinujące motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu do informacji, zrozumienia i wykorzystania ich w sposób służący wspieraniu i utrzymywaniu zdrowia w dobrym stanie. [...] alfabetyzm zdrowotny stanowi kluczowe pojęcie w odniesieniu do uzyskiwania kontroli nad własnym życiem” (*Health Promotion Glossary* 1998, za: C y l k o w s k a - N o w a k 2007: 141). Zwraca się uwagę, że poziom wykształcenia „sprzyja postawie, że wszystko, co się w życiu przytrafia – w tym stan zdrowia – jest w dużym stopniu konsekwencją własnych działań” (K o s t k a 1997: 217), co przekłada się na kluczowe dla ideologii healthismu poczucie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie.

Analizy osiągnięć edukacyjnych kolejnych grup wiekowych pokazują, że osoby zaliczane przez nas do młodych (przypomnijmy, że zgodnie z wynikami sondażu CBOS są to osoby do 37 roku życia) wyróżniają się na tle starszych pokoleń stosunkowo największym odsetkiem legitymujących się wyższym wykształceniem. Wiąże się to z „boomem edukacyjnym” po roku 1989. Jak pokazują wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011, w populacji osób w wieku 25–34 lata ponad jedna trzecia (34,5%) mogła pochwalić się dyplomem wyższej uczelni, podczas gdy w zbiorowości osób starszych: w wieku 50–59 lat odsetek absolwentów wyższych uczelni wynosił 12,8%, a wśród najstarszych członków polskiego społeczeństwa (powyżej 60 roku życia) – 10,4% (*Rocznik...* 2015: 172–173). Jak czytamy na stronie Ministerstwa Nauki

i Szkolnictwa Wyższego, „Polska przekroczyła już wyznaczony dla krajów UE średni odsetek trzydziestolatków z wyższym wykształceniem w społeczeństwie [40% – przyp. aut.]. Jesteśmy też czwartym w Europie, po Wielkiej Brytanii, Niemczech i Francji, krajem pod względem liczby studiujących” (<http://www.nauka.gov.pl/aktualnosci-ministerstwo/polska-na-czele-krajow-z-najszybszym-wzrostem-liczby-osob-z-wyzszym-wyksztalaniem.html>, dostęp: 15.10.2016). Polskie społeczeństwo wyróżnia się najszybszym wzrostem liczby osób z wyższym wykształceniem w Unii Europejskiej. Według danych Eurostatu, liczba Polaków w wieku 30–34 lata z dyplomem ukończenia studiów wzrosła z 14,4% w 2002 r. do 40,5% w 2013 r. (tamże). Powyższe dane oraz obserwowany w dotychczasowych badaniach wpływ wykształcenia na zdrowy styl życia pozwalają przypuszczać, że współcześni młodzi cechują się stosunkowo najwyższym poziomem „alfabetyzmu zdrowotnego” w porównaniu ze starszymi kategoriami wiekowymi. Spodziewać się zatem po nich można większej świadomości zdrowotnej i autokreacyjnej postawy zdrowotnej.

Wydaje się, że podatność młodych na ideologię healthismu może być wzmocniana także przez powszechne w tej grupie wiekowej korzystanie z nowych technologii. Jak pokazują wyniki badań CBOS, prawie wszyscy respondenci w wieku 18–34 lata są internautami i spędzają stosunkowo najwięcej czasu w sieci, wraz z wiekiem rośnie natomiast odsetek osób „wykluczonych cyfrowo” (CBOS 2015). Badacze zwracają uwagę na rosnącą rolę Internetu w edukacji zdrowotnej (Cylkowska-Nowak 2007; Puchalski 2012; Kłós 2014). Zwiększa się liczba osób szukających w sieci informacji na temat zdrowia: leczenia konkretnych schorzeń, profilaktyki i zdrowego stylu życia (Puchalski 2012). Osobnym zagadnieniem jest wiarygodność tych informacji oraz ich rzeczywisty wpływ na zachowania prozdrowotne internautów. Znaczenie ma tu jednak nie tylko szeroki dostęp do wiedzy (z różnych źródeł i różnej „jakości”), lecz także udzielane sobie nawzajem przez użytkowników wsparcie, wymiana doświadczeń i porad dotyczących spraw związanych ze zdrowiem (Puchalski 2012: 131; Kłós 2014: 112). Jak pokazują analizy J. Kłosa, zarówno młodszy wiek, jak i idący z nim w parze wyższy poziom cyfryzacji sprzyjają prozdrowotnym zachowaniom (Kłós 2014). Młodzi także, jako użytkownicy smartfonów, są potencjalnymi klientami różnego rodzaju aplikacji do działań prozdrowotnych, pozwalających m.in. na monitorowanie aktywności fizycznej, snu, przyjmowania leków, diety, cyklu miesięczkowego czy kontroli poziomu wagi, ciśnienia, cukru we krwi itp. (Soboń 2015). Aplikacje te pozwalają na „zarządzanie własnym zdrowiem”, a także ponieważ umożliwiają współdzielenie informacji poprzez portale społecznościowe, „wystawiają” jednostkę na kontrolę społeczną, wpisując się w ideologię healthismu.

Osoby określane w badaniu mianem młodych, urodzone między końcem lat 70. i początkiem lat 90. ubiegłego wieku, mieszczą się w definicji pokolenia Y czy też „millennialsów” (Staszewski 2015; Śladkowska 2015). Jego

członków charakteryzuje się jako egoistów, indywidualistów skoncentrowanych na sobie, żyjących „dla siebie” (*Me-Me-Me Generation* – Stein 2013), co sprzyjałoby także dbaniu o własne zdrowie. Przedstawicielom tego pokolenia zależy na równowadze praca-życie (w przeciwieństwie do zapracowanych członków wcześniejszego pokolenia X) i na podnoszeniu jakości własnej egzystencji, co wymaga zdrowego stylu życia<sup>6</sup> (Mazur-Wierzbicka 2015). Poczuciu odpowiedzialności za własne zdrowie, a także poczuciu sprawstwa w tym zakresie sprzyjałyby natomiast takie cechy „igreków”, jak indywidualizm, samodzielność, wysoka samoocena oraz dążenie do samorealizacji (Mazur-Wierzbicka 2015: 309). Wydaje się jednak, że cechy te wiążą się nie tylko z wiekiem, ale i wykształceniem, czy szerzej: statusem społeczno-ekonomicznym. To właśnie młodzi, wykształceni, aktywni zawodowo mieszkańcy dużych miast cechują się stosunkowo wysokim stopniem podmiotowości, co wiązać można z ich poparciem dla demokracji i obyczajowej liberalizacji oraz postmaterializmem – orientacją na jakość życia, autonomię jednostki, swobodną ekspresję (Dzwonkowska-Godula 2015). Jednym z przejawów ich upodmiotowienia byłaby „autokreacyjna” postawa wobec zdrowia, na której wybór są niejako skazani przez ideologię healthizmu.

Nie ma tu miejsca, by zastanawiać się nad możliwością zastosowania pojęcia pokolenia dla tak szerokiego przedziału wiekowego. Wydaje się jednak, że chociażby w odniesieniu do opisanego kontekstu społeczno-kulturowego sprzyjającego ukształtowaniu się ideologii healthizmu i „zarażenia” nią dojrzewających w tych warunkach młodych ludzi, dałoby się dostrzec w healthismie ów „zbiorowy światopogląd”, który jest wyróżnikiem pokolenia (Świda-Zimba 1995: 47–49, za: Hildebrandt-Wypych 2009: 113). Można też rozumieć tu pokolenie szeroko, za B. Fatygą, jako „wspólnotę pokoleniową – zbiorowość, której członkowie pozostają anonimowi i nie identyfikują się z całością złożonego pokoleniowego przeżycia, lecz tylko z niektórymi jego elementami (wybranymi wątkami światopoglądu, niektórymi zachowaniami, określonym językiem, modą, muzyką, etc.)” (Fatyga 2005: 152, za: Hildebrandt-Wypych 2009: 114). Taką pokoleniową „stylizacją” (Domanski i in. 2015: 28) mógłby być właśnie zdrowy styl życia. Jak bowiem pokazują wyniki badań ilościowych, a także omówione tu rezultaty badania jakościowego, pozostaje on wyróżnikiem młodego pokolenia, ale tych jego przedstawicieli, którzy posiadają wyższe wykształcenie oraz sytuują się w szeroko pojmowanej klasie średniej, zgodnie z obserwacjami Crawforda (1980) oraz Borowiec i Lignowskiej (2012).

---

<sup>6</sup> W latach 70. XX w. pojawiła się koncepcja „jakości życia związanej ze zdrowiem”, w której podkreśla się wpływ stanu zdrowia jednostki na jej zdolność do prowadzenia „pełnego życia” oraz znaczenie zadowolenia m.in. z funkcjonowania w sensie fizycznym i psychicznym (Wojnarowska 2013: 42).

## 6. Zakończenie

Podsumowując, wyniki badań jakościowych, w których uczestniczyli przedstawiciele różnych grup wiekowych, pozwoliły dostrzec specyficzne cechy postaw młodych respondentów wobec własnego zdrowia. Badani wyróżniali się przekonaniem o indywidualnej odpowiedzialności za stan swojej kondycji psychofizycznej oraz konieczności prowadzenia zdrowego stylu życia. Definiowali zdrowie poprzez dbałość o nie (zdrowy człowiek to ten, który zdrowo żyje), a wśród wpływających na nie czynników wskazywali przede wszystkim czynniki od nich zależne (styl życia), ale i podejmowanie działań ukierunkowanych na zdrowie (dbanie o zdrowie), wierząc, że są w stanie ograniczyć wpływ czynników genetycznych, traktowanych z reguły jako będące poza kontrolą i wpływem człowieka. Wykazywali się stosunkowo wysoką świadomością zdrowotną, traktując zdrowie w sposób holistyczny, odwołując się do wiedzy medycznej i stosując często specjalistyczny żargon. Choć ich postawy w aspekcie behawioralnym nie do końca można by określić mianem „afirmacji zdrowego stylu życia” (K o s t k a 1997), to jednak wykazywali się dużym krytycyzmem wobec własnych działań pro- i antyzdrowotnych, co interpretować można jako efekt zinternalizowanej normy dbania o zdrowie (jeśli nie mamy do czynienia z bezrefleksyjnym konformizmem, to przynajmniej z poczuciem obowiązku i wyrzutami sumienia towarzyszącymi łamaniu tej normy – S z t o m p k a 2003: 404–405). W ich postawach można zatem odnaleźć elementy ideologii healthismu.

Szukając wyjaśnień, dlaczego akurat młodzi ludzie w stosunkowo największym stopniu zdają się wcielać tę ideologię we własnym życiu, wyodrębniliśmy kilka czynników mogących się do tego przyczyniać, wiążących się z określonymi warunkami socjalizacyjnymi tego szeroko rozumianego pokolenia. Po pierwsze, młodzi dorastali w czasach kształtowania się socjoekologicznego modelu zdrowia, eksponującego styl życia jednostki i jej życiowe wybory jako determinanty kondycji psychofizycznej. Model ten stał się podstawą do stworzenia promocji zdrowia, w której kładzie się nacisk na upodmiotowienie i indywidualną odpowiedzialność jednostki za własne zdrowie. Po drugie, członkowie młodego pokolenia poddawani byli różnym działaniom „promującym” tak rozumiane zdrowie oraz zdrowy styl życia, w tym edukacji zdrowotnej, wprowadzanej „za ich czasów” do szkół. Po trzecie, wchodzili oni w dorosłość w społeczeństwie demokratycznym, gospodarce wolnorynkowej oraz kulturze konsumpcji, otwierających im wiele możliwości dbania o zdrowie, czyniących ze zdrowego stylu życia modę i pożądany sposób na życie, ale także sprzyjających ich upodmiotowieniu w różnych obszarach życia społecznego, w tym w sferze zdrowotnej. Po czwarte, w związku z upowszechnieniem wyższego wykształcenia, są to osoby stosunkowo najlepiej wyedukowane, co sprzyja wyższemu alfabetyzmowi zdrowotnemu, wiążącemu się z wysokim poziomem świadomości zdrowotnej oraz



autokreacyjną postawą wobec własnego zdrowia. Po piąte wreszcie, pokolenie to, w związku z dojrzewaniem w takich a nie innych warunkach społeczno-kulturowych, cechuje się określonym nastawieniem do życia i samych siebie, obejmującym m.in. koncentrację na własnym zdrowiu jako kapitale istotnym dla cenionej przez nich jakości życia.

## Bibliografia

- Borowiec A., Lignowska I. (2012), *Czy ideologia healthismu jest cechą dystyngtywną klasy średniej w Polsce?*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3, s. 95–111.
- Breczko S. (2013), *Polityzacja ciała. Między dyskursem publicznym a teorią socjologiczną*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.
- CBOS (2012a), *Polacy wobec własnej starości*, Komunikat z badań BS/94/2012.
- CBOS (2012b), *Zdrowie w wymiarze osobistym i instytucjonalnym. Samooceny, zachowania, opinie*, red. N. Hipsz, R. Boguszewski, „Opinie i Diagnozy”, nr 24.
- CBOS (2013), *Aktywność fizyczna Polaków*, Komunikat z badań BS/129/2013.
- CBOS (2015), *Internauci 2015*, Komunikat z badań 90/2015.
- Crawford R. (1980), *Healthism and the medicalization of everyday life*, “International Journal of Health Services”, Vol. 10, No. 3, s. 365–389.
- Cylkowska-Nowak M. (2000), *Społeczne dyskursy promocji zdrowia: ekstremalna krytyka i ewaluacja* [w:] M.D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, Wydawnictwo Wolumin, Poznań, s. 219–228.
- Cylkowska-Nowak M. (2007), „Alfabetyzm zdrowotny” w edukacji na rzecz zdrowia – ustalenia terminologiczne i dyskusja problemu, [w:] A. Kaźmierczak, A. Makarczuk, A. Maszorek-Szymala (red.), *Kultura fizyczna i zdrowotna w życiu współczesnego człowieka*, Wyd. SATORIdruk.pl, Łódź, s. 139–147.
- Domański H., Karpiński Z., Przybysz D., Straczuk J. (2015), *Wzory jedzenia a struktura społeczna*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Dzwonkowska-Godula K. (2015), *Tradycyjnie czy nowocześnie? Wzory macierzyństwa i ojcostwa w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E. (2015), *Factors affecting health in young and old men and women's beliefs*, „Acta Universitatis Lodzianensis”, Folia Sociologica, nr 55, s. 127–148.
- Giddens A. (2001), *Nowoczesność i tożsamość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Giddens A. (2004), *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Hildebrandt-Wypych D. (2009), *Pokolenia młodzieży – próba konceptualizacji*, „Przegląd Pedagogiczny”, nr 2, s. 105–124.
- Jakubowska H. (2009), *Socjologia ciała*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Jaworski Z. (2009), *O krzewieniu kultury zdrowotnej w polskiej szkole – blaski i cienie*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja”, t. III, s. 7–12.
- Kłós J. (2014), *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*, praca doktorska, Poznań, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/337834/index.pdf> [dostęp: 15.10.2016].
- Kostka R. (1997), *Zdrowy styl życia po polsku*, [w:] M. Fałkowska (red.), *O stylach życia Polaków. Wartości, praca, zakupy*, CBOS, Warszawa, s. 210–231.
- Maj A. (2010), *Co to znaczy dbać o siebie?*, [w:] E. Banaszak, P. Czajkowski (red.), *Corpus delicti – rozkoszne ciało. O ciele, seksualności i tożsamości*, Wydawnictwo Difin, Warszawa, s. 82–104.



- Mazur-Wierzbicka E. (2015), *Kompetencje pokolenia Y – wybrane aspekty*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania”, nr 39, t. 3, s. 307–320, [http://wneiz.pl/nauka\\_wneiz/sip/sip39-2015/SiP-39-t3-307.pdf](http://wneiz.pl/nauka_wneiz/sip/sip39-2015/SiP-39-t3-307.pdf) [dostęp: 15.10.2016].
- Malinowska E., Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E., Czernecka J., Brzezińska J. (2016), *Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź (w druku).
- Ostrowska A. (1998), *Nierówności w sferze zdrowia*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 2, s. 149–162.
- Ostrowska A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Ostrowska A. (2010), *Zróżnicowania społeczne i nierówności w zdrowiu*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, s. 23–47.
- Piątkowski W. (2002), *W stronę socjologii zdrowia*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkowi (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 15–58.
- Puchalski K. (1997) *Zdrowie w świadomości społecznej*, Instytut Medycyny Pracy, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź.
- Puchalski K. (2012), *Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej*, „Studia Edukacyjne”, nr 23, s. 119–139.
- Rocznik demograficzny 2014* (2015), GUS, Warszawa.
- Słowska Z. (2010a), *Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia” w perspektywie socjologicznej*, [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 213–225.
- Słowska Z. (2010b), *Spoleczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, s. 64–83.
- Słowska Z. (2015), *Wkład polskiej socjologii w rozwój promocji zdrowia. Od socjologii medycyny do socjologii w promocji zdrowia*, [w:] A. Ostrowska, M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, s. 105–130.
- Soboń M. (2015), *Konsumpcja mobilnych usług prozdrowotnych przez młodych konsumentów*, „Marketing i Rynek”, nr 2, s. 176–186.
- Staszewski W. (2015), *Kim są „millennials”*, <http://www.newsweek.pl/polska/kim-sa-millennials-jacy-sa-mlodzi-polacy-artykuly,359588,1.html> [dostęp: 15.10.2016].
- Stein J. (2013), *Millennials: The Me Me Me Generation*, <http://time.com/247/millennials-the-me-me-me-generation/> [dostęp: 15.10.2016].
- Stempień J. R. (2015), *Egalitaryzm sportu amatorskiego? Przykład polskiego ruchu biegowego*, [w:] J. Grotowska-Leder, E. Rokicka (red.), *Przemiany społeczne we współczesnej Polsce i ich konsekwencje. Perspektywa socjologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 183–200.
- Syrek E. (2009) *Promocja zdrowia poprzez edukację zdrowotną w systemie kształcenia ogólnego dzieci i młodzieży – współczesna potrzeba i konieczność*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja”, t. III, s. 17–24.
- Szpunar M. (2009), *Dbalność o zdrowie jako styl życia współczesnego człowieka*, [w:] W. Muszyński (red.), *Małe tęsknoty? Style życia w czasie wolnym we współczesnym społeczeństwie*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, s. 207–217.
- Szotmpka P. (2003), *Socjologia*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Śladkowska A. (2015), *Wyliczanka pokoleniowa. Baby Boomers, X, Y i Z*, <http://praca.trojmiasto.pl/Wyliczanka-pokoleniowa-Baby-Boomers-X-Y-i-Z-n96643.html> [dostęp: 10.10.2016].

Wieczorkowska M. (2015), *Medykalizacja wyglądu – nowy wymiar zdrowego ciała*, „Acta Universitatis Lodziensis”, Folia Sociologica, nr 55, s. 93–109.

Wojnarowska B. (2013), *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Zatoński W. (2002), *Demokracja jest zdrowsza. Cud zdrowotny nad Wisłą*, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa.

**Krystyna Dzwonkowska-Godula**

## **YOUNG PEOPLE’S ATTITUDES TOWARDS HEALTH AND THE IDEOLOGY OF HEALTHISM**

**Summary.** The article presents the results of qualitative research on the beliefs and health behaviors of young people which turned out to be convergent with the ideology of healthism. Young people are convinced of individual responsibility for their own health and the necessity of healthy lifestyle. It was hypothesized that this is a consequence of socialization in the social conditions promoting development of healthism. Young people grew up in the era of development of socio-ecological model of health, health promotion and health education. They entered adulthood in social conditions of democracy and free market economy, promoting individualization and empowerment and the treatment of health as human capital which demands investments and developing by individuals.

**Keywords:** healthism, healthy lifestyle, attitudes towards health, health behaviours, young people.