

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu**

Wydział Nauk o Zdrowiu



**ZJAWISKO ZDROWEGO STYLU ŻYCIA WE
WSPÓŁCZESNYM SPOŁECZEŃSTWIE
POLSKIM**

mgr Jan Kłos

Pracownia Socjologii Medycznej
Katedra Medycyny Społecznej

Promotor

Dr hab. n. med. WIESŁAW BRYL

**Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i
Nadciśnienia Tętniczego**

Kierownik: Prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik

Poznań 2014 r.

Słowa kluczowe: zdrowy styl życia, zdrowie, styl życia, współczesne społeczeństwo

Key words: healthy lifestyle, health, lifestyle, contemporary society

Spis treści

WPROWADZENIE	6
ROZDZIAŁ 1: Aspekty zdrowotne stylów życia w społeczeństwie późnonowoczesnym wobec wyzwań globalizacyjnych	8
1 Określenie problematyki podjętej w pracy i zakresu który obejmuje.....	8
2 Konceptualizacja podstawowych pojęć zastosowanych w pracy.....	9
2.1 Zdrowie.....	10
Modele zdrowia.....	11
Zdrowie w socjologii.....	15
Normatywny wymiar zdrowia.....	18
2.2 Styl życia.....	21
Klasyczne ujęcie stylu życia.....	22
Styl życia a zdrowie.....	24
Działanie i struktura wobec stylu życia.....	26
Kolektywny charakter stylu życia.....	27
Refleksyjność, ciało i tożsamość.....	28
Wybór.....	32
Habitus, gust i dystynkcja.....	35
Zdrowotne aspekty stylu życia.....	40
Tytoń.....	41
Odżywianie.....	41
Aktywność fizyczna.....	42
Otyłość.....	42
Alkohol.....	43
Narkotyki.....	43
Zachowania seksualne.....	44
Badania przesiewowe.....	45
Warunki materialne.....	46
Dostęp i jakość opieki zdrowotnej.....	46
Sieci społeczne i wsparcie społeczne.....	46
Spójność społeczna i kapitał społeczny.....	48
Praca.....	49
Nierówności społeczne.....	50
Dyskryminacja.....	50
2.3 Społeczeństwo późnonowoczesne.....	51
Globalizacja.....	51
Hiperkapitalizm.....	52
Technicyzacja.....	54
Detradycjonalizacja i racjonalizacja.....	55
Ryzyko.....	58
Informacja, medium, sieci.....	58
Procesy społeczne a zdrowie.....	60
ROZDZIAŁ 2: Struktura badań empirycznych wraz z wynikami badań	65
1 Cele badań empirycznych – w postaci pytań i zadań.....	65
2 Materiały i metody empiryczne.....	65
3 Konceptualizacja i operacjonalizacja – uzasadnienie wyborów metodologicznych.....	66
Podstawowe definicje operacyjne.....	75
Określenie badanych zmiennych.....	77
4 Wyniki empiryczne.....	79

4.1 Prezentacja zmiennych oraz procentowy udział osób o prozdrowotnym stylu życia.....	79
Alienacja.....	80
Cyfryzacja.....	81
Czas spędzany przed telewizorem.....	82
Dolegliwości.....	83
Grupa Zawodowa.....	84
Kapitał Ekonomiczny.....	85
Kapitał Kulturowy.....	86
Kapitał Społeczny.....	87
Wielkość gospodarstwa domowego.....	88
Infrastruktura.....	89
Niepełnosprawność.....	90
Płeć.....	91
Pochodzenie społeczne.....	92
Prekaryzacja.....	93
Religijność.....	94
Stres.....	95
Subiektywna Jakość Życia.....	96
Wiek.....	97
Zaufanie.....	98
Zdrowie Czynnościowe.....	99
Zdrowie Systemowe.....	100
Zdrowotność Stylu Życia.....	101
Zestawienie wybranych zmiennych niezależnych oraz procentowego udziału osób osiągających najlepszy rezultat pod względem poziomu zdrowotności stylu życia.....	102
4.2 Modelowanie równań strukturalnych.....	110
Modelowanie równań strukturalnych - opis.....	110
Wyniki SEM.....	111
4.3 Gradacyjna analiza danych.....	117
Gradacyjna analiza danych - opis.....	117
Wyniki GDA.....	117
4.4 Analiza treści.....	122
Wprowadzenie do analizy treści.....	122
Tytuły.....	122
Artykuły.....	128
Analiza jakościowa treści.....	135
ROZDZIAŁ 3: Dyskusja i wnioski.....	143
Główne wnioski.....	173
Bibliografia.....	176
Załączniki.....	205
Streszczenie.....	217
Abstract.....	219

WPROWADZENIE

Nauka powszechnie uznaje styl życia za jeden z kluczowych czynników wpływających na zdrowie. Zdrowy styl życia pojawia się jako wzorzec i zalecenie przy poprawie zdrowia i jakości życia. Style życia zależą jednak od szeregu aspektów, z których znaczna część pozostaje poza możliwością kształtowania przez jednostkę. Kilka procesów można wyróżnić, gdy mówimy o zmianach dotyczących współczesnych społeczeństw zachodnich oraz stylów życia w tych krajach. To procesy związane ze zmianami w charakterze kapitalizmu, jako dominującego systemu ekonomicznego (globalizacja i hiperkapitalizm), malejąca rola tradycji w życiu codziennym (społeczeństwo posttradycyjne), rosnąca świadomość niekorzystnych i nieodwracalnych skutków modernizacji (społeczeństwo ryzyka), zmiany we wspólnotowości i organizacji społecznej oraz coraz większe znaczenie technologii (zwłaszcza związanych z informacją i komunikacją).

Celem niniejszej pracy jest zbadanie, coraz częściej branego pod uwagę oraz pojawiającego się w różnorodnych kontekstach społecznych, zjawiska zdrowego stylu życia. Koncepcja zdrowego stylu życia rozpowszechniła się w społeczeństwach zachodnich w latach siedemdziesiątych XX wieku, co wiązało się z szeregiem zjawisk, takich między innymi jak zjawisko kontrkultury, wydłużenie przeciętnego trwania życia i zmiany w strukturze chorób, rozwój wiedzy naukowej dotyczącej etiologii chorób zwanych cywilizacyjnymi, kryzysem gospodarczym, rosnącą podmiotowością pacjentów (w tym rola ruchów konsumenckich) oraz zwrotem w samym systemie medycznym, polegającym na większym przykładaniu wagi do działań zapobiegawczych, w stosunku do działań naprawczych. Zdrowy styl życia stał się powszechnie używanym sloganem, wykorzystywanym przez różne podmioty do pobudzania aktywności grup społecznych oraz ich ukierunkowywania. Normotwórczy (czy też mówiąc językiem Foucault dyscyplinujący) charakter zjawiska oznacza pojawienie się, mniej lub bardziej jawnych oraz usankcjonowanych, oczekiwań co do zachowań, a także staje się elementem różnicowania społecznego. Oczywiście podziały jakie tworzy w znacznym stopniu nakładają się na uprzednio istniejące zróżnicowania (klasowe, płciowe, etniczne itd.). Zarazem jednak zjawisko to posiada silną immanentną orientację uniwersalistyczną, to znaczy bazując na autorytecie nauki, aspiruje do bycia normą nadrzędną w stosunku do innych norm (w tym komplementarnie asystuje jej ekologiczny styl życia). Zdrowy styl życia pojawia się zarówno jako dyrektywy wyrażane przez specjalistów od zdrowia (wąsko i szeroko rozumianych), jako informacje i zachowania rozpowszechniane w przekazach medialnych, jak i jako bodziec mający zwiększyć sprzedaż dóbr czy usług. Tym samym zdrowy styl życia pojawia się jako element kulturowy nadający znaczenie praktykom społecznym i przedmiotom oraz tożsamościom, a tym

samym pozwala analizować go jako część systemu kulturowego. Pojęciu zdrowego stylu życia daleko jednak do jednoznaczności i ścisłości nie tylko jeśli chodzi o przekaz formułowany w mediach, ale również i wewnątrz pola nauki.

Najogólniej mówiąc, zdrowy styl życia oznacza uwzględnianie w postępowaniu podmiotu aspektów zdrowotnych, co przywołuje dwa pojęcia: zdrowie i styl życia, w wyniku styczności których koncept ten powstaje. W świadomości społecznej oraz praktyce badawczej oba te pojęcia pozornie niezależnie od siebie również zyskują współcześnie na znaczeniu. Jeśli prześledzimy odpowiadające za to procesy odkrywamy, że oba pojęcia znajdują się w samym centrum dzisiejszych zmian społecznych i odgrywają w nich kluczowe role; stanowią swego rodzaju symptomy tych zmian (odzwierciedlają reprezentacje kierunków zmian systemu społecznego) i zarazem mechanizmy ich rozwoju (są elementami za pomocą których zmiany społeczne są implementowane). Ta podwójna rola symptomu/mechanizmu jest zresztą łatwa do zlokalizowania w samej koncepcji zdrowego stylu życia. Poziom zdrowotności stylu życia nie tylko mówi nam jakich konsekwencji zdrowotnych należy się spodziewać, ale również staje się przedmiotem działania, jakby sam wskazywał chorobę. Granica między chorym, który wymaga interwencji a zdrowym, który może zachorować, staje się coraz bardziej rozmyta, podobnie jak granice między życiem i śmiercią, czy podmiotem i jego otoczeniem. Ta rosnąca niepewność stwarza nowe pole dla różnych wyborów i nieuchronną jego arbitralności (brak jednoznacznych kryteriów). Pole to nie zostaje pozostawione samo sobie, ale staje się elementem walki między różnymi wartościami, grupami władzy czy interesów. Zwycięzcy starają się narzucić obowiązujące, prawomocne rozstrzygnięcia.

ROZDZIAŁ 1: Aspekty zdrowotne stylów życia w społeczeństwie późnonowoczesnym wobec wyzwań globalizacyjnych

W pierwszej części zostaną przeanalizowane główne pojęcia wykorzystywane w niniejszej pracy, które wraz z pomniejszymi terminami zazębiają się w całościową siatkę pojęciową. Ten konstrukt teoretyczny, z racji swojego skomplikowania zakorzeniony głównie w pracach innych badaczy, a tylko częściowo, lub też pośrednio przez te prace, w danych empirycznych, wyznacza ogólną ramę rozważań oraz stanowi podstawowy model odnoszący się do badanej rzeczywistości. Część ta zawiera zarazem przegląd i prezentację wykorzystanych pojęć we współczesnej nauce.

1 *Określenie problematyki podjętej w pracy i zakresu który obejmuje*

Współczesny rozwój wiedzy, techniki oraz rozbudowane systemy eksperckie, tworzą nową rzeczywistość, nowe możliwości radzenia sobie z problemami, nowe możliwości wyboru oraz nowe ścieżki, trajektorie życia dla poszczególnych jednostek jak i całych grup społecznych. Wraz z ich rozwojem pojawiają się również nowe zagrożenia, którym trzeba stawić czoła, przed którymi nie da się uciec i których nie da się ignorować. W dziedzinie zdrowia dominuje przekonanie, że osiągnęliśmy nieznaną wcześniej poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, nie brakuje jednak i zdecydowanych przeciwników tego stwierdzenia. Jednym z kluczowych wymiarów życia, na które zwraca się współcześnie uwagę, a które (przede wszystkim jako element analityczny) pojawiły się wraz z modernizacją, są style życia, czyli takie zachowania ludzi, które są wynikiem mniej lub bardziej świadomych wyborów, jakie jednostki są zmuszone dokonywać we współczesnym świecie. O ile wymiar jednostkowy jest najczęściej podkreślany w odniesieniu do stylów życia, o tyle style życia mają charakter wybitnie społeczny, uzależnione są nie tylko od świadomości, pozycji społecznej jednostek, ale również warunków w których jednostki egzystują wraz z innymi ludźmi.

Nadrzędnym procesem uwarunkowania życia, którego jesteśmy coraz bardziej świadomi, a które wyznacza skrajną granicę wymiaru społecznego jest globalizacja. Oddziałując bezpośrednio, jak i przez refleksyjne odniesienie się do niej, globalizacja stała się nieodwracalnie częścią codziennego życia, a jej skutki dalece wykraczają poza potoczne wyobrażenia, jak również naukowe prognozy. Wyzwania jakie tym samym przed nami stawia przenikają wszelkie sfery życia, włącznie ze sferą zdrowia. Globalne zagrożenia zdrowotne (takie jak zagrożenia ekologiczne,

nuklearne czy epidemiologiczne) tak jak i globalne zwiększanie bezpieczeństwa zdrowotnego (często pomijane, np. dostępność informacji, koordynacja działań itp.) stają się współcześnie nieodzownym elementem refleksyjnym i strategicznym, wykorzystywanym na co dzień przez jednostki w procesie kształtowania własnego życia, oraz przez instytucje czy organizacje w procesie ustalania celów i sposobów ich funkcjonowania.

Niewątpliwie kluczową rolę w postrzeganiu i kształtowaniu współczesnych problemów i rozwiązań zdrowotnych odgrywa charakter społeczeństwa w których żyjemy. Późnonowoczesne społeczeństwo kapitalistyczne stanowi podstawową ramę dla działania wszelkich podmiotów społecznych. Kolejne przymiotniki którymi nieprzypadkowo je dziś określamy, to społeczeństwo informacyjne, społeczeństwo ryzyka, płynna nowoczesność czy społeczeństwo posttradycyjne - a każde z nich niesie ze sobą pewną charakterystykę, która pozwala lepiej zrozumieć otaczającą nas rzeczywistość i zmiany, którym ona podlega.

Niniejsza praca stara się możliwie szeroko opisać jak charakter współczesnych społeczeństw 'rozwinętych' wpływa na style życia w wymiarze zdrowia. Aby tego dokonać konieczne jest zarówno określenie czym jest zdrowie, czym jest styl życia, jakie są między nimi powiązania i jak oba zależą od kontekstów społecznych, w obrębie których muszą funkcjonować. Tego będzie dotyczyła pierwsza część pracy, kolejna natomiast będzie starała się określić, bazując na badaniach empirycznych, jak tak określona problematyka ma się do współczesnego społeczeństwa polskiego.

2 *Konceptualizacja podstawowych pojęć zastosowanych w pracy*

Dwa podstawowe pojęcia pojawiające się w tej pracy, które wymagają tego, by się im bliżej przyjrzeć to zdrowie oraz styl życia. Oba są pojęciami, które nie dają się zdefiniować w sposób jednoznaczny, tym bardziej rozumienie ich znaczenia w społeczeństwie, czy nawet między specjalistami, którzy zajmują się tą problematyką, jest dalekie od ścisłości (a raczej wzajemnej spójności). Na to nakładają się oczywiste dla każdego socjologa zależności tych pojęć od miejsc, czasów czy grup społecznych, w których pojęcia te są używane, a także nie tylko czysto kognitywny ich charakter. Mówiąc dokładniej pojęcia te uwikłane są w szereg stosunków społecznych takich jak stosunki władzy, czy też różny ładunek emocjonalny jaki niosą ze sobą wśród poszczególnych jednostek czy grup społecznych. Nie oznacza to oczywiście, że pojęć tych nie należy, przynajmniej próbować, ująć w sposób bardziej systematyczny, pełny, krytyczny czy

nawet odzierający te pojęcia z pewnych ideologicznych naleciałości. Niemniej jednak, ważne jest zrozumienie trudności i pewnej ograniczoności tego zadania przy równoczesnej jego nieuchronności. W niniejszej pracy przyjęto zasadę, żeby najpierw przywołać najbardziej charakterystyczne przykłady definiowania tych pojęć jakie pojawiają się w fachowej literaturze, następnie, jeśli okażą się one niewystarczające, pojawi się krytyczna ich analiza, na bazie której może powstać lepsze, pełniejsze ujęcie danego zjawiska.

2.1 Zdrowie

Pojęcie zdrowia nastrocza szereg problemów od momentu w którym pojawiło się jako przedmiot ludzkiej refleksji. Różnice i spory na ten temat można obserwować śledząc zarówno sposób w jaki zdrowie definiowano, jak i praktyki, które z nim wiązano. Dziś również istnieją do pewnego stopnia konkurencyjne i sprzeczne definicje zdrowia. Nic nie wskazuje na to by jakaś jedna uniwersalna definicja mogła zastąpić je wszystkie, jako że każda z nich kładzie nacisk na odrębne wymiary i zakresy, każda zarazem pełni odmienne funkcje społeczne, czy też służy różnym realizowanym celom. Ten brak spójności w podejściu do zagadnienia zdrowia może być postrzegany jako zaleta, gdy zapewnia wielowymiarową perspektywę, czy też pozwala na elastyczne dostosowanie do zmieniających się uwarunkowań i potrzeb, ale jest także przejawem koncepcyjnego impasu i braku zgody co do podstawowego pojęcia odnoszącego się do ludzkiej egzystencji, stając się źródłem nieporozumień i konfliktów.

Przede wszystkim konieczne jest zrozumienie, że pojęcie zdrowia funkcjonuje w dwóch odmiennych kontekstach społecznych, pierwszy kontekst tworzy sfera ekspertów, którzy zawodowo zajmują się zdrowiem, drugi zaś tworzy świat życia codziennego, rozumiany tu w sposób zbliżony do schutzowskiego ujęcia, jako niekwestionowany subiektywny świat doznań i działań jednostki [1]. Oba te konteksty nie są oczywiście niezależne od siebie, lecz dość mocno się przenikają. Oba stanowią jednak swego rodzaju niezależne źródła poznania oraz praktyki. Pierwsza sfera wiąże się z systemami społecznymi w ramach których rozwijane są różnorodne koncepcje zdrowia; koncepcje te rywalizują ze sobą i mogą być w każdej chwili zakwestionowane i zastąpione przez inne. Druga sfera odpowiada 'potocznemu' rozumieniu tego pojęcia; szereg badań wskazuje jak duże różnice występują między poszczególnymi grupami społecznymi takimi jak grupy etniczne, klasy społeczne, płcie czy różne grupy wiekowe [2]. Mimo dość znacznych rozbieżności między tymi dwoma sferami (a także w ramach tych sfer), niezbędny jest również pewnego rodzaju konsens między nimi, który umożliwia wspólne praktyki. Konsens ten zapewniany jest właśnie przez

przenikanie się tych sfer. Definicje, a w jeszcze większym stopniu praktyki ekspertów, szerzą się, w mniej lub bardziej celowy sposób, wśród ludzi, z kolei eksperci wkraczają w system z własnymi przekonaniemami, które ulegają modyfikacjom pod wpływem systemu, ale które również odciskają swoje piętno na tworzeniu i rozumieniu w ramach systemu pojęcia zdrowia. Ponadto oczekiwania laików wywierają nieustanny nacisk na system oraz ekspertów; oczekiwania te muszą być uwzględniane przez system, czy to przez włączanie czy wyłączenie z niego tych oczekiwań. Przy okazji warto tu zwrócić uwagę na całą sferę działań związanych ze zdrowiem, która nie jest realizowana ani w ramach wspieranego nauką systemu, ani też zdecydowanie poza nim. Istnieje strefa 'pomiędzy', którą tworzy medycyna niekonwencjonalna (alternatywna), rozpięta między światem życia a systemem eksperckim. Strefa ta nastawiona jest na zdrowie, ale główne jej uprawomocnienie tworzy świat życia codziennego (choć pewne nowe rodzaje praktyk zdają się być bardziej zakotwiczone w systemie eksperckim np. homeopatia).

Druga ważna uwaga dotyczy nie kontekstu pojęcie zdrowia, ale tego co to pojęcie zawiera, choć oczywiście, nie są to zupełnie niezależne aspekty. Przez długi okres w nowożytności zdrowie było postrzegane wyłącznie w kategoriach negatywnych, jako jego brak, uszczerbek na zdrowiu, jako pewnego rodzaju negatywne odstępstwo od oczekiwań - czyli prościej mówiąc w kategoriach choroby, czy też schorzenia. Ten negatywny wymiar zdrowia współcześnie został dość szeroko zakwestionowany, choć w wielu grupach społecznych, czy też w ramach 'praktyk systemowych', nadal pozostaje wiodącym punktem postrzegania zdrowia.

Modele zdrowia

Bogactwo ujęć zdrowia koresponduje z dość ubogą całościową analizą tych ujęć, co najłatwiej można tłumaczyć skomplikowaniem samej materii. Niniejsza praca nie rości sobie prawa do takiego całościowego ujęcia również, raczej próbuje przedstawić różne perspektywy, z których samo zdrowie może być rozpatrywane oraz jak te różne rozumienia pojęcia zdrowia, wpisują się w przestrzeń społeczną. Wyróżnia się kilka modeli, w ramach których pojęcie zdrowia jest konstruowane. Punktem wyjścia jest często model biomedyczny, odpowiadający systemowemu ujęciu zdrowia, następnie model holistyczny, będący swego rodzaju odpowiedzią na niedostatki tego pierwszego, dalej model wellness (pozostawiamy nazwę angielską z uwagi na brak adekwatnego polskiego odpowiednika), funkcjonujący w ramach i związany z medycyną niekonwencjonalną, wreszcie model środowiskowy, rozwijany m. in. we współczesnych wersjach ewolucjonistów, ale również zgodny w wielu punktach z niektórymi stanowiskami w socjologii medycyny. Pewną alternatywę wobec tych typowych modeli, budowanych przez specjalistów w ramach dziedziny, którą się zajmują, stanowią modele społeczne zdrowia, które również wymagają

w miarę dokładnego rozważenia.

Pojawienie się modelu biomedycznego [3, 4] wiązało się z rozwojem wiedzy na temat budowy i funkcjonowania ciała, odkryciami dotyczącymi zależności między drobnoustrojami a pojawianiem się pewnych chorób, czy wreszcie rozwojem bakteriologii. Model ten ma wyraźnie charakter kliniczny i empiryczny oraz kładzie nacisk na negatywny wymiar zdrowia. Podstawowa definicja określa zdrowie jako ‘brak choroby oraz kalectwa’ i nie ogranicza się współcześnie wyłącznie do wymiaru fizycznego, lecz zawiera również wymiar psychiczny. To jak w danych warunkach kulturowych definiuje się same pojęcia choroby oraz kalectwa (współcześnie używa się terminu niepełnosprawność), pozostaje sprawą niejednoznaczną, bez wyraźnych granic i otwartą na zmiany. Współcześnie tworzone są przez specjalistów klasyfikacje, które mają służyć jako swego rodzaju punkt odniesienia dla osób profesjonalnie zajmujących się zdrowiem tj. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 opracowywana przez WHO czy DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA). Kluczowym pojęciem oraz konieczną praktyką staje się ustalenie czym jest w tym wypadku norma. Model ten opiera się na kilku podstawowych założeniach, które dziś powszechnie są kwestionowane [3]:

1. Doktrynie specyficznej etiologii, czyli przekonaniu, że choroby powodowane są przez pojedyncze czynniki dające się jednoznacznie zidentyfikować (takie jak bakterie, pasożyty). Stanowisko to krytykowane jest jako zbyt upraszczające procesy biologiczne prowadzące do chorób, m. in. powszechnie uznaje się dzisiaj teorie wieloprzyczynowe jako posiadające większy potencjał eksplanacyjny (teorie jednoprzyczynowe nie są w stanie wyjaśnić dlaczego tylko niektóre osoby zapadają na daną chorobę, dlaczego akurat te osoby, a także pomijają adaptację biologiczną). Doktryna ta jest również w niewielkim stopniu przydatna w przypadku większości współczesnych chorób przewlekłych czy też chorób psychicznych.
2. Założenie istnienia chorób ogólnych, czyli przekonanie, że każda choroba ma własne cechy charakterystyczne, uniwersalne w obrębie gatunku ludzkiego. Badania wskazują, że choroby w różnych kręgach kulturowych definiowane są na różne sposoby oraz, że definicje te zmieniają się znacząco z czasem. Czynniki które wpływają na postrzeganie pewnych stanów jako odnoszących się do zdrowia to uznane w danej kulturze normy i wartości, wiedza czy technologia. Koncentrowanie się przez specjalistów na kolejnych aspektach ludzkiego życia skutkuje redefiniowaniem zakresu pojęć i działań odnoszących się do zdrowia, a proces ten zdaje się pogłębiać i jest powiązany z dającymi się prześledzić siłami społecznymi.
3. Zasada określająca zły stan zdrowia jako odstępstwo od normy, dające się zmierzyć przy pomocy zmiennych biologicznych. Problemem jest tu zarówno samo pojęcie normy

(określenie czego ma dotyczyć, wyznaczenie zakresu itp.) jak również odniesienie jej do organizmu ludzkiego, w przypadku którego bardzo często trudno jest określić gdzie zaczynają się nieprawidłowości, a gdzie są to jeszcze odchylenia mieszczące się w normie.

4. Zasada naukowej neutralności, czyli założenie obiektywizmu i neutralności badacza, a także traktowanie organizmu jako produktu biologicznych i psychologicznych procesów pozostających poza wpływem jednostki i społeczeństwa. Medycyna jest jednakże w nie mniejszym stopniu polem oddziaływania rozmaitych sił społeczno-kulturowych, które zasadniczo wpływają na jej praktyki i kierunki rozwoju. Mniej lub bardziej spektakularne oszustwa, agresywny marketing firm farmaceutycznych, ograniczana dostępność świadczeń medycznych, jako rezultat działań firm ubezpieczeniowych, czy też bogacenie się na niewiedzy i strachu pacjentów o własne zdrowie (np. świńska grypa), to przykłady na to, że postulat ten nieustannie wystawiany jest na próby, w toku których samo pojęcie neutralności i obiektywności uzyskuje określone znaczenie.

Współcześnie model biomedyczny nie występuje w czystej postaci, prosty model przyczynowy zastąpiono złożonym modelem przyczynowym, który dla większości chorób charakteryzuje szereg przyczyn, czynników i warunków, które wpływają na wystąpienie danego stanu (co więcej, nie jest to tylko suma tych elementów). Ważny wpływ na rozwój tego modelu miało włączenie w jego ramy chorób psychicznych i rozwój psychologii, które pozwoliły na zerwanie z czysto mechanistycznym widzeniem chorób czy też ciała. Powszechnie uznano, że czynniki psychiczne mają zróżnicowany wpływ na stan zdrowia, chociaż same nie są za takowe uważane (np. stres).

Drugi model, określany jako model holistyczny, jest rozwinięciem modelu biomedycznego. Na skutek różnorodnych nacisków jakie pojawiły się na rzecz włączenia elementów poza-biologicznych (ujmujących zdrowie szerzej, ale również w sposób bliższy rzeczywistym procesom), w połowie wieku XX Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała zdrowie jako “stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby czy kalectwa”. Definicja ta przede wszystkim stara się ująć zdrowie w sposób całościowy i wieloaspektowy, dzięki czemu staje instrumentem wpływania na zdrowie również poza czysto biologicznym kontekstem i tradycyjnie kojarzonymi z medycyną instytucjami takimi jak przychodnie i szpitale. Już nie tylko zdrowie poszczególnych jednostek, ale całego społeczeństwa, czy też grup ludzi staje się celem oddziaływania. Działania te zmierzają w dwóch kierunkach, pierwszy dotyczy zmian środowiskowych, drugi natomiast nastawiony jest na zmianę zachowań ludzi, oba mają oczywiście służyć poprawie zdrowia.

Poszczególne rodzaje dobrostanów odnoszą się do różnych wymiarów, w których człowiek

powinien w sposób harmonijny funkcjonować. Dobrostan fizyczny odnosi się do materialnej konstrukcji człowieka (w jej wszelkich aspektach: fizycznym, biologicznym czy chemicznym) i jej istnienia w materialnej rzeczywistości, z której to różnorodne czynniki mogą na różne sposoby wpływać. Dobrostan psychiczny dotyczy stanu mentalnego (umysłowego i emocjonalnego), na który składają się zarówno aspekty negatywne zdrowia, takie jak choroby i zaburzenia psychiczne, jak i aspekty pozytywne związane ze zdolnością radzenia sobie ze stresem, poczucie sprawstwa i koherencji, i inne. Wreszcie dobrostan społeczny, to takie zorganizowanie i funkcjonowanie społeczeństwa, które pozwala w sposób prawidłowy na rozwój tegoż społeczeństwa i poszczególnych jednostek.

Tak szerokie jednak ujęcie niesie ze sobą nieuchronnie szereg problemów. Przede wszystkim definicja ta krytykowana była jako zbyt idealistyczna [5, 6], niemierzalna [7, 8] i w niewielkim stopniu dająca się praktycznie zastosować. Współcześnie część z tych zarzutów została odparta (np. pojawiają się dość powszechnie akceptowane mierniki zdrowia), pozostałe jednak utrzymane są w mocy; do szczególnie istotnych, z perspektywy tej pracy, należą te dotyczące pojęcia zdrowia społecznego. Niewątpliwie definicja Światowej Organizacji Zdrowia pozostaje najbardziej wszechstronną, oraz najbardziej popularną. Warto tu nadmienić, że o ile definicja biomedyczna cieszy się największą popularnością wśród lekarzy, o tyle definicja holistyczna ma znaczne poparcie wśród osób zajmujących się promocją zdrowia oraz zdrowiem publicznym.

Dwa powyższe modele zdają się dominować w medycynie, warto jednak zwrócić uwagę na dwa kolejne modele. Model wellness przeciwstawia sobie zdrowie i chorobę jako dwa oddzielne wymiary. Złe zdrowie może występować nawet wówczas gdy nie występuje choroba, ponieważ zdrowie definiowane jest jako „siła i zdolność do przewycięzania choroby, posiadanie ‘zapasu zdrowia’”[9]. Można to zilustrować w prosty sposób obserwując dwie osoby, które zapadają na tę samą chorobę, o tej która szybciej sobie z nią poradzi powiemy, że ma większą rezerwę zdrowia. Zgodnie z tym ujęciem kluczowe znaczenie przypisuje się związkowi między umysłem i ciałem (znany jest wpływ umysłu na podstawowe procesy fizjologiczne), oraz podkreśla się wymiar duchowy, stąd bliski związek z medycyną niekonwencjonalną oraz próby poszukiwania związku między zdrowiem a wiarą. Krytycy podkreślają wysoką subiektywność tego podejścia oraz dużą zależność od kontekstu kulturowego, z drugiej strony nie brakuje również i zwolenników, którzy próbują rozwinąć bardziej spójny i praktyczny koncept.

Ostatni model zdrowia, model środowiskowy, podkreśla zależność jednostki od otoczenia w którym ona żyje. Dopiero uwzględniając warunki zewnętrzne wobec człowieka możemy określić jego zdolność do utrzymania równowagi, jako że różne środowiska fizyczne, biologiczne czy społeczne generują zróżnicowane bodźce, żądania na które jednostka musi reagować, odpowiadać

w taki czy inny sposób [10, 11, 12]. Tym samym zdrowie definiuje się zgodnie z tym podejściem jako „zdolność jednostki do adaptacji do środowiska w którym żyje” [13], lub „zdolność jednostki do skutecznego działania w środowisku do którego została socjalizowana” [14]. Model środowiskowy podobnie jak model wellness naraża się na zarzuty niejednoznaczności i zawilości ze względu na zbyt szerokie ujęcie konceptualne zdrowia. Mimo tych zarzutów podejście to zwraca uwagę na ważne aspekty związane ze zróżnicowanymi środowiskami w których żyją ludzie, co pociąga za sobą konieczność uwzględnienia tych różnic zwłaszcza akcentując konieczność rozwijania promocji zdrowia i zwiększających zdrowie interwencji w środowisko.

Ten krótki przegląd pokazuje dość wyraźnie jak poważnym wyzwaniem jest zdefiniowanie pojęcia zdrowia oraz jak różne ujęcia generują, po pierwsze, nieco odmienne aspekty życia ludzi na które zwraca się uwagę, stąd różne wskaźniki przy pomocy których zdrowie może być badane, po drugie zaś różne sfery oczekiwanych działań, co bezpośrednio może przekładać się np. na politykę zdrowotną. Mówiąc bardziej ściśle, każde z tych ujęć tworzy względnie niezależną sferę poznawczą oraz praktyczną, co niejako automatycznie wiąże je ze strukturą społeczną, w ramach której zajmują one odmienne pozycje i na skutek działań odmiennych grup interesów stają się przedmiotem rywalizacji (w zakresie w jakim powyższy podział odpowiada obiektywnej i intersubiektywnej klasyfikacji).

Zdrowie w socjologii

Na gruncie socjologii oraz pokrewnych nauk społecznych, z początku w ramach ujęcia systemowego, a później w opozycji do niego wypracowano odmienne sposoby konceptualizowania pojęcia zdrowia. Za twórcę socjologii medycyny uchodzi, nie bez racji, amerykański socjolog Talcott Parsons. Zdefiniował on zdrowie jako “stan optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań” czyli w kategoriach skutecznego działania w społeczeństwie [15]. Posługując się w analizie pojęciem roli społecznej, czyli mniej lub bardziej świadomymi oczekiwaniami (i ich konsekwencjami) związanymi z danym statusem społecznym, opisał on rolę chorego i pacjenta, traktując system zdrowotny jako instytucję służącą kontroli społecznej. Rola pacjenta wyznacza jego obowiązki (do których zalicza się chęć wyzdrowienia tak szybko, jak tylko jest to możliwe oraz staranie się o fachową pomoc lekarską i współpracę z lekarzem) a także przywileje (zawieszenie normalnych czynności i obowiązków oraz traktowanie jako potrzebującego opieki i nie mogącego wyzdrowieć na skutek swojej decyzji i woli). Podejście Parsonsa spotkało się z szeroką krytyką, począwszy od zarzutów o etnocentryzm, (zastosowana analiza nie daje się przenieść na inne społeczeństwa i kultury niż zachodnie) przez wyraźnie medyczo-systemowe

pozycje jakie zajmuje autor, co skutkuje przyjęciem systemowej optyki, która wyklucza choroby lekkie czy chroniczne, a także takie, które nie są przedmiotem postępowania lekarskiego (czyli większość) i narzuca drogę naukowo-medyczną jako jedyną prawomocną. Wreszcie funkcjonalizm, którego przedstawicielem był Parsons, nie pozwala wyjaśnić różnic w zdrowiu i zachowaniach poszczególnych grup czy jednostek. Z tej właśnie perspektywy krytyka była szczególnie skuteczna, a za jej głównego protagonistę uchodzi Eliot Freidson. Zwraca on uwagę na dwa istotne aspekty, które modyfikują częściowo założenia Parsonsa. Po pierwsze, między systemem a pacjentami którym ma służyć (a na poziomie mikro między lekarzem i pacjentem) występuje immanentny konflikt interesów [16]. Po drugie, zwraca uwagę na społeczne, a nie wyłącznie biologiczno-systemowe aspekty zdrowia; choroba w jego ujęciu jest również znaczeniem jakie ludzie przypisują zachowaniom związanym z chorobą. W tym kontekście autor pisze o wpływie systemu pomocowego laików (lay referral system), który odpowiada za alternatywny w stosunku do systemowego system znaczeń (i praktyk) związany ze zdrowiem, co z kolei może być jednym z elementów wpływających na bezpośrednie relacje między lekarzami a ich pacjentami. Jednak również Freidson nie potrafił wyzbyć się profesjonalistycznej (systemowej) perspektywy, w efekcie czego cała sfera ludzkiego zdrowia pozostawała poza spektrum jego zainteresowania, a samo podejście okazało się pewnego rodzaju rozwinięciem podejścia funkcjonalistycznego.

Nieco nowsze teorie społeczne również wnoszą swój wkład w problematykę zdrowia. Na uwagę zasługują zwłaszcza: teoria konfliktu, interakcjonizm symboliczny oraz fenomenologia.

Zgodnie z teorią konfliktu w ujęciu pomarkowskim zdrowie jest zarówno elementem rywalizacji między poszczególnymi grupami czy też klasami społecznymi, jak również narzędziem, poprzez które grupa czy klasa dominująca stara się utrzymać swoją pozycję. System medyczny staje się jednym z instrumentów pozwalającym podtrzymywać istniejący system nierówności i sprawować większą kontrolę nad grupami zdominowanymi. Mniej ortodoksyjne kierunki, które jednak bardzo wyraźnie odwołują się do tego ujęcia, zwracają uwagę nie tylko na nierówności międzyklasowe, ale również na dominację mężczyzn nad kobietami, czy nierówności rasowe, którym system medyczny nadaje bardziej współczesny 'miękki' charakter, utrzymując je jednak w mocy. Sposoby przy pomocy których dominacja jest realizowana, obejmują zarówno wymiar codziennych praktyk w ramach systemu i poza nim, jak również nierozzerwalnie powiązany z nim wymiar ideologiczny, odnoszący się do zbioru prawomocnych twierdzeń dotyczących zdrowia. Pomimo szeregu sprzeczności w ramach tego podejścia wiele twierdzeń pozostaje aktualnych, a rosnąca liczba publikacji i badań związanych z nierównościami w zdrowiu rzuca nowe światło na te aspekty, które jeszcze niedawno uznawano za nieistotne czy nieistniejące [17].

W opozycji do strukturalizmu rozwinął się interakcjonizm, który zwraca uwagę na zmianę

stosunków społecznych w rezultacie odmiennych stanów zdrowotnych oraz wpływ instytucji społecznych, odpowiedzialnych za określanie tych stanów i podjęcie adekwatnych działań. Choroba staje się czymś co przypisuje się jednostce (przekroczenie pewnych norm oznacza zmianę kategoryzacji, stygmatyzowanie), z czym wiąże się określone role społeczne (oczekiwania co do zachowań) i wobec czego podejmuje się określone instytucjonalne działania (wyznaczone trajektorie chorowania). Zmiana stanu zdrowia jest nieodłącznie powiązana z odmienną reakcją społeczną, jak również ze zmianą wewnątrz samej jednostki, która musi między innymi zachować kontrolę nad własną biografią, zakłóconą przez pojawienie się choroby [18]. Poszczególne choroby charakteryzują się różnymi trajektoriami chorowania, co oznacza różny ich przebieg i pracę, którą trzeba podjąć by się z nimi uporać, zarówno ze strony samych chorych jak i zaangażowanych instytucji (umożliwia to rozpoznanie i projektowanie adekwatnej organizacji).

Do interakcjonistów zalicza się również Ervinga Goffmana, który nie tylko w fascynujący i przenikliwy sposób analizował rytualne aspekty interakcji społecznych [19], ale również próbował analizować instytucje medyczne [20], wykorzystując do tego koncepcję ‘instytucji totalnej’, której niektóre cechy mogą być obserwowane w szpitalach. Obok Goffmana również Weber, Merton czy Crozier należą do klasyków badań nad organizacjami; eksponują oni fakt, że sposób zorganizowania instytucji wielokrotnie i na różne sposoby może prowadzić do niezamierzonych rezultatów [21, 22, 23, 24].

Wreszcie odmienną perspektywę na zdrowie i chorobę prezentuje socjologia fenomenologiczna zapoczątkowana przez Alfreda Schutza. Punktem wyjścia jest w niej analiza subiektywnych doświadczeń jednostek w odniesieniu do zdrowia i choroby. Kluczową kategorią, którą posługuje się Schutz jest pojęcie ‘świata życia’ (Lebenswelt), czyli intersubiektywne uniwersum stanów rzeczy doświadczane jako dane i oczywiste. Postawa wobec tego świata charakteryzuje się wiarą w jego naturalność, nie poddawaną w wątpliwość zrozumiałość i pewność jego istnienia. Pozwala to jednostkom w codziennym życiu funkcjonować bez pełnej napięcia uważności i podejrzliwości wobec tego co się wokół niej dzieje. Do tego świata przynależy także zdrowie, traktowane często jako nieobecne czy nieistotne dopóki pozwala nam realizować własne cele życiowe. Obok tego świata życia codziennego istnieją również inne uniwersa takie jak świat wyobrażeń, marzeń sennych, zabawy, sztuki czy nauki (itd.), z których każde posiada własną logikę i spójność, oddzielającą je od reszty, i które, aby go doświadczyć wymaga przekroczenia oddzielającej je granicy (doświadczenie szoku, zmiana napięcia świadomości). Do takich światów Schutz zalicza również chorobę psychiczną, a niektórzy autorzy choroby w ogóle. Doświadczenie choroby wiąże się z przekroczeniem granicy między tymi światami, przenosi nas w rzeczywistość o odmiennym obszarze znaczenia. Na ten świat składają się takie elementy jak: skupienie się na dolegliwościach,

podporządkowanie życia codziennego chorobie; koncentracja na ciele, które ogranicza realizację zwyczajowych zadań; jednostka doświadcza siebie przede wszystkim jako ciało, co oznacza że całościowe 'ja' działające zastąpione zostaje przez fragment 'ja'; doświadczenie choroby nie może być bezpośrednio dzielone, choroba jest czymś co doświadczamy samotnie; choroby posiadają własny wymiar czasowy [25]. Socjologia fenomenologiczna zmienia akcent badań na subiektywną rzeczywistość doświadczaną przez jednostki dążące do utrzymania lub przywrócenia zdrowia. W tym celu ludzie wykorzystują tak zwaną 'wiedzę podręczną', a więc pewien niepowtarzalny zasób informacji zebranych w toku życia, który pozwala na interpretację minionych i teraźniejszych doświadczeń oraz przewidywanie przyszłych stanów rzeczy. Wiedza podręczna składa się zarówno z elementów spójnych, wyraźnych i jasnych, jak i sprzecznych wewnętrznie, wieloznacznych i rozmytych, i jest ona aktywowana gdy wymaga tego sytuacja. Rozwijając koncepcję Schutza, Mary Douglas zwraca uwagę na to jak ciało, poza wymiarem fizjologicznym, zawiera również wymiar społeczny, odpowiadający za doświadczanie i opiekę nad ciałem fizycznym. Oba wymiary ciała są przedmiotem oddziaływań w poszczególnych kulturach, które na celu mają ich integrację, zarazem jednak ciała stanowią symboliczną reprezentację społeczeństw, odzwierciedlając typowy dla tych społeczeństw porządek.

Podejście socjologii medycyny do zdrowia w wielu punktach styka się z rozumieniem tego pojęcia przez inne medyczne subdyscypliny, zwłaszcza zdrowie publiczne, promocję zdrowia, psychologię oraz epidemiologię, ale pozostaje też od nich wyraźnie odmienne. Jedną z zasadniczych różnic jest ujmowanie kwestii zdrowotnych nie tylko z perspektywy działającego systemu zdrowotnego, ale również niejako z zewnątrz, co pozwala analizować interesy i mechanizmy ideologiczne zaprzęgnięte w system oraz pozostawać (częściowo) po stronie świata życia. To jeden ze sposobów w jaki socjologia medycyny realizuje swoją funkcję demaskatorską i krytyczną.

Normatywny wymiar zdrowia

Ważnym elementem analizy pojęcia zdrowia jest zwrócenie uwagi na jego wymiar normatywny. Chodzi tu zarówno o ustanawianie, mniej lub bardziej zinstytucjonalizowanych, norm zdrowotnych, jak i ich egzekwowanie, w ramach systemowych i pozasystemowych praktyk. Za każdym razem gdy powołujemy się na różnorodne standardy czy wyniki badań, które określają prawidłowy (lub nieprawidłowy) poziom czy też funkcjonowanie podmiotu, jednego z jego układów lub części, przywołujemy nieuchronnie pojęcie normy. Rodzi to oczywiste pytania dotyczące tego czym jest norma, do czego się odnosi i kogo dotyczy? Norma, jak zauważa Blaxter, może być rozumiana na wiele sposobów, a żaden z nich nie jest niepodważalny, ani wystarczający by jednoznacznie określić

czym jest zdrowie [26]. Dwa główne źródła określania normy zdrowotnej to występujący w populacji typowy poziom wybranej cechy, mówimy wówczas o normie deskryptywnej, oraz zgodny z daną teorią naukową (często przyjęty na podstawie przeprowadzonych badań), a więc zależny od rozwoju wiedzy, poziom danej cechy. Kwestie, które dość znacznie komplikują powyższy obraz, to nie tylko to, jaki przyjąć sposób by wyznaczyć tę normę, ale też które z cech należy włączyć jako istotne i jak traktować odstępstwa od normy, które nie mogą być określone jako niezdrowe, czy wreszcie problemy z określeniem przedziału zmienności wyznaczającego normę. Pojęcie normy jest centralnym nie tylko przy diagnozowaniu chorób (czy określaniu pozytywnych wymiarów zdrowia), ale również wiąże się z działaniami, które mogą, bądź powinny, zostać wdrożone gdy poziom określonej normy (często w odniesieniu do grupy cech) zostanie przekroczony. Prowadzi nas to, w dalszej kolejności, do systemu zdrowotnego od którego oczekuje się adekwatnej reakcji i to nie tylko podjęcia tradycyjnych działań naprawczych (medycyna retrospektywna), ale coraz częściej dzisiaj również podjęcia działań wyprzedzających i zapobiegawczych (medycyna prospektywna).

Z pojęciem normy silnie związany jest proces medykalizacji, czyli sytuacja w której kondycja i problemy człowieka zaczynają być określane i traktowane jako stany medyczne (choroby i zaburzenia), a tym samym stają się przedmiotem badań medycznych, diagnostyki, profilaktyki lub leczenia i wchodzi w zakres uprawnień lekarskich (kosztem prawa, religii czy obyczaju). Niewątpliwie w ostatnich kilkudziesięciu latach liczba problemów życiowych, którą zaczęto określać w kategoriach medycznych niewyobrażalnie wzrosła. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zespół stresu pourazowego, bulimia, anoreksja, otyłość, nadciśnienie, zespół lęku napadowego, płodowy zespół alkoholowy, nagła śmierć łóżeczkowa, zespół napięcia przedmiesiączkowego, menopauza, problemy z erekcją, zaburzenia w nauczaniu czy szereg nałogów, o podłożu fizjologicznym (alkoholizm, narkomania), czy psychicznym (hazard, seks, praca, jedzenie) - to niektóre z zachowań, stanów psychicznych czy biologicznych, na które współcześnie, w coraz większym zakresie, nastawiona jest pomoc medyczna. Wzrost znaczenia medycyny można obserwować również w rosnącej systematycznie skali wydatków na cele zdrowotne czy medyczne badania naukowe, a także w powiększającej się liczbie lekarzy (oraz innych profesji medycznych). Proces medykalizacji badany jest od około pięćdziesięciu lat, w ramach różnych dyscyplin naukowych i zazwyczaj (choć nie zawsze) oceniany jest krytycznie [27-30]. Obecnie zainteresowanie tym zjawiskiem rośnie nie tylko w naukach społecznych, ale również w środowisku medycznym (np. BMJ 2002). Główną tezę w rozważaniach nad medykalizacją jest stwierdzenie, że postrzeganie pewnych zjawisk jako chorób nie jest samo z siebie ('z natury') kwestią medyczną, a raczej musi jako takie być zdefiniowane. Często do uznania

pewnych dolegliwości za prawomocne konieczne są pozamedyczne czynniki (np. ekonomiczne, polityczne czy stricte społeczne) [31]. Nie tylko więc postęp naukowy w medycynie, ale w równym stopniu ruchy społeczne i organizacje pacjentów, decyzje polityczno-administracyjne, działania korporacji farmaceutycznych czy ubezpieczeniowych, jak również skierowane ku lekarzom zapotrzebowanie społeczne (w postaci popytu konsumpcyjnego na konkretne usługi), odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu medykalizacji [32]. Obserwuje się również malejącą w społeczeństwach tolerancję na łagodne symptomy i w związku z tym rosnące oczekiwania by zmienić klasyfikację danego cierpienia fizycznego w chorobę [33].

Kategoriemi i działaniami medycznymi obejmuje się coraz szersze aspekty życia ludzkiego, zazwyczaj gdy są one odchyleniami od oczekiwanej normy (dewiacjami - przy czym, coraz więcej wymiarów życia podlega inwentaryzacji), ale również gdy dotyczą zwykłych wydarzeń życiowych, takich jak lęki, nastroje, antykoncepcja, niepłodność, menstruacja, ciąża i poród, menopauza, starzenie się czy śmierć. Proces medykalizacji w przypadku poszczególnych zjawisk ma zróżnicowany charakter, od całkowicie zmedykalizowanych (śmierć, ciężkie choroby psychiczne), przez tylko w części zmedykalizowane (alkoholizm, menstruacja), czy niemal wcale (pracoholizm, przemoc domowa). Kilka czynników można wyróżnić jako wspierające wyższy stopień medykalizacji: wsparcie ze strony lekarzy i firm ubezpieczeniowych, dobrze rozpoznana etiologia, dostępna i opłacalna terapia, czy też obecność silnych grup społecznych lub autorytetów, które promują takie rozwiązanie. Poszczególne kategorie medyczne mogą również zmieniać swój zakres, rozszerzać go lub zawężyć (np. choroba Alzheimera 'wchłonęła' otępienie starcze). Medykalizacja nie jest procesem jednokierunkowym, pojawiają się również (nieliczne przypadki) zjawiska, które przestają być kwestiami medycznymi, do klasycznych przykładów należą tu: masturbacja i homoseksualizm, natomiast coraz częściej kategoria niepełnosprawności przeformułowywana jest w terminach dostępu i praw obywatelskich.

Medykalizacja krytykowana jest jako proces przekształcania codziennego życia w patologię, pozostawiający coraz węższy zakres dopuszczalnych działań. Ponadto, to proces koncentrujący się na jednostkach kosztem środowiska społecznego i rozwiązań kolektywnych, a więc odzwierciedlający i wzmacniający postępującą indywidualizację. Zwraca się również uwagę, że wzrost poziomu medykalizacji oznacza przesuwanie się kontroli społecznej z innych (tradycyjnych) obszarów w stronę medycyny, tym samym systematycznie je wypierając. Z tym aspektem pozostaje powiązane znaczenie jakie dla współczesnych jednostek w kształtowaniu swojej podmiotowości odgrywają pojęcia zdrowia, choroby i ciała [34]. Koncepcje te, (po części reaktywne) pozostają społecznie konstruowane i odgrywają kluczowe role przy kształtowaniu się tożsamości (internalizacja perspektyw medycznych czy terapeutycznych, jako przyjmowanych za oczywiste), a

zarazem i tym samym, jako element dyscyplinujący (normotwórczy i oceniający), wpisujący się w realizowaną biopolitykę (czy ideologię).

Proces ten postrzegany jest jako dyscyplinowanie [35], realizuje cele związane z normalizacją zdrowotną, narzucając konkretne rozwiązania odnoszące się do preferowanych zachowań. Regulacje zdrowotne (pod postacią systemowo określanych norm, wartości oraz technik) w różnorodnych formach, często ukrytych, odtwarzają tradycyjne podziały i nierówności. Różnice klasowe, płciowe, rasowe czy etniczne często pokrywają się z klasyfikacjami medycznymi, co jest zrozumiałe historycznie, ale problematyczne do zaakceptowania społecznie. Często w sposób nieuświadomiany również postawy personelu medycznego, ale też co gorsza immanentne funkcjonowanie systemu, reprodukują istniejące w społeczeństwie uprzedzenia, a w konsekwencji nierównego traktowania, generują odmienne rezultaty zdrowotne. Niewątpliwie obowiązująca ideologia przejawia się w samym zdrowiu, pod postacią rzeczywistych przyczyn, nozologii oraz konsekwencji (przykładem mogą być Chiny, w których nie odnotowywano depresji). Medykalizacja jako coraz ważniejsza część współczesnego systemu staje się stopniowo sposobem przy pomocy którego mamy uporać się z wszelkimi problemami w życiu. Wreszcie za symptomatyczne należy uznać rosnące znaczenie medycyny, biotechnologii i firm farmaceutycznych na rynku i w gospodarce.

2.2 Styl życia

Koncepcja stylu życia w ostatnich latach zyskała znacznie na popularności, z jednej strony ze względu na, wydaje się rzeczywiście, rosnącą rolę samego zjawiska, z drugiej strony ponieważ samo pojęcie zawiera w sobie spory (dotąd zaniedbywany) potencjał eksplanacyjny. Zwłaszcza dwie sfery ludzkiego życia, a w konsekwencji nauki oraz dziedziny oddziaływania na ludzi, nabrały w kontekście stylu życia szczególnej wagi i mocno się rozwinęły: to sfera konsumpcji dóbr, związana z systemem gospodarczym, oraz sfera zdrowia, powiązana z systemem medycznym. Rosnące znaczenie samego stylu życia w opozycji do innych elementów struktury społecznej takich jak, pozycja klasowa czy też rodzina jako grupa pierwotna, bierze się ze zmian, które dotyczą społeczeństwa późnej nowoczesności, gdzie zjawiska te ulegają znacznym przekształceniom.

Idea stylu życia nie jest ideą nową, pojawiła się w myśli wielu uczonych społecznych, takich jak np. Karol Marks, Georg Simmel, Alfred Adler czy Louis Wirth, natomiast obecne rozumienie tego pojęcia wiele zawdzięcza Maxowi Weberowi i jego grupom statusowym, a z współczesnych

badaczy szczególna rola przynależy Anthony'emu Giddensowi, czy, zwłaszcza, Pierre'owi Bourdieu. Wśród polskich naukowców stylem życia zajmowali się Florian Znaniecki, Stanisław Ossowski, Józef Chałasiński, Aldona Jawłowska czy Andrzej Siciński.

Klasyczne ujęcie stylu życia

Kluczowa dla zrozumienia współczesnej koncepcji stylu życia jest perspektywa Maxa Webera [36]. Dla tego autora, obok pozycji ekonomicznej, czyli pozycji którą podmioty społeczne (przede wszystkim grupy, ale też jednostki) zajmują na rynku pracy, która określa ich relacje do środków produkcji oraz możliwości zdobywania dóbr, styl życia był tym aspektem życia ludzi, który w największym stopniu odpowiadał za tworzenie się więzi między ludźmi, służył jako kryterium odróżniania się od innych grup i był czynnikiem jednoczącym, spajającym wewnątrz grup, wskutek wspólnej sytuacji społecznej oraz jako wyraz wspólnych znaczeń nadawanych tej sytuacji. Przez styl życia, mniej lub bardziej intencjonalnie, manifestuje się przynależność do danej grupy społecznej. W ten sposób tworzy się, wg Webera, "porządek stanowy", czyli układ grup społecznych o podobnym prestiżu, pozycji społecznej i stylu życia. Sam styl życia posiada wewnętrzną strukturę, na którą składają się reguły postępowania (wartości i normy społeczne) odmienne w poszczególnych grupach i możliwe do odkodowania tylko wewnątrz tych grup. Weber zwraca uwagę na to, że styl życia wyznaczany jest przez porządek klasowy. Pozycja ekonomiczna określa dostępność dóbr, zasobów jakimi dysponują podmioty społeczne, co stanowi podstawę możliwych w danej sytuacji stylów życia. Dostępność czasu, pieniędzy i obowiązków nie do uniknięcia, wyznacza w najogólniejszym zakresie możliwe zachowania. Wewnątrz tych ram pozostawia jednak pewną swobodę działania. Porządek stanowy wyznaczany pozycją ekonomiczną, stosunkowo sztywnymi zasadami zachowań (normami moralnymi, etycznymi i estetycznymi) oraz skoncentrowany wokół symboli i znaczeń dostępnych tylko wybranym, tworzył zamkniętą strukturę grup społecznych, broniących wstępu (i dostępu do zmonopolizowanych dóbr) osobom z zewnątrz.

O ile współczesna analiza zjawiska stylu życia bardzo wyraźnie różni się od podejścia niemieckiego uczonego, co jest następstwem zmian z którymi mamy do czynienia, o tyle wiele narzędzi jakimi on się posługiwał nadal daje duże i płodne możliwości zastosowania. Przede wszystkim weberowski podział na wybory życiowe (Lebensstil - life choices) i szanse życiowe (Lebenschancen - life chances) w ostatnich latach nadał nową dynamikę temu co rozumiane jest pod pojęciem stylu życia na polu zdrowia. Ralf Dahrendorf zauważa, że Weber nie jest jednoznaczny w swoim opisie szans życiowych i proponuje by rozumieć je jako prawdopodobieństwo uzyskania określonego stylu życia, co oznacza, że osoba musi posiadać środki

finansowe, status, prawa i stosunki społeczne, które wspierają wybrany styl życia [37]. Szanse życiowe nie będą się ograniczały tylko do stosunków ekonomicznych, ale zawierać powinny również takie aspekty jak płeć, wiek, pochodzenie etniczne czy rasowe - które w mniej lub bardziej oczywisty i sztywny sposób narzucają, wspierają czy ograniczają możliwości poznawcze i praktyczne ludzi [38].

Poza tymi dwoma terminami Weber posługiwał się jeszcze w odniesieniu do stylu życia pojęciem prowadzenia życia (*Lebensführung* - life conduct), odnoszącym się do wyborów, które ludzie dokonują w odniesieniu do stylu życia, który chcą przyjąć, ale na potencjał realizacji tych wyborów mają wpływ ich szanse życiowe [39-41].

Pojęcia te próbował usystematyzować Rutten rozróżniając związane ze stylem życia koncepcje: warunki życiowe (life conditions), czyli dostępne zasoby; prowadzenie życia (life conduct), czyli wzór zachowań; styl życia (lifestyle), czyli zbiorowe wzory prowadzenia życia; oraz szanse życiowe (life chances), czyli oparte w strukturze prawdopodobieństwo zgodności stylu życia i sytuacji życiowej [42]. Ponieważ środowisko społeczno-kulturowe jest bardzo silnym wyznacznikiem stylu życia, wielu badaczy uważa, że styl życia jest zasadniczo odzwierciedleniem kultury, podczas gdy jednostkowy wybór ma znacznie mniejsze (drugorzędne) znaczenie. Między innymi Shields postrzega style życia jako grupowe konsumpcje dóbr zakładające wspólne kody symboliczne stylizowanych zachowań, ozdoby i smak [43]. O ile Weber rozumiał style życia w kategoriach aktywności konsumpcyjnej i w odróżnieniu od aktywności produkcyjnej, o tyle nie jest to jedyny możliwy sposób konceptualizacji tego pojęcia, a współczesne przemiany dotyczące przenikania się sfer zawodowej i prywatnej, wymuszają szersze ujęcie.

Thomas Hojrup, dla odmiany, podkreśla właśnie, że poszczególne elementy składające się na aktywności jednostek tworzą pewne całości, wyznaczone przez możliwości i ograniczenia jakie stwarzają zewnętrzne warunki życia. Każde zachowanie nabiera znaczenia tylko wtedy, gdy jest postrzegane w odniesieniu do tej całości. Duński uczony stwierdza, że oparte na poziomie dochodów, sektorze pracy oraz stylu pracy jednostki, potrzeby i preferencje domowe znacznie się różnią. Na tej podstawie wyróżnia trzy tryby życia. Pierwszy tryb życia - samozatrudnienie - charakteryzuje się pracą na własny rachunek w małych rodzinnych firmach, czego następstwem jest silne zaangażowanie w pracę, brak rozróżnienia między czasem pracy i czasem wolnym oraz mocno rozwinięta etyka solidarności. Drugi tryb życia - najemny - dotyczy robotników, gdzie praca jest sposobem zdobywania środków przeznaczanych na czas wolny i wypoczynek, sfery te są wyraźnie oddzielone, a solidarność grupowa objawia się w sytuacji trudności i braku zasobów. Wreszcie trzeci tryb życia - kariera - odnosi się do wolnych zawodów (prawnicy, lekarze, menadżerowie), celem jest awansowanie w hierarchii, praca nadaje sens i wartość życia, oraz

wymaga poświęceń (czasu, przeprowadzek), co skutkuje słabszymi więziami społecznymi wewnątrz tej grupy [44]. Chociaż autor zastrzega, że jego klasyfikacja nie ma na celu ujęcia całego bogactwa związanego ze stylami życia, wydaje się, że wyznacza on pewne ramy czy też aspekty narzucane przez sposób wykonywania pracy, który nie może być pominięty w analizie tychże stylów życia.

W polskiej literaturze przedmiotu jedną z najczęściej przywoływanych definicji stylu życia jest definicja Andrzeja Sicińskiego jako „zespół codziennych zachowań charakterystycznych dla danej zbiorowości lub jednostki” [45]. Autor zwraca uwagę, że codzienność odnosi się do rutynowego charakteru zachowań i nie powinna być rozumiana w sposób dosłowny. Inne ważne kwestie, które akcentuje to, poszerzenie sfery zachowań (a ściślej mówiąc czynności czy też działań), o sferę motywacji (znaczeń i wartości) oraz rzeczy, które pełnią bądź instrumentalne, bądź autoteliczne funkcje. Nie mniej ważne dla Sicińskiego jest to, że styl życia jest „przejawem jakiejś zasady wyboru codziennego postępowania spośród repertuaru zachowań możliwych w danej kulturze”, przy czym elementami stylu życia są „wzorce i wzory oraz znaczenia i wartości” a nie fizyczne zachowania ludzkie [46].

Rozwijając myśl Sicińskiego, Jawłowska stwierdza że „styl życia jest (...) formą narzuconą na całokształt pozornie chaotycznych i krzyżujących się ciągów czynności (...) jest strukturalizacją procesów ludzkiej aktywności wedle przyjętych założeń światopoglądowych, hierarchii celów i reguł, ich realizacji, które stanowią główną oś strukturalizacji” [47]. Tym samym stylu życia nie można rozpatrywać wyłącznie jako sumy czy też przeciętnych zachowań. Przenikanie się trzech sfer: świadomości, aktywności i odniesień przedmiotowych, tworzy całość, w której powtarzające się czynności, są rezultatem złożonych układów zależności jakie łączą te sfery.

Styl życia a zdrowie

Na gruncie badań nad zdrowiem za przełomowy dokument zwracający uwagę na znaczenie stylu życia dla zdrowia uchodzi wydana w 1974 r. publikacja ‘A New Perspective on the Health of Canadians’. W publikacji tej wyróżniono cztery ‘pola zdrowia’, sfery determinujące zdrowie jednostek, wśród których obok biologii, środowiska i systemu służby zdrowia, znalazł się również styl życia. Tak zwany ‘raport Lalonda’, okazał się wielce wpływowy w środowisku medycznym, a definiował styl życia jako „Zbiór decyzji podejmowanych przez jednostki, które wpływają na ich zdrowie, nad którym jednostki mają większą lub mniejszą kontrolę.(..) Osobiste decyzje i nawyki, które są złe, z perspektywy zdrowia, tworzą samo-narzucane ryzyka. Kiedy te ryzyka skutkują chorobą lub śmiercią, styl życia ofiary może być określony jako przyczyniający się, lub

powodujący chorobę lub śmierć” [48].

Wypracowana pod koniec dwudziestego wieku definicja stylu życia Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla znaczenie i daje lepszy wgląd w czynniki, które wpływają na zdrowy styl życia. Zgodnie z nią styl życia to “sposób życia oparty na identyfikowalnych wzorcach zachowań, które są wyznaczone przez wzajemne oddziaływanie między osobistymi cechami jednostki, interakcjami społecznymi oraz społeczno-ekonomicznymi i środowiskowymi warunkami życia” [49].

Robert Crawford zwraca uwagę na trzy przyczyny, które spowodowały, że styl życia stał się jednym z głównych determinant zdrowia we współczesnych czasach:

1. Główne wzorce chorowania uległy zmianie, mianowicie zamiast chorób ostrych i zakaźnych dominujące znaczenie zaczęły odgrywać choroby przewlekłe (choroby układu krążenia, nowotwory itp.), których medycyna nie potrafi jeszcze leczyć, a które nie ustępują samoistnie.
2. Liczne problemy zdrowotne takie jak AIDS czy tytoniozależne rodzaje nowotworów, są powodowane przez poszczególne style życia.
3. Kampanie w mediach masowych inicjowane przez służbę zdrowia, podkreślające konieczność zmiany stylu życia i osobistą odpowiedzialność za zdrowie poszczególnych jednostek.

Następstwem tego jest rosnąca świadomość, że służba zdrowia nie jest jedyną (i wystarczającą) odpowiedzią na zagrożenia dotyczące zdrowia. Dlatego strategie odwołujące się do przyjmowania zdrowego stylu życia przez jednostki zyskały na popularności. Kiedy zagrożenia dla zdrowia utrzymują się w środowisku, a służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić wyleczenia, pełna kontrola własnych zachowań, które wpływają na zdrowie, staje się jedyną możliwą opcją. Oznacza to, że jednostka będzie musiała zmierzyć się z decyzją o przyjęciu lub odrzuceniu zdrowego stylu życia. Zakłada to zarazem, że ludzie mają wybór w odniesieniu do zachowań związanych ze zdrowiem, ale wybór nie jest równo dystrybuowany w społeczeństwie, niektóre jednostki nie mają możliwości zmiany niezdrowego środowiska, takiego jak okolica z wysokim poziomem ubóstwa, przestępczości czy zanieczyszczenia [50]. To zarazem sytuacja w której jednostka ponosi odpowiedzialność, chociaż nie jest w stanie zrozumieć warunków od których jest zależna, a jej życie staje się ‘biograficznym rozwiązaniem systemowych sprzeczności’ [51,52].

Działanie i struktura wobec stylu życia

Jednym z kluczowych nieporozumień dotyczących stylu życia jest częste (niezgodnie z ujęciami wyjściowymi m. in. Webera) akcentowanie przez promocję zdrowia, epidemiologię czy też zdrowie

publiczne czynników jednostkowych w opozycji do środowiskowych. W naukach społecznych odzwierciedla to klasyczną antynomię między działaniem (agency) i strukturą (structure). Podejście skupiające się na ryzyku określanym na poziomie jednostek abstrahuje niemal zupełnie od kontekstu, w jakim te jednostki działają oraz faktu, że ryzyko jest zbiorowo konstruowane (w odniesieniu do zbiorowości i na podstawie zbiorowych wyborów, jest odzwierciedleniem stosunków społecznych, które kształtują warunki brzegowe). Istnieje w medycynie tendencja by styl życia konceptualizować jako jednostkowe wzorce zachowań, które wpływają na status zdrowotny. Następnie są one operacjonalizowane jako nawyki oraz mierzone oddzielnie i niezależnie od siebie, po czym określone jako behawioralne czynniki ryzyka służą za podstawę planowania interwencji zdrowotnych. Tym samym styl życia wytwarzany jest bezpośrednio w relacji do czynników ryzyka i traktowany w kategoriach patologii [53]. Badanie stylu życia jako niezależnych zachowań, poza społecznym kontekstem, w izolacji od innych jednostek i wyjąłowych ze społecznego znaczenia obarczone jest błędem nadmiernego redukcjonizmu. Akcentowanie poziomu jednostkowego wiąże się często z przekonaniem, że zmiana stylu życia jest przede wszystkim następstwem działań samoregulacyjnych indywiduum, czy to przez aspekty świadomościowe, czy też odnoszące się do woli lub samokontroli. Tym samym pomija się zupełnie fakt, że działania społeczne są konkretyzacjami systemu społecznego i czyni jednostkę jedyną odpowiedzialną za skutki swoich (patologicznych) zachowań. Większość modeli odnoszących się do zmiany stylu życia (opierające się na psychologii np. Health Believe Model, Stages Change Model, czy Common Sense Model) bierze właśnie ten poziom jednostkowy jako poziom interwencji [54]. Zgodnie z nimi kluczowym elementem staje się wiedza o zdrowym zachowaniu, którą należy dostarczyć jednostkom, najlepiej w postaci edukacji zdrowotnej [55], ewentualnie należy je wyposażać w pewne dodatkowe umiejętności. Koncepcja struktury zwraca natomiast uwagę, że jednostka nie znajduje się w próżni społecznej, ale zarówno materialne dobra jak i niematerialne zasady, czy wreszcie po prostu inni ludzie (w sposób bezpośredni czy jako punkt odniesienia), które stanowią nasze otoczenie, wpływają na wybory jakich dokonują jednostki. Co więcej same jednostki poprzez dostępne jej zasoby, przebyte doświadczenia czy zinternalizowane dyspozycje są już w jakimś stopniu ukształtowane przez strukturę.

Działanie (podmiotowość, sprawstwo) można zdefiniować jako „czasowo skonstruowane zaangażowanie aktorów z różnym strukturalnym środowiskiem - czasowo-relacyjny kontekst działania - które, dzięki wzajemnemu oddziaływaniu przyzwyczajenia, wyobraźni i osądów, zarówno odtwarza jak i przetwarza te struktury w interaktywnej odpowiedzi na problemy powodowane przez zmiany w sytuacjach historycznych” [56]. Tym samym działanie składa się z trzech różnych elementów: iteracji (selektywna reaktywacja nabytych schematów myślenia i

działania), projekcji (wyobrażeniowe tworzenie możliwych przyszłych trajektorii działania, w których struktury myślenia i działania mogą być twórczo przekonfigurowane) i oceny praktycznej (zdolność do dokonania praktycznych i normatywnych osądów wśród alternatywnych możliwości). Podmiotowość może więc być traktowana jako proces, w którym osoba, pod wpływem swojej przeszłości, ale również zorientowana na przyszłość (jako zdolność do wyobrażenia sobie alternatywnych możliwości) i obecną sytuację (jako zdolność do rozważenia zarówno starych nawyków jak i przyszłych sytuacji), dokonuje krytycznej oceny oraz wyboru kierunku działania.

Z kolei struktura to „zestaw wzajemnie podtrzymujących się schematów i zasobów, które umożliwiają lub ograniczają działania społeczne i wydają się być powielane przez te działania” [57]. Schematy są to przepisy lub procedury stosowane w życiu społecznym, natomiast zasoby występują w dwóch rodzajach, ludzkie (np. siła fizyczna, sprawność, wiedza) lub nie (naturalnie występujące lub produkowane), które można wykorzystać do wzmocnienia lub utrzymania władzy.

Tak więc działanie jest zdolnością dokonywania wyboru danych zachowań, zaś struktura to prawidłowości w społecznych interakcjach (np. instytucje czy role społeczne), regularne relacje społeczne (np. przynależność do grupy, klasy czy inne formy stratyfikacji społecznej) oraz zasoby, które ukierunkowują zachowania. Nie rozstrzygając, które z tych podejść odgrywa decydującą rolę warto zwrócić uwagę na pewne modyfikacje jakie w tym dylemacie wprowadzają podejścia Giddensa i Bourdieu (mimo tego, że jak się powszechnie uważa, nie tyle rozstrzygają spór, co przesuwają granice tego czym są działanie i struktura).

Kolektywny charakter stylu życia

W reakcji na zbyt indywidualistyczne w przeszłości podejście do stylu życia, w ostatnich kilkunastu latach coraz większą uwagę wśród osób zajmujących się zdrowiem (zwłaszcza w promocji zdrowia) przywiązuje się do kolektywnego charakteru stylu życia. Nacisk pojawia się zarówno ze strony badań, które coraz wyraźniej wskazują na zbiorowy w istocie charakter stylu życia oraz lokalizują ważne dla zdrowia czynniki społeczne, a także ze strony praktyków, którzy wymagają skutecznych instrumentów działania [58]. Zwraca się uwagę, że skupione na jednostce podejście do stylu życia ma ograniczoną skuteczność, ponieważ opiera się na założeniach (o w pełni świadomej, racjonalnej, kontrolującej swoje życie, ukierunkowanej wyłącznie na zdrowie, czyli pozbawionej swojego społeczno-kulturowego środowiska jednostce), które są nierealistyczne i powinno być uzupełnione przez podejście wspólnotowe i środowiskowe. Stwierdza się, że style życia, czy wybory dokonywane przez jednostki nie są przypadkowe i niezależne od struktury społecznej i kontekstu kulturowego, ale są przez nie wyznaczane. Takie aspekty jak na przykład

wpływ norm społecznych, poziom kontroli nad własnym życiem, czy poczucie przynależności i możliwość otrzymania pomocy ze strony innych ludzi to kolejne aspekty, które stanowią elementy stylu życia, a zarazem pozostają w związku ze zdrowiem [59]. Jak podkreśla Lupton, działania związane z zarządzaniem swoim zdrowiem nie są autonomicznymi czy stojącymi ponad innymi działaniami, ale są płynnie włączane w świat życia jednostki, często w sposób, który zawiera zamaskowane aspekty zdrowotne w ramach innych znaczeń, uznanych za ważniejsze dla tożsamości jednostek. Działania promujące zdrowie powinny to uwzględniać jeśli mają być skuteczne [60].

Istotny wkład w usystematyzowanie i rozwinięcie koncepcji stylu życia na gruncie socjologii medycyny wnosi William Cockerham definiując go jako „zbiorowe wzorce zachowań związane ze zdrowiem oparte na wyborze z dostępnych dla ludzi opcji w zależności od ich szans życiowych” [61,62]. Ujęcie Cockerhama bazuje na weberowskim podziale na wybory i szanse życiowe i odnosi się do grup statusowych, czyli zbiorów ludzi o podobnym statusie i pozycji klasowej dzielących ten sam styl życia. W odniesieniu do zdrowia oznacza to takie formy konsumpcji w efekcie których, wspierane przez przemysł, zdrowie jest wytwarzane i służy jako element współuczestnictwa w życiu zbiorowym [63].

Dwa ważne podejścia i zarazem istotne modyfikacje w rozumienie tego czym jest styl życia we współczesnym późno-nowoczesnym świecie to koncepcje Anthony’ego Giddensa i Pierre’a Bourdieu, które można postrzegać jako próby przezwyciężenia dychotomii między strukturą i działaniem przez zastosowanie teorii strukturacji. Ponieważ każde z tych ujęć wzbogaca nasze rozumienie funkcjonowania stylów życia w relacji do innych elementów rzeczywistości zostaną tu one przedstawione bardziej szczegółowo.

Refleksyjność, ciało i tożsamość

Anthony Giddens definiuje styl życia „jako mniej lub bardziej zintegrowany zespół praktyk, które podejmuje jednostka nie tylko dlatego, że są użyteczne, ale także dlatego, że nadają materialny kształt poszczególnym narracjom tożsamościowym” [64]. Podkreśla on kluczowy we współczesnym świecie związek między tymi zrutynizowanymi działaniami i refleksją, która może tworzyć zmienność indywidualnej tożsamości. Podstawowym wymiarem codziennych praktyk staje się wybór, jako konieczność przed którą nie można uciec, do którego jesteśmy zmuszeni. Decyzje, które podejmujemy, nie tylko rozstrzygają co zrobimy, ale również wyznaczają to kim jesteśmy, czyli są nierozzerwalnie powiązane z naszą tożsamością. Tożsamość, to dla brytyjskiego badacza

„ja’ pojmowane przez jednostkę w kategoriach biograficznych” [65]. To ‘ja’ nie jest czymś danym, ale czymś, co musi być rutynowo wytwarzane i podtrzymywane przez refleksyjnie działający podmiot. Tożsamość zależy od zdolności jednostki do podtrzymywania ciągłości narracji, w czasie i przestrzeni.

Przy opisie działającego podmiotu Giddens posługuje się modelem stratyfikacyjnym, w którym wyróżnia kilka elementów: refleksyjne monitorowanie działania, racjonalizację działania oraz motywację działania [66]. Działający podmiot to taki, który posiada umiejętność posługiwania się skomplikowanym językiem, kontrolę nad ciałem oraz wie jak się zachować w najrozmaitszych okolicznościach życia społecznego [67]. Świadomość aktorów, czyli wiedza o warunkach społecznych, w tym warunkach własnego działania, dzieli się na świadomość dyskursywną, czyli to, co podmioty działające są w stanie wyrazić werbalnie, oraz świadomość praktyczną, czyli to, co podmioty działania wiedzą, ale czego nie są w stanie wyrazić werbalnie. Oba rodzaje świadomości są mechanizmami przypominania uaktywnianymi w sytuacji działania. Natomiast nieświadomość, to taka wiedza, do której aktorzy społeczni nie mają bezpośredniego dostępu, ze względu na istnienie bariery uniemożliwiającej jej niezapośredniczone włączenie do refleksyjnego monitorowania zachowań. Działanie, tak jak nie jest zawsze intencjonalne i racjonalne, tak i też nie da się przedstawić jako agregat czynów, czyli nie każde jest umotywowane [68].

Potoczne życie codzienne wymaga bezpieczeństwa ontologicznego, które wyraża autonomię kontroli cielesnej w ramach przewidywalnych działań rutynowych. Tę autonomię dziecko nabywa w trzech fazach (oralna, oparta na opozycji ufność-podejrzliwość; mięśniowa, opozycja między autonomią a wątpleniem i wstydem; lokomocyjna, inicjatywa versus wina), i jest ona podstawą refleksyjnego monitorowania zachowań. Składniki motywacyjne osobowości pochodzą z uogólnionej orientacji na unikanie niepokoju i zachowanie poczucia własnej godności chroniącej przed zalewem wstydu i winy [69].

Rutynizacja, czyli zwyczajowy, nieproblematiczny charakter większości codziennych czynności społecznych, zakorzeniona w świadomości praktycznej, podtrzymywana przez i podtrzymująca bezpieczeństwo ontologiczne, stanowi integralny aspekt ciągłości podmiotu i instytucji społecznych [70]. Rutyna zakorzeniona jest w tradycji lub zwyczaju, ale nie są to po prostu powtarzalne formy nie przemyślanych zachowań, jest raczej czymś o co trzeba nieustannie zabiegać w codziennych praktykach [71]. Wyznaczona jest przez spotkania, sekwencyjność, usytuowania, reguły oraz aktorów społecznych [72, a także analizy Goffmana).

Siedliskiem jaźni jest ciało, działające i rozumiane jako ‘ciało’ przez swego właściciela jedynie w kontekście działania. Stosunki czasoprzestrzenne obecności, jeśli chodzi o ciało wprężnięte są w ‘przestrzenność sytuacji’; położenie ciała nie dotyczy współrzędnych, lecz sytuacji aktywnego ciała

zorientowanego na swe zadania. Ciało w strumieniu działań jest uwikłane w ontologiczne bezpieczeństwo (postawa ufna w ciągłość świata) i w *durée* (trwanie) codziennego życia [73]. Kompetentny uczestnik życia społecznego musi skutecznie panować nad swoim ciałem. Każda sytuacja interakcji społecznej wymaga od jednostki pieczołowitej, pełnej i ciągłej kontroli nad ciałem. Ta kontrola ciała jest głównym aspektem niedyskursywnym i tworzy ramy, tego co wypowiedalne [74]. Rutynowa kontrola ciała jest integralną właściwością samego działania oraz środkiem utrzymania tożsamości i sprawia, że 'ja' jest prawie cały czas 'na widoku', tzn. jest ucieleśnione. Łączą się tu dwa wymiary 'ja': podmiotowe i przedmiotowe. Dwa pojęcia stosowane przez Goffmana znajdują tu szczególne zastosowanie: 'swobodna kontrola' (nabywamy tej swobody, w odniesieniu do niemal wszelkich czynności, przez ich powtarzanie, co powoduje, że w coraz mniejszym stopniu musimy być na nich skupieni) oraz 'wrażenie normalności' (manierę ciała, dzięki którym w warunkach normalności, "można bezpiecznie, zwracając tylko powierzchowną uwagę na otoczenie, kontynuować wykonywanie danej czynności" [75]).

Ciało nie jest tylko narzędziem działania, niezbędnym w codziennych interakcjach, ale również organizmem fizycznym, o który należy dbać, posiada płęć i może być źródłem przyjemności czy bólu. Giddens wyróżnia cztery aspekty cielesności o szczególnym znaczeniu dla tożsamości jednostki: wygląd, sposób bycia, zmysłowość i reżimy. Wygląd ciała obejmuje zewnętrzne cechy, widoczne dla innych i stanowiące wskazówki do interpretacji zachowań jednostki (w tym strój i ozdoby). Sposób bycia oznacza sposób wykorzystania ciała w codziennym życiu. Wreszcie zmysłowość ciała odnosi się do sposobu przyjmowania przyjemności i bólu [76]. Natomiast uregulowane sposoby postępowania odnoszące się do zachowania i kultywowania cech ciała, Giddens określa mianem reżimów. Reżimy (takie jak odżywianie, ubiór czy seks) są ustrukturalizowane społecznie i kulturowo, mają oczywisty sens symboliczny, są więc środkiem narracji tożsamościowej. Reżimy są wyuczonymi praktykami związanymi z kontrolą potrzeb organicznych, są niejako wymuszone przez fizjologię organizmu (niezależnie od przyjętego wymiaru symbolicznego). Reżimy, jako zachowania nawykowe, układają się w trwałe wzory motywacji, warunkujące w sposób nieuświadomiany postępowanie. Odgrywają one kluczową rolę w tożsamości, ze względu na powiązanie nawyków, pewnej samodyscypliny, z wyglądem ciała [77].

Wygląd ciała i sposób bycia w nowoczesności nabierają szczególnego znaczenia. Inaczej niż to miało miejsce w tradycyjnych społeczeństwach, gdzie reguły były znormalizowane, mocno ograniczając wybór. Dziś, pisze angielski uczonec, uniform odpowiadający naszej funkcji społecznej (tożsamości społecznej: płciowej, zawodowej czy klasowej) odróżniamy od stosunkowo nieskrępowanego stroju, który ma być wyrazem naszej osobowości. Tym samym wygląd

zewewnętrzny staje się centralnym składnikiem refleksyjnego projektu 'ja'. Istnienie wielu różnorodnych środowisk, w których działają aktywne podmioty, wpływa na style zachowań. Utrzymanie spójnej tożsamości możliwe jest dzięki względnie stałemu i niezmiennemu sposobowi bycia jednostki, w różnych sytuacjach interakcyjnych, przy czym musi być on uwzględniony w jej narracji [78].

Tożsamość w późnej nowoczesności staje się przedsięwzięciem refleksyjnym, polegającym na utrzymywaniu i rekonstruowaniu spójnych narracji biograficznych w sytuacji nieustannego wyboru [79]. Zasada ta dotyczy również ciała, które poddawane jest reżimom kultywacji, a nawet kreacji, zgodnie z dominującymi wzorami zmysłowości. Reżimy ciała i organizacja doświadczenia zmysłowego są przedmiotem ciągłej refleksyjnej uwagi ze względu na ilość dostępnych możliwości. Tak planowanie, jak i wybór określonego stylu życia powiązane są z poddawaniem ciała jakimś reżimom. Nie jest to tylko kwestia proponowanych kulturowo ideałów związanych z ciałem (młodości i szczupłej sylwetki), ale również odpowiedzialności za własne ciało, jaka jest narzucana na jednostki w posttradycyjnym społeczeństwie [80]. Ciało w coraz większym stopniu jest refleksyjnie mobilizowane i działa w ramach samozwrotnej logiki systemów nowoczesności. Nerozerwalny związek między rozwojem cielesnym i stylem życia objawia się między innymi właśnie w poddawaniu tego ciała różnym reżimom, aby go kontrolować czy też 'konstruować'. Nie mniej ważne, w tym procesie, są również czynniki globalne, które odzwierciedlają socjalizację mechanizmów i procesów biologicznych, związane z możliwościami interwencji medycznych (reprodukcja biologiczna, inżynieria genetyczna czy chirurgia plastyczna), przez co ciało w jeszcze większym stopniu staje się przedmiotem wyborów i kreacji [81].

Analizy Giddensa wskazują zależności między ciałem, będącym narzędziem działania, które wymaga naszej stałej troski pod postacią rozmaitych dyscyplinujących reżimów i nośnikiem jaźni, która ustawicznie sprawuje kontrolę nad podmiotem a zrutynizowanymi praktykami społecznymi. Główne zadanie w dostosowaniu się jednostki do jej środowiska życia przypisuje ten uczony zwrotnie konstruowanej refleksyjności, która tworzy tożsamość narracyjną i wiąże style życia z ciałem.

W tym kontekście należy rozumieć Jean-Claude Kaufmanna, który rozwija (bazując na uwagach Marcela Maussa oraz Maurice Merleau-Ponty'ego) pojęcie przyzwyczajenia jako przyswojonych nieświadomych schematów myślenia i działania, znajdujących się w ciele uspołecznionym. Poszerzenie ciała oznacza, że nie jest ono (wyłącznie) biologiczne, ale że wcielone schematy działania wpisane są w linie jego ruchów i przesunięć, a tym samym przedmioty i przestrzeń stanowią ich część, są w nie zintegrowane. Ciało uspołecznione jest „naszym ogólnym narzędziem posiadania świata”, z którym wiąże się rodzaj poznawczej aury, poufalej wiedzy, która

nie zatrzymuje się na ciele, ale rozwija na różne dziedziny, aż osiąga ogólne ramy znaczenia. Wcielenie, które jest tożsame z obiektywizacją, nie jest całkowite, a motorem jego dynamiki jest sprzeczna interakcja z refleksyjnością indywidualną. Przyzwyczajenia pochodzą z pamięci społecznej; sposoby ich zapisywania są zróżnicowane (m. in. naśladownictwo, nauczanie), ale to, co zasadnicze przekazywane jest zgodnie z (pośrednimi i ukrytymi) modalnościami. Przyzwyczajenia nie są wcielane przypadkowo, zależą od miejsca jakie jednostki zajmują w strukturze społecznej [82].

Wybór

Jedną z ważniejszych, kwestii która pojawia się w kontekście stylów życia, jest pojęcie wyboru. Zwrócono już wcześniej uwagę na jego ograniczony charakter, m. in. ze względu na zależność od elementów strukturalnych i uwikłanie w kolektywność.

Żeby dobrze zrozumieć to pojęcie konieczne jest przywołanie koncepcji indywidualizacji sformułowanej przez Norberta Eliasa. Jak zwraca on uwagę, to co określamy jako „indywidualność”, czyli specyficznie ukształtowane i zróżnicowane mentalnie funkcje, możliwe jest jedynie u osoby, która wzrasta w grupie, społeczeństwie. To jaki charakter mają w danych czasach ogóle formy kształtowania pojedynczych ludzi zależy od struktury relacji ludzkich. Na skutek restrukturalizacji tych relacji we współczesnym świecie mamy jednostki wśród których poziom indywidualizmu jest największy, oznacza to z jednej strony niespotykane (i nieuzasadnione) dotąd odczuwanie odrębności przez jednostki od reszty ludzi (społeczeństwa), z drugiej strony narzucaną przez to społeczeństwo konieczność samokontroli. W nowoczesnych społeczeństwach jednostka jest o wiele bardziej zdana na siebie, wzrasta mobilność ludzi i rozluźnia się związek z grupami pierwotnymi. Wraz z tym procesem uniezależniania się jednostek, stają one wobec rosnącej mnogości wyborów. Mogą, ale także muszą, w znacznie większym stopniu decydować o sobie. Muszą stać się samowystarczalne. Wytwór wzrastającej indywidualności znajduje się całkowicie poza kontrolą jednostki, a oznacza przede wszystkim separację i zamykanie się jednostek w ich wzajemnych relacjach [83].

Niewątpliwie wybór nie jest wyłącznie świadomym i intencjonalnym aktem, a już tym bardziej tylko racjonalnym. Uwzględniając całość wywołu Giddensa, jest on zanurzony w konstrukcji jednostki, tzn. na różne sposoby ograniczony w swojej racjonalności, celowości i świadomości. Przede wszystkim postrzeganie codziennego życia jako zlepek wolnych wyborów nie odpowiada rzeczywistości psychologicznej, której immanentną część stanowią nieuświadomiane emocje, trudne (jeśli nie niemożliwe) do zwerbalizowania, a zarazem programujące, bądź też blokujące

nasze wybory. Ponadto codzienność na różnych poziomach przesycona jest rutynizacją, bez której nasze działanie jako jednostek nie byłoby w ogóle możliwe, zarazem ich oczywistość wpisana jest w ich naturę. W końcu, wiele ważnych czynników odpowiadających za wybór danego stylu życia często pozostaje poza kontrolą jednostki, ponieważ wiążą się z przymusem i władzą [84]. Dodatkowo intencjonalność i racjonalność wyborów ograniczone są również niezamierzonymi konsekwencjami, do których dochodzi na trzy sposoby: poprzez kumulację zdarzeń mającą swe źródło w okolicznościach, bez których do niej by nie doszło; jako wypadkowy wynik wielu indywidualnych działań; oraz przez mechanizm reprodukcji praktyk instytucjonalnych, wówczas są one produktem ubocznym regularnych zachowań refleksyjnie podtrzymywanych przez ich uczestników [85]. Giddens wprowadza rozróżnienie na wybory i decyzje, przy czym te pierwsze często konieczne nie zawsze są wynikiem naszej wolnej woli czy świadomości, często nie pozostają w naszej gestii, są natomiast rezultatem jakiejś decyzji. Odpowiedź na pytanie kto i na bazie jakiej legitymizacji podejmuje te decyzje dotyczy kwestii władzy [86].

Wielość wyborów w warunkach późnej nowoczesności według Giddensa ma kilka źródeł [87]. Pierwszym jest życie w posttradycyjnym porządku, które oznacza, że sytuacja przestaje być odnoszona i wyznaczana przez tradycję. Tradycja nie jest już kryterium przez pryzmat którego ludzkie zachowanie jest oceniane i wybierane. Rozprzestrzenianie się nowoczesnych instytucji oraz radykalizacja nowoczesności, przez wymywanie, drażnienie oraz problematyzację tradycji prowadzi do nowych zjawisk [88]. W ramach wyznaczonych przez prawo i opinię publiczną refleksyjność staje się koniecznością dokonywania wyborów w warunkach niepewności i różnorodności. Drugim źródłem jest 'pluralizacja stylów życia'. Ludzie przestali żyć w jednym środowisku, w ściśle zintegrowanych grupach, ich życie toczy się w wielu różnorodnych i oddzielonych od siebie środowiskach. Z tymi środowiskami związane są zazwyczaj style życia, wybór więc jednego pociąga za sobą drugie. Towarzystwo, środowisko i kontekst działań, które podejmuje jednostka jest często zróżnicowane, w konsekwencji działania podejmowane w ramach jednych z nich mogą stać w sprzeczności z działaniami podejmowanymi w innych. Te różne czasoprzestrzenne wycinki całości działań (rejonizacje), w obrębie których jednostka podejmuje i realizuje w miarę spójny zespół praktyk, Giddens nazywa sektorami stylu życia [89]. Zależność usankcjonowanych przekonań od kontekstu, to trzecie źródło wielości wyborów. Brytyjski uczyony rozumie przez to własność stanowiącą rdzeń samej nowoczesności, która nie opiera się, jak często mylnie się wydaje, na nauce indukcyjnie akumulującej dowody, ale na metodologicznej zasadzie wątplenia. Zasada ta przez wiedzę, która jest strukturalnym elementem nowoczesnych instytucji, oznacza nieustanne systematyczne rewizje jakim instytucje te (a także zachowania ludzi) są poddawane [90]. Wszelkim autorytetom (między którymi również nie ma zgody) można wierzyć tylko tymczasowo, a systemy

abstrakcyjne nie dają jednoznacznych wskazówek, lecz oferują opcje do wyboru. Wreszcie czwartym źródłem jest doświadczenie zapośredniczone, czyli włączanie w obszar zmysłowego doświadczenia człowieka czasowo i przestrzennie oddalonych zdarzeń. Wynalazek druku, gazet, telegrafu, później telefonu, radia, telewizji a współcześnie internet i telefonia komórkowa przyczyniają się znacząco do zmiany relacji przestrzenno-czasowych, przede wszystkim przez formę i sposób w jaki odtwarzają praktyki społeczne [91]. Doświadczeniu zapośredniczonymu towarzyszy poczucie swojskości i posiada ono dwie zasadnicze cechy: efekt kolażu oraz wtargnięcie odległych wydarzeń do sfery codziennych doświadczeń. Efekt kolażu, to taka forma prezentacji w której przeplatają się historie i zdarzenia których nie łączy nic poza ‘doniosłością i byciem na czasie’, brak w niej spójnej opowieści, ale odzwierciedla ona spójny wzór myślenia. Z kolei druga cecha oznacza, że sfera ta jest w dużej mierze organizowana przez te odległe wydarzenia. Często oznacza to postrzeganie wydarzeń relacjonowanych przez media jako bardziej realnych, czy też częstszy kontakt z niektórymi zjawiskami przez media niż w rzeczywistości. Oczywiście media nie tylko odtwarzają rzeczywistość, ale również ją tworzą. Efekt kolażu nadaje szczególny charakter przemieszaniu potencjalnych stylów życia i sytuacji. Z jednej strony przyczynia się do zróżnicowania, przez kontakt ze środowiskami niedostępnymi bezpośrednio, z drugiej natomiast znosi granice między sytuacjami, które do tej pory były całkowicie oddzielone. Media zmieniają samą sytuację społeczną podważając jej tradycyjny związek z ‘otoczeniem fizycznym’. Uwagi Giddensa na temat wyborów wskazują szereg ograniczeń oraz współczesnych zjawisk, które określają przestrzeń możliwości i przymusu dla dokonywanych wyborów. Zarazem sam autor nie wyciąga wszelkich możliwych wniosków ze swoich przesłanek, nie jest wystarczająco wnikliwy i krytyczny w stosunku do tego mechanizmu, pozostając m. in. zwolennikiem nadmiernej plastyczności ‘natury’ ludzkiej czy akcentując jednostkowy wybór.

Odmienne, do pewnego stopnia, podejście w tym temacie prezentuje Renata Salecl w swojej książce z 2010 roku ‘Choice’ [92]. Zwraca ona uwagę że wybór nie jest nigdy wyborem jednostkowym, ale zawsze dokonywany jest w relacji do społeczeństwa (czy to jako element naśladowczy, czy też punkt odniesienia). Ponadto wybór nie jest po prostu wyborem, ale wiąże się każdorazowo z oczekiwaniem optymalizacji (powinien to być idealny wybór) oraz nieuchronną stratą (wybierając jedną opcję rezygnujemy z innych). Tym samym mechanizm ten wiąże się z lękiem przy dokonywaniu wyborów, nakłada na podmioty odpowiedzialność i obarcza za nie winą, co prowadzi do paraliżu decyzyjnego. Stając się symbolem, który uosabia wolność, wybór staje się (jak zauważyli wcześniej Elias i Giddens) koniecznością i odnosi się nieomal do wszystkich sfer naszego życia począwszy od codziennych wyborów dotyczących odżywiania, ubioru czy higieny, a na emocjach i uczuciach takich jak miłość kończąc. Równocześnie wybór staje się elementem

ideologii i opresji, np. gdy mamy do czynienia z fałszywym wyborem (coca czy pepsi?) lub też 'przymusowym wyborem' (gdy jesteśmy zmuszeni do dokonania danego wyboru). Ideologiczny wymiar wyboru szczególnie widoczny jest w akcentowaniu jednostkowego wyboru, co uniemożliwia jakiegokolwiek zmiany, czyniąc jednostki niezdolne do zbiorowych aktów. To ujęcie jest zbieżne z ustaleniami dotyczącymi tzw. pułapek społecznych (por. 93].

Habitus, gust i dystynkcja

Pierre Bourdieu wprowadza kilka użytecznych koncepcji, które pozwalają lepiej zrozumieć istotę stylu życia oraz dokonuje interesujących analiz samych praktyk społecznych. Najważniejszą z perspektywy stylu życia, jest koncepcja habitusu. Francuski badacz, podobnie jak Giddens, przeciwstawia się dwóm prądom w myśleniu, które do dziś są silnie rozwijane w nauce: scholastycznemu, mechanistycznemu ujęciu zgodnie z którym, działanie to mechaniczny skutek wywołany naciskiem zewnętrznym, oraz finalizmowi, który zakłada (zwłaszcza w teorii racjonalnego wyboru), że działanie jest wolnym, świadomym i w pełni zrozumianym aktem, na bazie kalkulacji możliwości i zysków. Według Bourdieu, aktorzy społeczni posiadają habitusy wpisane w ciała przez minione doświadczenia. Habitusy to systemy schematów postrzegania, oceny i działania, które pozwalają dokonywać aktów praktycznego poznania, opartych na wylapywaniu i uznaniu warunkujących i zwyczajowych bodźców, ponieważ ukształtowane są tak, aby na nie reagować. Bez udziału świadomości pozwalają tworzyć dopasowane i odnawialne strategie, w granicach przymusów strukturalnych, których są wytworem i które je określają. Aktor (działająca jednostka) nie jest nigdy w pełni podmiotem tych praktyk: poprzez dyspozycje i zawierzenie, które leżą u podstaw zaangażowania w grę (działania), wszystkie zastane założenia danego pola (środowiska społeczno-kulturowego w którym toczy się rywalizacja), wpisują się w pozornie najbardziej świadome intencje.

Uczymy się poprzez ciało. Podczas nieustannej konfrontacji ze światem, w którym ciało jest zanurzone i gdzie dużo miejsca zajmuje afektywna relacja ze środowiskiem, w ciele zapisuje się porządek społeczny. Mechanizmy, poprzez które to następuje, to przede wszystkim normalizacja, realizowana przez instytucjonalne dyscyplinowanie, nieustanny i niedostrzegalny nacisk normalnego porządku rzeczy, uwarunkowań narzuconych przez materialne warunki życia, milczące nakazy i 'bezwładna przemoc' struktur społeczno-ekonomicznych [94]. Zasadą praktycznego rozumienia jest praktyczny zmysł habitusu wypełnionego przez świat w którym mieszka, zaabsorbowanego przez świat, w którym aktywnie uczestniczy dzięki bezpośredniej relacji zaangażowania, napięcia i uwagi, konstruującej świat i nadającej mu sens. Ciało nastrojone

względem świata jest narażone na świat, na wrażenia, uczucia, cierpienie itp., jest wydane światu, zastawione tam i rozgrywane, ale jest także zwrócone w stronę świata i tego, co można w nim dostrzec, odczuć i przeczuć. Ciało potrafi okiełznać świat, wykorzystać jak narzędzie, które dobrze leży w ręku. Działanie zmysłu praktycznego stanowi coś w rodzaju koniecznej koincydencji między habitusem a polem społecznym, co nadaje jej pozory naturalnej (przedustawnej) harmonii [95].

Habitus to zarówno zasada generująca praktyki dające się obiektywnie klasyfikować, jak i system klasyfikowania tych praktyk. Właśnie w relacji między tymi dwiema zdolnościami, zdolnością do produkowania praktyk i dzieł, oraz zdolnością rozróżniania oraz oceniania tych praktyk i wytworów, ustanawia się przestrzeń stylów życia, czyli społeczny świat przedstawiony. Dopiero habitus pozwala zrozumieć związek jaki zachodzi między charakterystykami warunków społecznych (i ekonomicznych) a cechami dystynktywnymi, związanymi z pozycją w przestrzeni stylów życia. Habitus jest ucieleśnioną koniecznością, przemienioną w dyspozycję tworzącą praktyki i percepcję nadającą sens tym praktykom. Całokształt praktyk ogółu aktorów będących wytworem podobnych warunków jest systematyczny (ponieważ są one wytworem identycznych schematów) oraz systematycznie odróżniany od praktyk konstytutywnych dla innego stylu życia. Habitusy ukazują systematyczne konfiguracje właściwości, wyrażające różnice obiektywnie wpisane w warunki życia pod postacią różnicujących rozbieżności systemów. Systemy te funkcjonują jako style życia, jeśli są postrzegane przez podmioty wyposażone w niezbędne do odnalezienia, zinterpretowania oraz oceny, schematy percepcji oraz oceny. Jest więc habitus ustrukturowaną strukturą strukturującą praktyki oraz ich postrzeganie. Tożsamość społeczna określa się i afirmuje w różnicy, co oznacza, że w habitus wpisana została cała struktura systemu warunków, która realizuje się w doświadczeniu związanym z warunkami, zajmującymi określoną pozycję w tej strukturze. Zasadnicze opozycje struktury warunków (górze/dół, bogaty/biedny) narzucają się jako fundamentalne zasady strukturywania percepcji oraz samych praktyk. Habitus wyraża ograniczenia i swobody związane z warunkami klasowymi, i różnicę konstytutywną dla pozycji, rozpatruje różnice warunków wedle zasad rozróżniania, które same są wytworami tych różnic i są do nich dopasowane obiektywnie oraz traktowane jako naturalne. Style życia są więc systematycznymi wytworami habitusów, stają się systemami znaków społecznie określanych jako 'dystyngowane', 'pospolite' itd. Dialektyka warunków i habitusów leży u podstaw przekształceń rozkładu kapitału, bilansu układu sił, w system postrzeganych różnic, czyli w rozkład kapitału symbolicznego, kapitału prawomocnego. Wszystkie praktyki i dzieła zostają obiektywnie zharmonizowane i zsynchronizowane między sobą poza świadomością i intencjami aktorów, w ramach działań poszczególnych aktorów i między członkami danej klasy, zgodnie z logiką właściwą dla różnych pól. Habitus nieustannie tworzy systematyczne transpozycje, narzucone przez

szczególne warunki jego wdrażania. Praktyki zawdzięczają podobieństwo stylu temu, że są wytworem przeniesień tych samych schematów działania z jednego pola do drugiego. Systematyczność znajduje się w wytworze, ponieważ tkwi w modus operandi; występuje w całokształcie ‘własności’ (w podwójnym znaczeniu tego słowa), którymi otaczają się podmioty, oraz w praktykach w których wyrażają swoje dystynkcje, ze względu na habitus, który stanowi unifikującą zasadę wszelkich praktyk.

Formułą generatywną leżącą u podstaw stylu życia (zunifikowanego zbioru różnicujących preferencji) jest gust, czyli skłonność i zdolność przyswajania określonej klasy obiektów lub sklasyfikowanych i klasyfikujących praktyk. Praktyki te wyrażają w logice specyficznej dla danej podprzestrzeni symbolicznej (tj. ubiór, umeblowanie, język itd.) tę samą intencję ekspresywną. Każdy wymiar stylu życia symbolizuje wraz z innymi wymiarami tego stylu życia i jednocześnie symbolizuje te wymiary. System właściwości dobrze dobranych ma za podstawę gust, który jedynie częściowo jest uświadamiany (wraz z wyższą pozycją w hierarchii społecznej w większym stopniu). Gust jest praktycznym operatorem przemiany rzeczy w znaki odrębne i dystynktywne, ciągłych rozkładów w nieciągłe. Pozwala on różnicom wpisanym w fizyczny porządek ciał dostać się do symbolicznego porządku dystynkcji znaczących. Postrzega praktyki w ich wzajemnych relacjach i zależnie od społecznych schematów porządkowania. Gust tkwi u podstaw dystynktywnego stylu życia, rozumianego jako system cech wyróżniających, będących wyrazem szczególnej klasy warunków życia. Obiektywna przestrzeń stylów życia istnieje jako taka dla potocznego doświadczenia i poprzez nie. Gust jest ucieleśnieniem struktury społecznej, przez doświadczenie określonej pozycji w tej strukturze, stanowiąc zasadę praktyk dopasowanych do danych warunków. W ciągły sposób przetwarza konieczności w strategię, ograniczenia w wybory, i tworzy, niezależnie od wszelkiej mechanicznej determinacji, całokształt ‘wyborów’ konstytutywnych dla stylów życia, które nabywają wartości (sensu) dzięki swojej pozycji w danym systemie przeciwności i zależności. Przekształcając konieczność w wartość, skłonny jest czynić rzeczy wartościowe z konieczności, dokonując wyborów dopasowanych do warunków, których jest wytworem [96].

Gust, który jest kulturą przekształconą w naturę, czyli kulturą ucieleśnioną (klasą, która stała się ciałem), przyczynia się do stworzenia ciała klasy. Gust ucieleśnia zasadę klasyfikacji rządzącą wszelkimi formami wcielania, wybiera i dokonuje zmiany tego wszystkiego, co ciało wchłania, przeżuwa oraz przyswaja fizjologicznie i psychologicznie. W konsekwencji ciało stanowi najbardziej niepodważalną obiektywizację gustu klasy, który na różne sposoby wyraża rozmiary oraz formy wyglądu zewnętrznego, przez co wyraża się stosunek do ciała, czyli pewien sposób traktowania go, wskazujący na najgłębsze dyspozycje habitusu. Przez pryzmat preferencji

żywieniowych oraz sposoby korzystania z ciała w pracy i czasie wolnym określa się rozkład właściwości cielesnych pomiędzy klasami. Różnice zwykłej budowy ciała powtórzone są i symbolicznie akcentowane przez różnice w postawie, w sposobie noszenia się, chodzenia, zachowywania się, przez co wyraża się cały stosunek do świata społecznego. Do tego dochodzą wszelkie retusze stosowane do wyglądu zwłaszcza znaki kosmetyczne (fryzura, broda, makijaż itd.) oraz odzieżowe. Są one oczywiście zależne od dostępnych ekonomicznych i kulturowych środków oraz posiadają społeczne znaczenie (wartość i sens, w relacji do innych). Ciało jest nośnikiem i producentem znaków. Ciało jako produkt społeczny posiada postrzegalne konstytutywne znaki, które pozwalają określić jakąś grupę pod względem kultury, czyli dystansu do natury, przez co stanowi wskaźnik fizjonomii 'moralnej', stanów ducha (zachowanie postawy naturalnej, postrzegane jest jako wskaźnik zaniedbania, karygodnego zapomnienia się w łatwości). Przestrzeń ciał klasowych ma tendencję do odtwarzania struktury przestrzeni społecznej, za wyjątkiem przypadków biologicznych. Tak więc gust w dziedzinie żywności nie jest autonomiczny wobec pozostałych aspektów stosunku do rzeczywistości, jak stosunek do własnego ciała, przez który realizuje się praktyczna filozofia charakterystyczna dla każdej klasy [97].

Żeby przedstawić przestrzeń stylów życia, należałoby ustalić dla każdej grupy i frakcji klasowej (tzn. dla każdej konfiguracji kapitału) formułę generatywną habitusu, która przekłada na styl życia, potrzeby i udogodnienia charakterystyczne dla tej grupy względnie jednorodnych warunków życia. Pozwala to określić, jak układy dyspozycji habitusów dzielą się na gatunki realizując określone możliwości stylistyczne oferowane przez dane pole działania (takie jak sport, muzyka, odżywianie, polityka, wysławianie się itd). Zestawiając je razem otrzymujemy ramy stylów życia, pozwalające scharakteryzować każdą cechę dystynktywną przez dwa obiektywne aspekty: stosunek do całokształtu cech konstytutywnych danej dziedziny (systemu możliwości, wewnątrz którego nabiera wartości dystynktywnej) oraz odniesienie tej cechy do całokształtu cech konstytutywnych dla jakiegoś stylu życia (określone zostaje jej znaczenie społeczne) [98].

Istnieje tyle przestrzeni preferencji, ile możliwości stylistycznych, a każde z tych uniwersów zapewnia cechy różnicujące, które pozwalają na wyrażanie najbardziej podstawowych różnic społecznych. Różnice te wyraża szczególnie sfera dóbr luksusowych, ponieważ relacja dystynkcji jest w nią wpisana obiektywnie i uaktywnia się, niezależnie od świadomości i chęci, w każdym geście konsumpcyjnym, przez wymagane, kulturowe i ekonomiczne, narzędzia przyswojenia. Zobiektywizowany kapitał kulturowy istnieje jako materialnie i symbolicznie aktywny tylko w walce, której areną są pola produkcji kulturowej (artystyczne, naukowe), oraz szerzej, pole klas społecznych, gdzie aktorzy inwestują siły i otrzymują korzyści w zależności od swojego kapitału ucieleśnionego. Obiektywna orkiestracja (a nie dyktat jednego nad drugim), produkcji i konsumpcji,

podażu i popytu, powoduje, że najróżniejsze gusta znajdują warunki realizacji w uniwersum możliwości stylistycznych, jakie ofiaruje im każde z pól produkcji, podczas gdy te pola znajdują warunki realizowania się w różnych gustach, zapewniających rynek dla ich wytworów. Tym samym gust urzeczywistnia się poprzez wybór systemu właściwości stylistycznych konstytutywnych dla danego stylu życia. Uniwersum dóbr oferowanych przez dane pole produkcji zmierza do zawężenia uniwersum form doświadczenia (estetycznego, etycznego, politycznego). Wybrać zgodnie z własnym gustem oznacza dokonać rozpoznania dóbr, które są obiektywnie zgodne ze swymi pozycjami i dobrane między sobą, bo są usytuowane w pozycjach zasadniczo równoważnych w stosunku do poszczególnych obszarów, które wybierane na tych samych zasadach i określone przez pozycję w polu, same ustalają przedmiot różnicującej oceny. Logika pól produkcji dóbr oraz strategie dystynkcji powodują, że wytwory są predysponowane do funkcjonowania różnicującego jako narzędzia dystynkcji [99]. Gust jest wyrazem łączenia i odkrywania rzeczy i ludzi, pasujących do siebie i odpowiadających sobie. Zmysł społeczny znajduje punkty odniesienia w systemie znaków, których nośnikiem jest każde ciało, takich jak sposób wypowiedzania się, zachowanie, chód, maniery, i które, nieświadomie rejestrowane, leżąc u podstaw sympatii, miłości, przyjaźni itp. prowadzą do kooptacji i długotrwałych stosunków. Wyszukiwanie habitusu przez habitus jest podstawą zbliżeń nadających kierunek spotkaniom społecznym, wykluczając relacje społecznie niewłaściwe, wspierając zaś relacje dobrane (jedynie na bazie języka sympatii/antypatii). Habitus tworzy przedstawienia i praktyki, dobrze dostosowane do obiektywnych warunków, których są wytworami. Kondycja człowieka ograniczona jest podwójnie: przez granice materialne, jakie narzuca jego praktyce, oraz granice mentalne, jakie narzuca zarówno jego myśli jak i praktyce, i które powodują, że akceptuje i lubi te granice [100]. Walki o zdobycie dóbr wiążą się nierozłącznie z walkami symbolicznymi, których celem jest zdobycie dystynktywnych znaków. W rezultacie przestrzeni stylów życia jest bilansem walk symbolicznych, których celem jest narzucenie prawomocnego stylu życia [101].

Pierre Bourdieu wprowadza do koncepcji stylu życia kolejne elementy, które pozwalają pojąć mechanizmy na podłożu których jest on konstruowany i odtwarzany. Przede wszystkim mówi o przestrzeni stylów życia, zakotwiczonej w całości relacji społecznych i stanowiącą reprezentację społecznego świata. Style życia wytwarzane są przez wpisane w ciała habitusy (podzielane przez podmioty zajmujące zbliżone pozycje społeczne schematy postrzegania, oceny i działania), co wraz z izomorfizmem warunków działania i wspólną tożsamością generuje spójne praktyki społeczne. Styl życia jest zbiorem różnicujących preferencji u podstaw którego leży gust, działający jako operator dystynktywności, którego ciało jest nośnikiem, wytwórcą i produktem. Całość działań w przestrzeni stylów życia staje się walką o dystynkcje i narzucenie prawomocności.

Zdrowotne aspekty stylu życia

Styl życia jest głównym wyznacznikiem tego, kto będzie żył a kto umrze [102, 103]. W latach 70-tych David Mechanic stwierdził, że pojęcie stylu życia odnosi się do zróżnicowanego zestawu zmiennych, w tym wyżywienia, mieszkania, postaw i przekonań zdrowotnych, zachowań ryzykownych, nawyków i zachowań zdrowotnych, oraz zachowań prewencyjnych [104]. Ustalenie związku przyczynowego między stylem życia a zdrowiem nie jest proste. Zmienne, które są w nim zawarte współdziałają ze sobą przez co trudno jest je ustawić względem zmiennych zakłócających, takich jak rasa i pochodzenie etniczne, płeć, klasa społeczna, czy dystres.

Ponadto, istnieją problemy w określeniu charakteru etiologicznego związku między stylem życia i chorobą. Nie każda osoba, która angażuje się w niezdrowy styl życia umrze przedwcześnie, np. niektórzy nałogowi palacze nie zachorują na raka płuc. Predyspozycje genetyczne, współwystępujące choroby, inne nawyki zdrowotne oraz dostęp do odpowiedniej opieki medycznej są czynnikami, które mogą brać udział w kształtowaniu relacji między działającą jednostką i chorobą. W niektórych warunkach może być trudne i skomplikowane, dokładne określenie znaczenia ryzykownego stylu życia w rozwoju choroby. Najbardziej przekonujące modele relacji między stylem życia i zdrowiem są te, zbudowane na trzech źródłach dowodów: pochodzenia zwierzęcego, klinicznego i epidemiologicznego. Badania, najpierw eksperymentalne na zwierzętach, później kliniczne na ludziach, a wreszcie badania populacyjne stanowią podstawę określenia zależności między stylem życia a zdrowiem.

Zasadniczym celem działań zdrowia publicznego jest zapobieganie zachorowalności i przedwczesnej umieralności; aby było to możliwe konieczne jest zrozumienie przyczyn chorób, niepełnosprawności i śmierci. W klasycznym artykule McGinnis i Foege [105] przedstawili rzeczywiste przyczyny śmierci w Stanach Zjednoczonych, co stało się punktem wyjścia do kolejnych badań określających te przyczyny i sposoby wpływania na nie [106]. Z kolei wydana przez Światową Organizację Zdrowia publikacja *Global Health Risks* określa śmiertelność i obciążenie chorobami przypisane głównym czynnikom ryzyka oraz różnicuje ich wystąpienie w zależności od poziomu dochodów danego regionu [107].

Mając wcześniejsze metodologiczne uwagi w pamięci, krótko przedstawione zostaną te aspekty stylu życia, które przede wszystkim współcześnie wiąże się ze zdrowiem w krajach zachodnich: tytoń, odżywianie, aktywność fizyczna, alkohol, zachowania seksualne, badania przesiewowe, narkotyki.

Tytoń

Używanie tytoniu uznaje się powszechnie za najważniejszą pojedynczą możliwą do uniknięcia przyczynę zgonów i chorób. W USA szacuje się, że powoduje on jedną na pięć śmierci [108]. Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia wynikało, że obciążenie w krajach rozwiniętych w chorobach i zgonach, spowodowane tytoniem było znacznie wyższe niż z powodu innych tradycyjnych czynników ryzyka, w tym alkoholu, niezabezpieczonego seksu, nadciśnienia tętniczego i braku aktywności fizycznej [109]. Ponieważ istnieje znaczne opóźnienie pomiędzy wystąpieniem utrwalonego palenia a pełnym rozwojem jego negatywnych skutków dla zdrowia, aktualna śmiertelność i zachorowalność w wyniku używania tytoniu są konsekwencjami procesu, który rozpoczął się kilkadziesiąt lat temu. Szeroko zakrojone i powszechnie dziś znane i uznane badania dowiodły, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko chorób serca, niektórych rodzajów raka, rozedmy płuc i innych chorób płuc. Palenie podczas ciąży zwiększa ryzyko przedwczesnego porodu, powikłań ciąży, niskiej masy urodzeniowej niemowląt, martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt. Płody narażone na dym w łonie matki i niemowlęta narażone na bierne palenie mają zwiększone ryzyko wystąpienia zespołu nagłej śmierci niemowląt, słabego rozwoju płuc, astmy i infekcji dróg oddechowych [110-114]. Bierne palenie jest również związane z chorowaniem osób dorosłych [115]. Wzrost ryzyka zachorowania na raka płuc i choroby serca następuje również w odniesieniu do osób niepalących mieszkających z palaczami. Wykazano, że co najmniej kilkaset z około 4000 substancji chemicznych określonych w dymie tytoniowym powoduje raka u ludzi i zwierząt [116-118].

Odżywianie

Czynniki żywieniowe łączą się ze śmiertelnością ze względu na choroby układu krążenia (choroby serca i udary mózgu) oraz na raka, choroby które stanowią główne przyczyny śmierci wśród krajów zachodnich, w tym w Polsce. Dieta wpływa na cztery podstawowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia: nadciśnienie, otyłość, cukrzycę i poziom cholesterolu. Otyłość, jak również wysokie ciśnienie krwi oraz dieta bogata w tłuszcze nasycone, izomery trans kwasów tłuszczowych i cholesterol, zwiększają ryzyko choroby wieńcowej i udaru mózgu. Dieta uboga w tłuszcze nasycone, ale bogata w błonnik i niektóre z kwasów omega-3 (te zawarte w orzechach włoskich, niektórych olejach - ryby, olej rzepakowy, sojowy - i zielonych warzywach liściastych) obniżają ryzyko chorób serca [119, 120]. Odżywianie wpływa również na wystąpienie raka. Istnieją między innymi dowody na wpływ diety bogatej w tłuszcze nasycone na raka piersi, raka prostaty, raka płuc czy raka jelita grubego. Z drugiej strony, dieta bogata w warzywa, owoce i błonnik zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia różnych rodzajów raka, w tym piersi, jelita grubego, żołądka i

płuc [121-123].

Aktywność fizyczna

Badania pokazują, że mężczyźni i kobiety, którzy są aktywni fizycznie mają przeciętnie, mniejszą śmiertelność niż osoby nieaktywne [124-132]. Siedzący tryb życia jest związany z 23% zgonów z powodu poważnych chorób przewlekłych [133]. Ludzie z większą aktywnością fizyczną mają niższe ryzyko choroby niedokrwiennej serca [134, 135] czy zmniejszone częstości zdarzeń wieńcowych [136]. Szybki marsz przez 3 godziny lub więcej w tygodniu zmniejsza ryzyko choroby wieńcowej o 30-40%, a także zwiększenie czasu lub intensywności tej aktywności fizycznej przyczynia się do jeszcze większej redukcji ryzyka. Kilka badań klinicznych wskazuje, że umiarkowana aktywność fizyczna może wywoływać podobne, lub nawet większe efekty, w obniżeniu ciśnienia krwi, niż intensywna aktywność [137-139]. Chociaż intensywna aktywność fizyczna rzadko jest związana z zawałem serca lub nagłej śmierci sercowej [140], pewne ryzyko istnieje. Nawet osoby, które ćwiczą regularnie mają przejściowe zwiększenie ryzyka nagłej śmierci sercowej w trakcie i bezpośrednio po energicznej aktywności fizycznej [141]. Wiele badań przeprowadzonych na mężczyznach wykazuje odwrotną zależność między aktywnością fizyczną a ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego [142, 143]. Również duże badania kohortowe u kobiet stwierdziły silny negatywny związek między aktywnością fizyczną i rakiem jelita grubego [144]. Regularna umiarkowana aktywność fizyczna może również pomóc w utrzymaniu funkcjonalnej niezależności osób starszych [145-147] oraz może złagodzić objawy i poprawić funkcjonowanie wśród osób, które już mają chorobę zwyrodnieniową stawów lub reumatoidalne zapalenie stawów [148-151].

Otyłość

Otyłość postrzegana jest zarówno jako rezultat niewłaściwego odżywiania (zbyt duża ilość przyjmowanych kalorii, wysoko-przetworzone jedzenie, w tym nadmiarowe spożywanie tłuszczu, cukru i soli, oraz niewłaściwe sposoby odżywiania: nieregularnie, zbyt rzadko, zbyt szybko, poza domem, itp.) jak i niewystarczającej ilości aktywności fizycznej oraz w powiązaniu z nimi, a także jako czynnik negatywny działający niezależnie od dwu wcześniejszych, czyli jako wzrost samej tkanki tłuszczowej. Obecnie powszechne jest mówienie o otyłości jako epidemii ostatnich dziesięcioleci, niemal we wszystkich krajach rozwiniętych (i wielu rozwijających się). Otyłość jest głównym czynnikiem ryzyka dla cukrzycy co zostało obszernie opisane w literaturze [152-157]. Dorośli z nadwagą są narażeni na zwiększone ryzyko nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i niektórych form nowotworu (nowotwór piersi po menopauzie i nowotwór macicy) [158-161]. Mają oni również wyższe ryzyko rozwoju choroby pęcherzyka żółciowego,

choroby zwyrodnieniowej stawów, bezdechu sennego, problemów z oddychaniem [162], i wielu problemów układu mięśniowo-szkieletowego [163]. Będąc drugą w kolejności po tytoniu przyczyną śmierci w latach 90-tych dwudziestego wieku w Stanach Zjednoczonych [164], otyłość w ostatnich latach wysuwa się na pierwsze miejsce. Problemy w odniesieniu do wagi dotyczą kilku ważnych aspektów, po pierwsze, coraz częściej mówi się o rosnącej otyłości wśród dzieci (szczególnie alarmujące dane dotyczą naszego kraju), po drugie, poważnym problemem jest skuteczne i trwale zrzucenie wagi. Badania pokazują, że już zrzucenie wagi o 10-15% przez osoby z nadmierną wagą przynosi korzyści w odniesieniu do hiperglikemii, hiperlipidemii i nadciśnienia tętniczego [165-168]. Wielokrotnie wskazywano na zależność między otyłością i zdrowiem, ciekawy jednak jest fakt większej śmiertelności wśród najszczuplejszych w Stanach Zjednoczonych, co tłumaczy się m. in. zakłóceniem tej zależności przez częstsze spożycie przez te osoby tytoniu - osoby palące wydają się szczuplejsze [169-171].

Alkohol

Spożywanie alkoholu wiąże się ze zdrowiem na różnych płaszczyznach. Alkohol jest zarówno przyczyną śmierci jak i urazów na skutek wszelkiego rodzaju wypadków czy przemocy, jak i (stosowany w nadmiarze), czynnikiem odpowiedzialnym za rozwój chorób i to zarówno tych o podłożu organicznym jak choroby wątroby (marskość, zapalenie, nowotwór), choroby układu krążenia (m. in. arytmia, nadciśnienie, udar), rak przełyku, piersi czy jelita grubego i innych, ale również chorób psychicznych [172-174]. Alkohol jest czynnikiem teratogenetycznym, odpowiadającym za wady płodu, zarówno wad morfologicznych jak i zaburzeń poznawczych czy behawioralnych. Spożycie alkoholu w czasie ciąży powoduje wiele wad wrodzonych, w tym alkoholowy zespół płodowy, związanych z alkoholem wad wrodzonych i zaburzeń rozwoju neurologicznego [175]. Istnieją również dowody na to, że umiarkowane picie alkoholu [1-2 drinki dziennie) może być korzystne dla zdrowia, zwłaszcza choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu [176-178]. Wykazano w eksperymentalnych badaniach, że etanol zwiększa stężenie surowicy o wysokiej gęstości lipoprotein, a także wydaje się wpływać na funkcjonowanie płytek i inne składniki w odniesieniu do krzepnięcia i fibrynolizy [179-182].

Narkotyki

Współczesne medyczne podejście do tego problemu wiąże się z dogłębniejszą i szerszą niż dotąd perspektywą, uwzględniającą nie tylko szkodliwość samych substancji (do których obecnie włącza się alkohol oraz tytoń), ale również społeczno-kulturowe uwarunkowania. Oddziaływanie tego typu substancji rozpatruje się w całym szerokim spektrum działania od dobroczynnego wpływu, przez neutralne, aż do szkodliwe użytkowanie i silne uzależnienie [183]. Zwraca się przy

tym uwagę, że o ile szkodliwość takich substancji jak kokaina, heroina czy amfetamina nie jest kwestionowana (a różnorodne badania je potwierdzają), o tyle następstwa związane z alkoholem przewyższają szkody wyrządzane przez te substancje, a szkodliwość tytoniu jest do nich zbliżona [184]. W kontekście używania substancji psychoaktywnych pojawiają się kwestie związane z dopuszczeniem do swobodnej dystrybucji tych z nich, które zwyczajowo są zakazane mimo ich niewielkiej szkodliwości; kwestie przejęcia kontroli przez państwa nad rynkiem narkotykowym, w celu minimalizacji jego szkodliwych następstw; kwestie zastąpienia penalizowania używania tych substancji przez leczenie i formy włączania użytkowników do społeczeństwa; wykorzystywania substancji psychoaktywnych do poprawiania swojej psychofizycznej kondycji; czy też narastającego problemu nowych, nierejestrowanych substancji zwanych dopalaczami.

Zachowania seksualne

Zachowania seksualne, ze względu na intymność, która jest im przypisywana, są trudnym przedmiotem badań, ale bardzo ważnym ze względu na przenoszone w ten sposób choroby oraz niechcianą ciążę. Współcześnie zachowania te skupiają uwagę opinii publicznej oraz specjalistów głównie za sprawą AIDS, które spowodowało, że tego typu zachowania (podejmowane w sposób ryzykowny) stały się kwestią życia lub śmierci [185]. O ile jest to niewątpliwie główne zagrożenie, które wiąże się z aktywnością seksualną (w znacznym stopniu pod kontrolą), o tyle występują też bardziej powszechne choroby przenoszone drogą płciową, jak wirus brodawczaka ludzkiego, rzeżączka, chlamida, opryszczka narządów płciowych - które nieleczone, mogą zagrozić zdrowiu, a nawet, niektóre z nich, mogą być groźne dla życia. Ryzyko chorobami przenoszonymi drogą płciową rośnie wraz z liczbą partnerów seksualnych; wśród dorosłych w USA wzrasta od 4% dla osób z tylko jednym partnerem do 40,4% dla osób z ponad 20 partnerami. Innym ważnym aspektem zwiększonego narażenia na tego rodzaju choroby jest rodzaj praktyk seksualnych: seks analny jest szczególnie skutecznym sposobem przekazywania infekcji, zwłaszcza AIDS, ponieważ często wiąże się z powstawaniem niewielkich ran w skórze. Ponieważ większość chorób przenoszonych drogą płciową jest bezobjawowa lub wytwarza bardzo łagodne objawy (jak również istnieje długi okres pomiędzy nabyciem choroby i ewentualnym uznaniem klinicznie istotnych problemów zdrowotnych), często są niedostrzegane lub ignorowane, więc osoby zakażone nie szukają natychmiastowej pomocy lekarskiej. Około 85% kobiet i około 50% mężczyzn z chlamidą nie ma objawów [186-188]. Niektóre choroby przenoszone drogą płciową mają charakter nowotworowy. Najważniejszą z nich jest wirus brodawczaka ludzkiego. W USA szacuje się, że co najmniej 90% przypadków raka szyjki macicy przypada na ten wirus [189]. Znany jest też silny związek między zapaleniem wątroby typu B i typu C oraz rakiem wątroby a ilością partnerów [190].

Choroby przenoszone drogą płciową mogą stanowić zagrożenie dla nienarodzonych dzieci, mogą prowadzić do śmierci płodu i noworodka [191]. Choroby przenoszone drogą płciową u matki mogą również spowodować wrodzone lub okołoporodowe infekcje, które mogą trwale uszkodzić mózg dziecka, rdzeń kręgowy, oczy, nerwy słuchowe, czy układ odpornościowy. [192]. Inne aspekty zdrowotne dotyczące tych zachowań związane są z przemocą seksualną, na którą szczególnie narażone są kobiety.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe stały się ważnym elementem walki z wieloma chorobami, ale mają one pozytywny wpływ tylko w tym zakresie w jakim są trafne i rzetelne oraz wiążą się z wdrażanym skutecznym leczeniem. Badania przesiewowe muszą więc wykazywać korzyści w stosunku do tradycyjnej drogi zgłaszania przez pacjentów swoich problemów, unikać wyników fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych, a także muszą być opłacalne i do przyjęcia dla docelowej populacji [193]. O ile profilaktyka pierwotna dotyczy działań mających na celu zapobieganie (zmniejszanie) występowania chorób, o tyle profilaktyka wtórna ma na celu diagnostykę we wczesnym okresie wystąpienia choroby, aby zmniejszyć jej konsekwencje. Badania skryningowe są zasadniczo częścią profilaktyki wtórnej, ale niektóre jej aspekty jak np. badanie cholesterolu czy ciśnienia, mają na celu zwiększenie świadomości i kontroli ze strony jednostek. Również coraz dokładniejsze testy zmuszają do odpowiedzi, kiedy należy podejmować interwencje, a kiedy jest jeszcze szansa, że nie rozwinie się to w nic poważniejszego, a zatem organizm sam sobie poradzi - w konsekwencji podział między tymi rodzajami profilaktyk nie jest tak ostry. Poza wymienionymi już badaniami poziomu cholesterolu i ciśnienia, do często przeprowadzanych badań przesiewowych należą badania wykrywające raka szyjki macicy, raka jelita grubego, raka prostaty, raka piersi oraz chorób przenoszonych drogą płciową. W wielu przypadkach istnieją różne rodzaje metod, które mogą być wykorzystane przy danym problemie medycznym, jak również badania te skierowane są przede wszystkim do określonych grup społecznych.

Do powyższej tradycyjnej nieomal listy można by również dodać takie zachowania jak m. in. szczepienia, higiena osobista czy też stres (i wiele innych). Zamiast tego jednak zdecydowano się w skrótovej formie zwrócić uwagę na bardziej strukturalne aspekty, w mniejszym stopniu uświadamiane w społeczeństwie i wśród ekspertów zdrowia, a w dużym stopniu związane ze zdrowiem i zdrowym stylem życia: warunki materialne, dostęp i jakość opieki zdrowotnej, sieci społeczne i wsparcie społeczne, spójność i kapitał społeczny, praca, nierówności społeczne oraz dyskryminacja.

Warunki materialne

Warunki materialne są niewątpliwie powiązane ze zdrowiem, pomimo tego, że zarówno względny niedostatek zdaje się być ważnym czynnikiem, jak i stosunkowo spora liczba ludzi żyjąca w złych warunkach cieszy się dobrym zdrowiem. Pomimo tego, że rozwój techniki sanitarnej (doprowadzenie czystej wody i kanalizacja) w dwudziestym wieku przyczynił się do wydłużenia średniej długości życia w całym społeczeństwie, środowiska w jakich ludzie żyją nadal są zróżnicowane i wpływają na ich zdrowie. Takie czynniki jak zatłoczenie i niehigieniczne warunki mieszkaniowe, szkodliwe warunki pracy, zanieczyszczenie wody i powietrza, hałas, światło, drgania itp., przyczyniają się do różnic w zdrowiu, a zarazem powiązane są z stylem życia [194].

Dostęp i jakość opieki zdrowotnej

Innym czynnikiem, który odpowiada za zdrowie ludzi jest dostęp i jakość opieki zdrowotnej, zarówno jeśli chodzi o profilaktykę, opiekę ambulatoryjną jak i wymagające zaawansowanej techniki procedury [195]. Jednakże panuje powszechne przekonanie, że tylko w niewielkim stopniu czynnik ten odpowiada za te różnice [196], ponieważ zarówno przyczyny zgonów podatne na leczenie jak i te nie dające się leczyć, odzwierciedlają podobne społeczno-ekonomiczne różnice [197,198].

Sieci społeczne i wsparcie społeczne

Sieć społeczna to struktura relacji społecznych, czyli najczęściej sieć jednostek powiązanych ze sobą różnorodnymi relacjami społecznymi takimi jak relacje małżeńskie, przyjacielskie, zawodowe itp.. Sieci społeczne posiadają różne cechy, które określają sposób ich działania i wpływają na poszczególne jednostki, w zależności od pozycji jakie jednostki zajmują w danej sieci. Z kolei te relacje społeczne, które mają charakter wspomagający określamy jako wsparcie społeczne. Wiele innych własności sieci również może wpływać na zdrowie między innymi zaangażowanie społeczne, emergencja czy kontakty personalne [199].

Ludzi łączą między sobą różnorodne więzi od momentu narodzin. Przeżycie noworodków zależy od ich przywiązania i wychowania przez inne osoby w dłuższym okresie [200]. Potrzeba przynależności nie kończy się w dzieciństwie, lecz jest istotna dla fizycznego i psychicznego samopoczucia przez całe życie [201, 202]. Pozytywne interakcje społeczne czyli te, które zaspokajają potrzeby autonomii, kompetencji i przywiązania, są związane z poczuciem bycia zrozumianym i docenionym [203]. Poznawcze czy też interpersonalne niedostatki z dzieciństwa i okresu dojrzewania mogą zmniejszać indywidualne zdolności nabywania umiejętności instrumentalnych i społecznych koniecznych do życia w społeczeństwie, takich jak unikanie i radzenie sobie ze stresem czy nabywanie odpowiednich do wieku i oczekiwań ról społecznych.

Podstawowe badania dotyczące tych zjawisk koncentrują się na takich obiektywnych cechach wsparcia społecznego jak gęstość czy wielkość sieci oraz częstotliwość kontaktów poszczególnych jednostek w ramach tej sieci. Bardziej szczegółowe badania koncentrują się na subiektywnych i praktycznych cechach takich jak postrzeganie emocjonalnego, materialnego czy instrumentalnego wsparcia, jak również wielkość pomocy udzielanej przez innych [204-206]. Badania wsparcia społecznego są coraz bardziej zróżnicowane w specyficznych obszarach działania, takich jak rola wsparcia społecznego w stresie i radzeniu sobie ze stresem [207], w relacjach rodzinnych [208], w odniesieniu do osobowości [209], a także wpływ wsparcia społecznego na przeżywalność w zależności od poszczególnych problemów zdrowotnych, takich jak zawał mięśnia sercowego [210] lub rak [211]. Jednym z mechanizmów, który ma tłumaczyć wpływ wsparcia społecznego jest buforowanie. Osoby, które nie są samotne, mogą liczyć, że w ważnych, przełomowych czy kryzysowych momentach życiowych (takich jak śmierć kogoś bliskiego, ślub, rozwód czy utrata pracy) bliskie osoby wpłyną na proces radzenia sobie ze stresem i złagodzą jego negatywne skutki [212-216]. Innym mechanizmem może być promowanie i wspieranie przez ważne dla nas osoby korzystnych działań zdrowotnych [217, 218]; między innymi osoby samotne doświadczają gorszego snu [219, 220]. Wiele dociekań skutecznie koncentruje się na badaniu fizjologicznych procesów leżących u podstaw wpływu więzi społecznych [221-227]. Odczuwana społeczna izolacja powiązana jest z ciśnieniem krwi, poziomem katecholamin oraz aspektami komórkowymi i humoralnymi układu immunologicznego. Biologiczne skutki samotności możemy obserwować nawet wówczas gdy uwzględnimy różnice w osobowościach, status społeczno-ekonomiczny czy zachowania [228]. Posiadane przez ludzi wartości, przekonania i postawy wobec innych zdają się być szczególnie efektywnymi wskaźnikami subiektywnie odczuwanej samotności oraz lepiej przewidują poziom stresu i zdrowia niż obiektywne wskaźniki. Zbadano również związek między posiadaniem więzi społecznych oraz rozwijaniem się chorób zakaźnych. Relacje społeczne zdają się mieć korzystny wpływ na podstawowe parametry systemu immunologicznego, które regulują odporność [229]. Ci którzy posiadają większą ilość kontaktów są mniej podatni na przeziębienia i lepiej z nim sobie radzą [230], jak również zaobserwowano wolniejszy spadek liczby komórek CD4 układu odpornościowego w okresie 5-letnim wśród mężczyzn zakażonych HIV w Szwecji w zależności od społecznego wsparcia [231]. Dotychczas wykazano również, w badaniach obserwacyjnych i eksperymentalnych, pozytywny wpływ integracji społecznej na układ krążenia, neuroendokrynologiczny i immunologiczny [232-235]. Wiele badań wskazuje na ważną funkcję jaką od najwcześniejszych lat odgrywają w naszym życiu pozytywne więzi emocjonalne z najbliższymi nam osobami, wpływają one zarówno na poziom obciążenia alostatycznego jak i stanowią ochronę w sytuacji problemów ekonomicznych [236-239].

Z kolei duże prospektywne badania wykazały, że osoby wyizolowane społecznie mają wyższy ogólny współczynnik śmiertelności, przedwczesnej umieralności, a także śmiertelności w odniesieniu do poszczególnych chorób takich jak choroby układu krążenia i nowotwory [240-253]. Jedną z kluczowych ról, jak pokazują badania jest oddziaływanie wsparcia społecznego w sytuacji wystąpienia problemów zdrowotnych. Sieci społeczne, zwłaszcza intymne więzi i emocjonalne wsparcie zwiększają prawdopodobieństwo przeżycia, powrotu do zdrowia i mniejszego poziomu niepełnosprawności, w odniesieniu do zawałów serca, udarów mózgu i nowotworów złośliwych [254-270].

Wpływ sieci społecznych jest oczywiście zróżnicowany, może być pozytywny jak i negatywny, zarówno ze względu na charakter więzi łączących ludzi jak i siłę tych więzi [271-273]. Zróżnicowany w takiej sieci może być poziom dostępności poszczególnych zasobów takich jak zasoby materialne czy informacja, jak i to, że niektóre relacje społeczne wpływają negatywnie na zdrowie. Badania pokazują różny wkład w intymność [274] i dobre samopoczucie [275, 276], ale również negatywne konsekwencje: rozvodu czy utraty bliskiej osoby [277], złych relacji interpersonalnych i konfliktów [278-283], czy też dyspozycyjnych i poznawczych czynników, które przyczyniają się do samotności i depresji [284-286].

Spójność społeczna i kapitał społeczny

Integracja społeczna może być rozumiana i konceptualizowana zarówno na poziomie jednostkowym jak i zbiorowym [287]. Zintegrowana społecznie osoba ma wiele znajomości, w postaci intymnych kontaktów społecznych (małżeńskich, przyjacielskich, krewniczych) oraz szerszych, mniej intymnych (członkostwo w grupach religijnych i innych stowarzyszeniach). Na poziomie grupy, spójność społeczna to taki stan, w którym jest ona wyposażona w zapasy "kapitału społecznego", na który składają się między innymi moralne zasoby, takie jak zaufanie obywateli i normy wzajemności. Bardziej zintegrowane społecznie społeczeństwa wydają się mieć niższy poziom przestępczości, samobójstw i śmiertelności ze względu na wszystkie przyczyny (w tym choroby wieńcowe, raka, choroby naczyniowo-mózgowe, urazy niezamierzone, oraz śmiertelność niemowląt), a także lepszą ogólną jakość życia [288, 289]. Spójne społeczeństwo może oddziaływać na kilka sposobów na zdrowie:

- w takim społeczeństwie szybciej rozprzestrzeniają się informacje odnoszące się do zdrowia;
- istnieje również większy poziom kontroli społecznej, który reguluje skuteczniej niepożądane zachowania zdrowotne takie jak palenie papierosów czy picie alkoholu przez młodzież, oraz przekraczanie norm zwyczajowych czy prawnych, a także skuteczniej oddziałuje na lokalne władze [290];

- wpływ na zdrowie może wreszcie pojawiać się bezpośrednio poprzez psychologiczne następstwa, zapewniając wsparcie społeczne i działając jako źródło poczucia własnej wartości i wzajemnego szacunku, co pozwala tłumaczyć dlaczego samotne osoby żyjące w zintegrowanych społecznościach nie wydają się odczuwać, aż tak negatywnych skutków zdrowotnych, jak osoby żyjące w mniej zintegrowanych społecznościach [291-293].

Praca

Znaczenie pracy dla zdrowia jest tak oczywiste, że sfera ta doczekała się osobnej kategorii chorób zwanych chorobami zawodowymi. Zakresowo choroby te są bardzo zróżnicowane, ale ich przyczyny tkwią w dwóch zasadniczych sferach: w nadmiernej ekspozycji na niektóre czynniki ryzyka, co określa się jako szkodliwe warunki pracy (np. pylica płuc wśród górników jest następstwem pracy w pyle węglowym) oraz w intensywnej eksploatacji niektórych organów czy też funkcji organizmu (np. choroby narządu głosu wśród nauczycieli). Nie są to jednak jedyne możliwe konsekwencje zdrowotne jakie niesie za sobą praca. Współcześnie zwraca się uwagę również na takie aspekty jak szerszej rozumiane warunki pracy (wymagania w pracy, kontrola nad pracą), czy przebieg pracy (np. rozwój kariery zawodowej, downsizing czy bezrobocie)[294]. Miejsce pracy może również sprzyjać naszemu zdrowiu przez rozwijanie więzi społecznych w miejscu pracy, co między innymi pozwala zredukować stres i jego negatywne następstwa [295]. Dość dobrze udokumentowana jest koncepcja wiążąca duże natężenie w pracy ('job strain') z większym stresem i w następstwie gorszym zdrowiem fizycznym i psychicznym. Jest to model który kładzie nacisk na skutki relacji między poziomem wymagań w pracy, a poziomem kontroli nad pracą która jest dostępna pracownikowi. Dodatkowo współcześnie poszerza się ten model o wsparcie społeczne w miejscu pracy, co tworzy "iso-strain model" (poziom izolacji społecznej, poziom wymagań i poziom kontroli) [296, 297]. Badania pokazują związek między tym modelem a chorobami układu krążenia, szacunki mówią o tym, że nawet ok. 23% przypadków chorób serca można zapobiec jeśli uwzględnimy te aspekty [298-301]. Nowszy model równowagi między wysiłkiem i nagrodą (efford/reward) kładzie nacisk na to czy duży poziom wymagań równoważony jest przez odpowiedni poziom zadośćuczynienia w postaci pieniędzy czy prestiżu. Względne współczynniki ryzyka, w odniesieniu do incydentów choroby niedokrwiennej serca wśród brytyjskich urzędników, przy dużym wysiłku i niskim wynagrodzeniu wahały się od 2,59 do 3,63, w zależności od płci i określonego wieńcowego punktu końcowego [302].

Badania w wielu krajach wskazują również na zależność między bezrobociem a wyższymi standaryzowanymi współczynnikami śmiertelności [303-311] jak również wyższą zachorowalnością [312-315]. Nie tylko brak pracy, ale również zagrożenie utratą pracy jak

wykazano wpływa negatywnie na nasze zdrowie [316-320], pewien efekt (choć niejednoznaczny) powoduje również przejście na emeryturę [321, 322].

Nierówności społeczne

Niezmiernie ciekawą własnością społeczeństw, która wpływa na zdrowie, są nierówności społeczne. Badania pokazują, że państwa (czy też regiony), które mają zbliżony poziom dochodów per capita, ale różnią się jeśli chodzi o rozwarstwienie społeczne różnią się również wskaźnikami zdrowotnymi [323-329]. Współczynniki nierówności ekonomicznej (Giniego oraz Robin Hooda) wskazują na wysoką zależność z długością życia, wyższą całkowitą śmiertelnością, ale także śmiertelnością niemowląt oraz śmiercią z powodu choroby wieńcowej, raka i zabójstw. Trzy możliwe mechanizmy które tu działają to:

- niedoinwestowanie w kapitał ludzki - mniejsze wydatki na edukację i gorsze wyniki nauczania;
- erozja spójności społecznej - mniejszy poziom zaufania między ludźmi i mniejsza partycypacja w społeczeństwie obywatelskim [330-332];
- deprivacja względna - stopień w jakim ludzie dążą do ustalonego standardu zdrowotnego w danej społeczności i nie są w stanie go osiągnąć, odpowiada za wyższy poziom frustracji [333-336].

Dyskryminacja

Dyskryminację (rasową lub etniczną, kobiet, homoseksualistów, lub grup w różnym wieku), definiuje się jako zjawisko w którym członkowie niektórych grup społecznych traktowani są w gorszy sposób ze względu na przynależność do tych grup, czego następstwem są m. in. stresujące doświadczenia, które mogą mieć wpływ na wystąpienie chorób. Droga od dyskryminacji do braku zdrowia jest oczywiście bardziej złożona i obejmuje również narażenie, wrażliwość i reakcję na niekorzystne warunki życia, gorszą pozycję społeczno-ekonomiczną, różne rodzaje przemocy, czy gorszą dostępność do usług systemu służby zdrowia [337]. Prowadzone na różne sposoby badania wspierają tezę o negatywnym wpływie dyskryminacji na zdrowie [338-342].

Powyższe zestawienie nie wyczerpuje z pewnością nie tylko wszystkich możliwych aspektów, które łączą zachowania ludzi z ich zdrowiem, ani nawet wszystkich dotąd potwierdzonych empirycznie, prezentuje raczej główne, zróżnicowane nurty, które pojawiają się w nauce, którym przypisuje się obecnie największe znaczenie i z którymi wiąże się obecnie największe nadzieje eksplikacyjne.

2.3 Społeczeństwo późnonowoczesne

Społeczeństwa późnonowoczesne to takie formy społeczne które charakteryzują obecny poziom rozwoju świata. Nie podejmując się próby ścisłego zdefiniowania tego pojęcia, opisane zostaną jego szczególnie istotne cechy (typowe procesy). Choć obrana tu perspektywa za punkt odniesienia przyjmuje zmiany w najbardziej rozwiniętych krajach, opisywane procesy nie ograniczają się wyłącznie do tych krajów, lecz w mniej lub bardziej lokalnych odmianach mogą być obserwowane również na całym świecie. Wyróżnić przede wszystkim należy globalizację, która nadaje nowe znaczenie takim pojęciom jak społeczeństwo, człowiek czy więź społeczna, ponadto procesy związane ze zmianami w charakterze kapitalizmu, jako dominującego systemu ekonomicznego (hiperkapitalizm), malejąca rola tradycji w życiu codziennym (społeczeństwo posttradycyjne), rosnąca refleksyjność i określanie życia w kategoriach zagrożenia (społeczeństwo ryzyka), postępująca indywidualizacja, zmiany we wspólnotowości i organizacji społecznej (zatomizowane społeczeństwo nadzoru), a także coraz większa ilość i znaczenie informacji oraz środków dostępu do niej (społeczeństwo informacyjne, sieciowe, zmediatyzowane). Procesy te nie są niezależne od siebie, ale wzajemnie i zwrotnie na siebie wpływają, przy czym nie jest zasadne przedwczesne i uniwersalne określenie siły czy kierunku tych wpływów (co więcej, być może one same są przejawami jakiś głębiej ukrytych zjawisk). Można jednak zauważyć przenikanie i zacieranie się granic między różnorodnymi poziomami i wymiarami życia (np. poziom jednostkowy i ponadjednostkowy, wymiar podmiotowy i przedmiotowy, natura i kultura, itp.).

Globalizacja

Globalizacja to zjawisko które spaja wszystkie inne w jeden układ; jest procesem, w którym zwiększa się współzależność między ludźmi (ale nie tylko) w skali ziemskiej, oznacza to, że zasięg, częstotliwość, tempo, czy szerzej charakter więzi społecznych ulegają zmianie; horyzont tych zmian wyznacza ziemia, a ich istotą jest przekraczanie ziemskich granic i odległości społecznych, kulturowych, ekonomicznych i innych. Globalizacja nie przebiega wszędzie jednakowo i w takim samym czasie, nie wszystkie wymiary rzeczywistości w takim samym stopniu podlegają temu procesowi, a tym bardziej nie oznacza ona, że wszędzie niesie za sobą te same konsekwencje [343-347].

Globalizacja oznacza z jednej strony rzeczywiście postępujące zmiany w zależnościach, jak np.

powstanie globalnej klasy wyższej czy sieci przepływów, jak również reakcje na te zmiany, czyli zmiany w układach instytucjonalnych (systemowych itp). Jest to do pewnego stopnia samonapędzający się proces. Rozumiana tak globalizacja pociąga za sobą szereg konsekwencji zarówno w odniesieniu do życia ludzi jak i nierozzerwalnie z nim związanego zdrowia, począwszy od zmian w tzw. środowisku naturalnym, przez globalne konflikty międzynarodowe, ponadnarodowe korporacje i globalne produkty rynkowe, konfrontacje międzykulturowe, rozwój technologii komunikacyjnych i kontaktów wirtualnych, na powszechnej dostępności wiedzy i przenikaniu się wzorów zachowań kończąc. Stanowi też dla obu wymiarów nie lada wyzwanie.

Ponieważ globalizacja jest procesem który może być stymulowany lub osłabiany, ponadto może przybierać różny charakter (mówiąc ściślej nie jest procesem nieuchronnym, jednostajnym, jednokierunkowym i jednowymiarowym), pojawiają się pytania o jej zasadność i kształt. Przede wszystkim globalizacja jest mieszanką pozytywnych i negatywnych zjawisk (choć już przynależność do poszczególnej kategorii była by dyskusyjna), i o ile nie jest procesem nieuchronnym, o tyle zdaje się leżeć poza możliwościami decyzyjnymi pojedynczej agendy: instytucji, państwa czy grupy osób. Przekonanie wielu jednostek o tym, że globalizacja jest nie do uniknięcia, jest swego rodzaju aktem performatywnym, który działa jak samospełniająca się przepowiednia. W różnych swoich wymiarach proces globalizacji przyjmuje różne formy. Najczęściej o opisywanym zjawisku mówi się w sferze gospodarczej, gdzie oznacza on transgraniczny ruch towarów, usług, technologii i kapitału. Działania koncentrują się tu na znoszeniu wszelkich przeszkód (ujednoczenie przepisów, redukcja podatków, usuwanie taryf) w handlu międzynarodowym, co skutkuje integracją gospodarczą i powstaniem jednego światowego rynku [248, 249]. Proces ten oznacza również działania ekonomicznych instytucji ponadpaństwowych, takich jak Międzynarodowy Fundusz Walutowy, Światowa Organizacja Handlu, Bank Światowy, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju oraz korporacje ponadnarodowe, których budżety oraz możliwości wpływu przekraczają te posiadane przez państwa.

Hiperkapitalizm

Globalizacja gospodarcza ukierunkowana jest wizją ludzkości jako zunifikowanego społeczeństwa bez granic, pozbawionego państw i istotnych różnic kulturowych. Ta wizja w której wszelkie stosunki społeczne pełnią podrzędną rolę w odniesieniu do rynku, czy raczej w której wolny rynek we wszelkich sferach życia utożsamiany jest z najbardziej racjonalnym etapem rozwoju organizacji społecznej, pożądanym docelowym stadium ludzkości, które zapewni wszystkim jednostkom dobrobyt, określa się mianem neoliberalizmu. Doktryna neoliberalna tworzy

wizję świata nie mniej utopijną niż inne oświeceniowe narracje polityczne, ale wyznacza zarazem współczesne ramy ideologiczne działania. Zbawienie poprzez rynek urasta do rangi głównego przykazania, które w wymiarze jednostkowym ma zapewnić wolność i szczęście, natomiast w wymiarze organizacyjnym równość i sprawiedliwość. Ponadnarodowe organizacje próbują wdrażać tę ideologię ordynując mechanizmy deregulacji, liberalizacji i prywatyzacji w myśl hasła 'im mniej państwa tym lepiej', którego najlepszym bodaj przejawem jest Umowa Waszyngtońska. Jak każda uproszczona wizja rzeczywistości także i ta opiera się na nierealistycznych założeniach (np. homo oeconomicus, niewidzialna ręka rynku, samowystarczalność gospodarki), a doktrynalnie wprowadzana w życie prowadzi do szeregu niepożądanych i niespodziewanych konsekwencji (np. niszczenie środowiska naturalnego, rozwarstwienie społeczne, dezorganizacja życia społecznego). Problemem są więc nie tylko fałszywe założenia na których opiera się neoliberalizm, ale również ,wynikająca z nich, nierealność obietnic które składa, m. in. prowadzi do bogacenia się bogatych kosztem biedniejszych (w skali globalnej i wewnątrzpaństwowej), czyli odpowiada za rosnące rozwarstwienie oraz podporządkowanie się niewielkiej grupie osób, a także, co pokazują każdorazowo kryzysy gospodarcze, bez państwa nie jest w stanie egzystować [350, 351].

Niektórzy współcześni komentatorzy, z których wielu współtworzy, lub do niedawna współtworzyło, neoliberalny establishment, formułuje krytyczne opinie w odniesieniu do rynku, określając współczesne tendencje jako turbokapitalizm (Luttwak), rynkowy fundamentalizm (Soros), kasyno-kapitalizm (Strange), stadium rakowe kapitalizmu (McMurtry), swobodne spadanie (Stiglitz), MacŚwiat (Barber). Generalnie zwraca się uwagę na postępującą ekspansję kapitalizmu zarówno jeśli chodzi o zasięg terytorialny jak i nowe sfery życia które obejmuje (i próbuje zastępować np. relacje wspólnotowe jak rodzina, polityczne jak demokracja), a także zmiany w samym funkcjonowaniu systemu gospodarczego (finansjeryzacja - wzrost znaczenia obrotów pieniężnych kosztem towarowych, konsumpcjonizm - wzrost znaczenia konsumpcji kosztem produkcji, utrata kontroli właścicieli kapitału na rzecz jego zarządców). Pojęciem które dobrze oddaje te zjawiska jest hiperkapitalizm, czyli zdolność i skłonność kapitalizmu do absorbowania wszelkich zjawisk, utowarowienia ich i przekształcania w relacje rynkowe. Kapitalizm okazuje się systemem wysoce elastycznym, a jego zdolności adaptacyjne obejmują nie tylko takie sfery jak dobroczynność czy sieci społeczne, ale również wycelowany przeciwko niemu bunt (np. kontrkultura lat 60-tych). Pieniądz staje się głównym medium, pośrednikiem we wszelkiego rodzaju relacjach i ostatecznym kryterium oceny, który wszystko zamienia w towar. Już nawet nie produkcja czy sam towar stanowi o wartości, ale sam obrót pieniądza.

Wymiana towaru czyli rynek, wymaga do podjęcia decyzji szeregu informacji (informacja sama staje się towarem) na temat partnerów, produktu, otoczenia itp. niezbędnych do osiągnięcia zysku.

Zdobywanie informacji wymaga odpowiedniego instrumentarium, które w dzisiejszych czasach składa się z zaawansowanej techniki i zespołu ekspertów. Analizowanie zachowań konsumentów, akcjonariuszy, konkurentów, partnerów jak również samych przepływów i towarów, stało się normalnym elementem każdej wymiany. Wszechobecna technika, pod postacią różnorodnych czujników, sond czy kamer, rejestruje i monitoruje rzeczywistość przewidując i regulując zdarzenia. Zastosowane środki pozwalają na bardziej miękkie sterowanie niż tradycyjne środki kontroli. Tym samym z dotychczasowych ośrodków władzy państwowej władza przesuwana się do ośrodków gospodarczych. To kolejny wymiar globalizacji (poza pojawieniem się dużych podmiotów gospodarczych: korporacji międzynarodowych), powodujący zmniejszanie się znaczenia instytucji państwa.

Technicyzacja

Rozwój i rozprzestrzenianie się techniki to wraz z kapitalizmem główny element globalizacji, odpowiadający przede wszystkim za bazę na której globalizacja jest realizowana. Nie jest przy tym tylko i wyłącznie neutralnym środkiem, ale nadaje jej specyficzny charakter. Możliwość natychmiastowego (a nawet szybciej!) przesłania informacji czy też kapitału z jednego miejsca na świecie w drugie przy pomocy internetu, czy transport ludzi i niemal wszelkich towarów na drugim koniec ziemi w kilka godzin to zjawiska, które zasadniczo zmieniają ludzkie odczuwanie i rozumienie przestrzeni i czasu. W tym kontekście pojawia się między innymi pojęcie społeczeństwa sieciowego. Rozwój coraz bardziej zintegrowanej (ze sobą, ale również z ludźmi i ich światem) platformy technologicznej wraz z kapitalizmem stawia nie tylko pytanie o to jak zmienia się wskutek tego nasze życie (jakiego rodzaju modele życia są rozpowszechniane, możliwe, dopuszczalne i wspierane), ale również jakie pojawiają się formy kontroli (panoptikon), jakie treści kulturowe są dominujące, a jakie uznawane za prawomocne, czy wreszcie które grupy społeczne zyskują na globalizacji. Szczegółowa analiza dotycząca tych zagadnień zdecydowanie wykracza poza ramy niniejszego opracowania, ale warto zaryzykować kilka krótkich, ogólnych uwag.

Ekspansja techniki w powiązaniu z naukami, które dostarczają modeli analizy, stwarza niespotykane dotąd możliwości i formy kontroli. W publikacjach dotyczących tego aspektu pisze się o społeczeństwie nadzoru, w którym permanentnie znajdujemy się pod kontrolą, choć zazwyczaj nie uświadamiamy sobie tego dopóki nie okaże się, że przekroczyliśmy jakąś normę [352, 353]. Ta zewnętrzna kontrola ma najczęściej rozproszony charakter (różne ośrodki, brak zindywidualizowanego algorytmu), ale w szczególnych przypadkach może być w stosunkowo łatwy sposób skonsolidowana (np. wykorzystana przez odpowiednie organy władzy państwowej, czy cyberprzestępców); co ważniejsze jednak konsolidacja ma przede wszystkim charakter

systemowy (pełni rolę ogólnie narzuconego regulatora). Stechnicyzowanemu nadzorowi towarzyszy wzmiankowany już proces indywidualizacji, czyli zrzucania na jednostkę (oczekiwanie od niej) odpowiedzialności za swój stan, zachowanie i ponoszenie konsekwencji różnorodnych zdarzeń w których uczestniczy.

Po drugie, przynajmniej w założeniu, globalizacja ma być procesem, który umożliwia koegzystowanie różnorodnych treści kulturowych, bez faworyzowania jakichkolwiek. W rzeczywistości treści pochodzące z tzw. centrum (najbogatsze, najlepiej rozwinięte technologicznie regiony) zdecydowanie przeważają; tym samym globalizacja staje się metodą narzucania (i utrzymywania) dominacji kulturowej - za kapitałem i technologią podążają idee i rozwiązania niegdysiejszych imperiów i państw kolonialnych. Formą kontaktów i radzenia sobie z różnymi, czasami sprzecznymi wartościami, normami i innymi elementami kulturowymi, jest występująca nie tylko w skali globu, fałszywa i paternalistyczna tolerancja (uprzedmiotowienie i petryfikacja podrzędności).

Wreszcie globalizacja tworzy nowe więzi, wspólnoty i stowarzyszenia, ale również nowe kryteria podziałów społecznych. Nie wszyscy są w równym stopniu włączeni w ten proces. Poza niektórymi aspektami globalizacji pozostają osoby bez dostępu do technologii sieciowej (przede wszystkim biedni), ale również ci którzy nie radzą sobie ze standardowym interfejsem (i 'absorbownością') tej technologii (głównie starsze osoby). Podstawową obietnicą, której jak dotąd globalizacja nie spełnia, jest obietnica zysków dla wszystkich. Globalny kapitalizm opiera się na trzech filarach swobodnego przepływu: kapitału, dóbr i usług, brakuje jednak swobody przepływu pracy, w konsekwencji oznacza to uprzywilejowanie czynników produkcyjnych i przenoszenie tzw. kosztów zewnętrznych na poziom lokalny (np. koszty społeczne bezrobocia, czy zanieczyszczenia). Problemy te potęguje jeszcze rosnąca na skutek rozwoju technologii produktywność pracy [354]. W wymiarze ziemskim powstaje wąska grupa uprzywilejowanych (klasa władzy), tych którzy znacznie zyskują na globalizacji (akumulacja kapitału), oraz rosnące globalnie i w wielu miejscach na świecie również lokalnie rozwarstwienie [355, 356]. Tak więc globalizacja w sferze ekonomicznej powiązana jest nieodłącznie z globalizacją społeczną, kulturową czy technologiczną.

Detradycjonalizacja i racjonalizacja

Innym ważnym współcześnie procesem, który zapoczątkowała modernizacja jest malejące znaczenie tradycji. Stosunki międzyludzkie w społeczeństwach przednowoczesnych wyznaczone były przez zwyczaje i obyczaje zakorzenione w przeszłości poszczególnych wspólnot kulturowych. Status społeczny, tożsamość i styl życia jednostki były zasadniczo zależne i podobne do ich rodziców. Zmiany postępowały wolno, a istniejące normy społeczne i wiedza oparta na

doświadczeniu poprzednich pokoleń pozwalały trwać tym wspólnotom. Powstanie nowoczesnego państwa wiązało się z centralizacją władzy i rozwojem systemów, które miały kontrolować i koordynować różnorodne wewnętrzne procesy. Spośród najważniejszych na uwagę zasługują system gospodarczy i polityczny. Pierwszy odpowiadał za dystrybucję dóbr materialnych (co oznaczało mniejszą lub większą reglamentację w zależności od rodzaju dobra), drugi natomiast wiązał się z dystrybucją władzy (wyłanianiem elit politycznych oraz egzekwowaniem władzy przez instytucje biurokratyczne). W zachodnim kręgu kulturowym dwa rozwiązania (w swoich różnorodnych wariantach) zdominowały te sfery: liberalny kapitalizm w gospodarce oraz liberalna demokracja w polityce. Również w innych systemach rozwinęły się specyficzne zasady i sposoby działania. Warto tu jeszcze wyróżnić systemy nauki i techniki, które rozwijają ogromne zasoby coraz bardziej drobiazgowej wiedzy dotyczące najróżniejszych obszarów oraz nowe narzędzia kontroli tych obszarów. Złożoność nowoczesnego świata wymagała specjalistów, którzy orientowali by się lepiej niż przeciętny człowiek w materii poszczególnych obszarów. Z perspektywy zdrowia poza stricte medycznymi zawodami (rosnąca wewnątrz medycyny specjalizacja jest tego bardzo dobrym przykładem), ważne są także te zajmujące się zarządzaniem i organizacją służby zdrowia (zdrowie publiczne), technologią żywności, zagrożeniami środowiskowymi, czy badaniami genetycznymi – żeby wymienić tylko kilka z nich. Specjalistyczne zadania i wiedza wymagają wiarygodnych i kompetentnych ekspertów. To rozczłonkowanie i zróżnicowanie poszczególnych aspektów rzeczywistości skutkuje również postępującą fragmentaryzacją życia jednostek. Przebiegające niegdyś w ramach jednego (czy też niewielkiej liczby) w miarę spójnego uniwersum, wyznaczonego tradycją opartą w religii (bezpieczeństwo ontologiczne), życie toczyło się utartymi (kolejne rytuały religijne przeplatające się z zawodowymi), przewidywalnymi koleinami. Nowoczesność wytworzyła jak się zdawało życie bezpieczniejsze (jeśli mierzyć je długością życia), ale również mniej pewne (dominuje poczucie niepewności, nie związana z modernizacją opresja, a sam wybór i konkretny wybór staje się źródłem cierpienia) i mniej spójne (coraz więcej zależy od ludzi nam obcych oraz zjawisk na które nie mamy wpływu). Zadania dotąd realizowane w ramach wspólnot, związane z relacjami osobistymi i pochodzeniem, zaczęły nabierać charakteru bardziej zdepersonalizowanego (formalizacja reguł, systemowość), nadzorowanego oraz wieloznacznego (przebiegającego w ramach różnych obszarów znaczeń czy logik).

Postępująca racjonalizacja życia dokonuje się przy pomocy instytucji biurokratycznych, które regulują i porządkują różnorodne jego wymiary, zarazem jednak nie są w stanie nadać mu sensu. Świat przeżywany pozostaje rezerwuarem znaczeń, ale jest w coraz większym stopniu narażony na działania systemowe (Habermas mówi w tym kontekście o kolonizacji świata życia). Rosnąca (strukturalizujące bezosobowe zasady jako konsekwencja przyjętych mechanizmów działania)

autonomizacja i siła systemów wiąże się z wypieraniem tradycyjnego religijnego i moralnego aspektu życia na rzecz codziennych aktywności i natychmiastowego spełnienia (zbawienie w doczesności). Odczarowanie świata i wtłoczenie go w racjonalną logikę systemów wyjaławia go z sensów i stawia sam projekt modernizacji pod znakiem zapytania, ponieważ tym samym podkopuje jego fundamenty [357]. Procesy reprodukcji, socjalizacji czy integracji, które dotąd odpowiadały za nasączenie życia sensem (nadanie mu poczucia celu) i podmiotowość, wchłaniane są przez systemy i przez nie administrowane. Przy tym systemy na wejściu potrzebują jedynie pewnego uczestnictwa (podejmowania aktywności rynkowej, uczestnictwa w wyborach), którego nie potrafią ukierunkować i wymóc. W rezultacie modelem działań modernizacyjnych staje się nietzscheański ‘ostatni człowiek’ - żyjący dla wygody, zgodnie z narzuconymi regułami, z których nie próbuje się wyłamać (chyba, że w celu zwiększenia racjonalności), a jego skrajną postacią jest apatyczna, skoncentrowana na własnych niewielkich przyjemnościach jednostka.

Drugą (ale nieodłączną) stroną racjonalizacji jest, prezentowany w pracach francuskiego badacza Foucault, proces dyscyplinowania, który przez mechanizmy normalizacji stwarza kryteria, wyznacza właściwe drogi i podsuwa odpowiednie narzędzia (w coraz mniejszym stopniu drastyczne), aby jednostki same angażowały się w pracę związaną z kształtowaniem własnego życia. Zarządzanie własnym życiem, przez nabywanie pożądanych kompetencji i podejmowanie ‘własnych i słuszych’ decyzji, podpowiadanych przez ekspertów w oparciu o dowody naukowe, ma na celu osiągnięcie lepszego, szczęśliwszego a także zdrowszego życia [358, 359]. Programowanie własnego życia korzystając z dokonań nauk i traktowanie go jako inwestycji, która powinna zwrócić się jeszcze za życia, to elementy współczesności w których tradycja odgrywa wtórną rolę.

Dzisiaj tradycja nadal pozostaje rezerwuarem sensów tam gdzie systemy jeszcze nie wkroczyły, wyznacza ramy identyfikacyjne, ale nie tyle narzuca tożsamości co pozwala wybierać z nich te treści, które w nowej sytuacji wydają się najlepsze (pożądane, przydatne itp.). Ten wybór w dużym stopniu jest funkcją systemów, gospodarczego i politycznego (jest przez nie stymulowany i zapośredniczony), jest jednym ze sposobów w jaki rynek i demokracja przyswoiły wielokulturowość. Ponadto często oznacza to, co za Slavojem Žižekiem można określić mianem bezkofeinowej tradycji; tak jak kawa bezkofeinowa, czy piwo bezalkoholowe, zachowuje swój smak, ale traci swoją istotę. Zjawisko to znane jest pod nazwą folkloryzmu [360].

Ryzyko

Zjawiskiem związanym z detradycjonalizacją jest, również będące następstwem modernizacji (rozumianej jako rozwój racjonalizacji i jej szerokich następstw), określenie współczesnych

społeczeństw w kategoriach ryzyka. Szerzej opisał (i rozpropagował) tę koncepcję niemiecki socjolog Ulrich Beck w swojej publikacji 'Społeczeństwo ryzyka' [361]. Przy tym nie jest to po prostu jakiegokolwiek ryzyko, ale ryzyko w swoim charakterze globalne (zagrożające, we wszelkich jego przejawach, samemu życiu na ziemi), mające swe źródła w nowoczesności oraz rosnące wraz z nią. Zagrożenia stwarzane przez wysoce rozwinięte siły wytwórcze przekraczają wszelkie istniejące dotychczas granice i niweczą wszelkie próby ograniczenia obszarów ich występowania. Nowy rodzaj ryzyka tym różni się od starego, że jest rezultatem działań systemów, a nie pojedynczych podmiotów oraz dotyka wszystkie osoby niezależnie od ich pozycji społecznej (przy czym 'stare ryzyko' nadal jest dystrybuowane przez hierarchie społeczne). Ryzyka nuklearne, różnorodne zanieczyszczenia (w charakterze – chemiczne, biologiczne, radioaktywne – oraz w sferze – gleba, powietrze, żywność), dewastacja środowiska, czy kryzys gospodarczy mają tendencję do globalizacji. Co istotne ryzyka te generowane są przez systemy kierujące się zasadami racjonalności, są następstwem działań zmierzających do ujarznienia starego (klasycznego) ryzyka (przez zwiększenie poziomu bogactwa i szczęścia). Dążenia związane z utrzymaniem pokoju, zwiększeniem produktywności, przeniesienia produkcji na drugi kraniec ziemi, wracają w postaci nieprzewidzianych skutków ubocznych (tak zwany efekt bumerangowy). Odległe od siebie jakościowo, czasowo i przestrzennie zjawiska okazują się połączone przyczynowo i powiązane społecznie w kategoriach odpowiedzialności (działań władz, ustanawiania i egzekwowania prawa, ponoszenia kosztów i konsekwencji). Zjawisko to występuje także w znacznym stopniu w sferze zdrowia (antybiotyki, dopalacze, choroby cywilizacyjne) oraz szerzej w sferze stylu życia (pracoholizm, ortoreksja) .

Informacja, medium, sieci

Równie ważnym procesem, zasadniczo zmieniającym życie ludzi w ciągu ostatnich dziesięcioleci, jest postępujący rozwój technologii zwłaszcza w sferze komunikacji międzyludzkiej, pozaludzkiej oraz między urządzeniami i ich użytkownikami (różnorodne sposoby i formy wytwarzania, przetwarzania, udostępniania, przesyłania i przechowywania informacji). Rozwój technologii komunikacyjnych stanowi bazę dla przeobrażania się kontaktów (oraz innych relacji) społecznych w nową jakość określaną mianem społeczeństwa informacyjnego, sieciowego, zmediatyzowanego itd.. Poszczególne przymiotniki próbują uchwycić kluczowe aspekty tego nowego społeczeństwa, ale każde z nich kładzie nacisk na nieco inne właściwości. Warto w skrócie przywołać najważniejsze z nich. Droga od społeczeństwa tradycyjnego do jego obecnych form wiodła przez społeczeństwo masowe, które określono tak w chwili, gdy rewolucja przemysłowa spowodowała wzrost poziomu urbanizacji, z czym wiązał się wzrost anonimowości, swego rodzaju

uniezależnienie więzi społecznych od bliskości zamieszkania i wzrost znaczenia masowych ruchów społecznych, powiązanych z tradycyjnie rozumianymi ideologiami (wyłonienie się publiczności). Masowa propaganda przy pomocy środków masowego przekazu stanowiła podstawę kultury masowej, którą próbowano sterować wykorzenione grupy społeczne [362, 363]. Szybko jednak stało się jasne, że relacje międzyludzkie nie są tak urzeczowione jak to zakładano, a więzi w małych i średnich grupach społecznych bynajmniej nie straciły na znaczeniu (m. in. prace Paula Lazarsfelda). Zainicjowany w Japonii projekt społeczeństwa informacyjnego, miał powiązać różne sfery życia z rozwojem telekomunikacji i informacji, jednak sam ten proces rozpoczął się znacznie wcześniej, a sama informacja nie wyznacza odrębnej epoki czy dziedziny aktywności, stanowi bowiem ona podstawę zjawisk biologicznych czy kulturowych [364]. Dopiero rozwój mikrokomputerów i połączenie ich ze sobą w jedną całość zintensyfikował i zmienił charakter tego procesu. Manuel Castells używa w tym kontekście pojęcia społeczeństwa sieciowego [365]. O ile sieciowy charakter społeczeństwa znany był i badany już wcześniej, o tyle pojawienie się wspólnej platformy elektronicznej, integrującej różne sfery życia i najodleglejsze punkty na ziemi, diametralnie przekształca istniejący dotąd porządek społeczny. Nieustanny i natychmiastowy dostęp do oplatającej glob sieci informacyjnej stwarza nowe koordynaty oraz możliwości wpływu na rzeczywistość. Goban-Klas mówi w tym kontekście o społeczeństwie medialnym, w którym dominującą formą kontaktów są kontakty zapośredniczone przez media, a wirtualność, stwarzana przez wszechogarniające środowisko medialne, staje się rzeczywistością człowieka [366]. Kultura hipertekstu przekształca materialną substancję doświadczenia ludzkiego, czas i przestrzeń, w achroniczny czas i przestrzeń przepływów. Wraz z tymi zmianami zmienia się charakter relacji międzyludzkich oraz sam człowiek. Nie własność, ale dostępność do dóbr jak mówi Rifkin [367], staje się kluczowym wyznacznikiem posiadania, władzy i miejsca w strukturze społecznej. Nowe media tworzą nowe grupy wykluczonych, pozbawionych dostępu, zmarginalizowanych ze względu na brak umiejętności korzystania z tych mediów, zarówno w sensie technicznej sprawności ich użytkowania, jak i posługiwania się nimi w codziennym życiu, w zabawie i pracy. Postępujące zmediatyzowanie niesie ze sobą nie tylko nadzieję na lepsze życie, ale również niepokój o ich dominującą nad człowiekiem rolę, o pomijanie aspektów obywatelskich i ludzkich. W podobnym tonie wypowiada się jeszcze bardziej radykalny w swych diagnozach John Urry, który mówi o konieczności porzucenia tak niejasnych i sztywnych konstruktów jak społeczeństwo, na rzecz mobilności, które stanowią dominujące formy we współczesnym świecie. Przepływy towarów, ciał czy informacji, łączą się w hybrydowe sieci, w których przekraczane są niemal wszelkie dotychczasowe granice, gdzie interakcyjność wymusza nowe rodzaje podmiotów (aktantów), a czas poza funkcją ujarzmiania rzeczywistości (czas zegarowy), nabiera prędkości, stając się czasem

zdesynchronizowanym, o charakterze kolażu, skupionym na teraźniejszości itd. (czas momentalny). Wszystko to razem powoduje, że dotychczas używane metafory stałości, pojęcia społeczności czy obywatelstwa, opartego na państwie narodowym oraz określonych prawach i obowiązkach, zaczynają w coraz mniejszym stopniu przystawać do rzeczywistości [368].

Procesy społeczne a zdrowie

Wszystkie opisane powyżej procesy mają oczywiście swoje odzwierciedlenie i konsekwencje w sferze zdrowia:

- globalizacja wiąże się z upowszechnianiem dostępu do wiedzy na tematy związane ze zdrowiem, rosną możliwości kontaktu z osobami w podobnej sytuacji zdrowotnej lub specjalistami medycznymi na całym świecie, ale również rozpowszechniają się globalne zagrożenia zdrowotne (takie jak katastrofy ekologiczne, ataki terrorystyczne, zagrożenie nuklearne, kryzysy gospodarcze, rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych itp.), przepływy towarów i usług dotyczą również medycznych aspektów (takich m. in. jak leki, części ciała wykorzystywane w transplantacji, turystyka medyczna czy wynajmowanie surogatek), ostatnia rzecz związana z globalizacją to postrzeganie rozprzestrzeniania się wzorców zachodniej medycyny jako utrwalania postkolonialnej dominacji;
- hiperkapitalizm przyczynia się do urynkowania, utowarowienia i technologizacji samego zdrowia oraz procesu leczenia, wywierając zarazem presję na rozszerzanie wachlarza dóbr i usług zdrowotnych;
- zwiększa się wiedza i możliwości nadzoru nad jednostkami oraz grupami, które traktowane są w coraz większym stopniu jak populacja wymagająca kontroli (biowładza);
- detradycjonalizacja i racjonalizacja wiążą się z systemowym zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych, kosztem wspólnot rodzinnych, oraz z medykacją;
- społeczeństwo ryzyka można postrzegać jako ucieleśnienie idei o prymacie bezpieczeństwa zdrowotnego,
- indywidualizacja oznacza koncentrację na jednostkach, kosztem czynników społecznych i środowiskowych, a także wraz z erozją sfery publicznej, coraz rzadsze ujmowanie zdrowia w kategoriach dobra wspólnego;
- wreszcie poszerzające się czasowo i przestrzennie doświadczenie rzeczywistości oraz narastająca wirtualność tego doświadczenia generuje nowe problemy związane ze zdrowiem, z których część stanowią stare problemy w nowych szatach (np. uzależnienia, przemoc i lęki związane z nowymi technologiami), część zaś zupełnie nowe zjawiska np. integracja biotechnologiczna (cyborgizacja, poszerzanie pola sensorycznego i motorycznego

człowieka), czy hakowanie urządzeń wspomagających i zastępujących części ciała (głośna stała się sprawa wadliwego oprogramowania w rozrusznikach serca, nad którymi można było przejąć zewnętrzną kontrolę).

Utowarowienie zdrowia możemy obserwować na wiele sposobów. Generalnie zdrowie staje się dobrem, które współczesny człowiek próbuje nabyć (trafia ono na rynek i staje się elementem wymiany). Kluczowe trzy zjawiska, które się z tym wiążą to niedookreśloność zdrowia, stąd nabywanie raczej usługi niż jej rezultatu (choć nie zawsze tak było, vide Starożytny Rzym), ponadto klientelizacja relacji między lekarzem i pacjentem, oraz akcent na programowanie życia (zdrowie jako cel sam w sobie). Pierwsze zjawisko wiąże się z charakterem zdrowia, które jest otwartym projektem, zmieniającym się z czasem i przestrzenią kulturowo-społeczną; otwartość ta wynika z różnych nieredukowalnych wzajemnie wymiarów zdrowia: subiektywne|obiektywne, jednostkowe|kolektywne, organiczne|funkcjonalne, a następstwem jest proces de/medykalizacji. Klientelizacja relacji lekarz-pacjent oznacza złożoną zmianę w dotychczasowych rolach, po obu stronach tej relacji, przy czym rozumiana może być jako przenoszenie reguł rynkowych na pole zdrowia. Specjalizacja i technicyzacja procesu leczenia ogranicza holistyczne podejście do pacjenta, a postępująca standaryzacja procedur medycznych zwiększa nie tylko skuteczność działań lekarza, ale również możliwości kontroli nad nim. Na to nakłada się rosnąca presja (głównie finansowa) ze strony firm ubezpieczeniowych i farmaceutycznych, a w przypadku wielu krajów również kontrola ze strony dysponentów środków publicznych (w Polsce NFZ), konsekwencją jest zmniejszanie się władzy lekarza (proces ten nie jest jednokierunkowy, towarzyszy mu poszerzanie się zakresu działań medycyny). Również pacjenci zyskują więcej władzy, przy czym jest to rezultat zarówno narzucanej im podmiotowości jak i jej zdobyciom, tzn. oczekuje się od pacjentów większej odpowiedzialności za zdrowie, co (w zestawieniu z dostępnością wiedzy, zwiększaniem się pozycji edukacyjnej społeczeństwa itp.) skutkuje kierowaniem wobec służby zdrowia większych oczekiwań. Dotykamy w tym miejscu jednego z dylematów współczesnej medycyny, otóż bazując na coraz bardziej zaawansowanej technice i coraz to nowszych odkryciach naukowych, a także pozostając w zgodzie z imperatywem nie pozbawiania nadziei, medycyna wytwarza wokół siebie wrażenie omnipotencji, choć nadal wobec wielu problemów pozostaje bezradna, a koszty jakie generuje w przypadku niektórych bardzo drogich procedur, stawiają pod znakiem zapytania celowość takich wydatków. Coraz wyższe nakłady z jakimi wiąże się działanie współczesnego systemu służby zdrowia mają również dwa inne następstwa związane ze zmianami w opisywanej relacji, to jest rozrost medycyny niekonwencjonalnej oraz usług finansowanych przez prywatne podmioty (jednostki, ubezpieczalnie, zakłady pracy).

Z ostatnim zjawiskiem związana jest samorealizacja, która staje się podstawowym

wyznacznikiem działania (narzucana systemowo indywidualizacja); jej nieosiągalnym celem jest szczęście, kryterium - samozadowolenie, a sferami realizacji konglomerat aktywności społecznych (rodzina, praca, hobby) i sensualnych (jedzenie, seks, używki) - przy czym tracą one swój instytucjonalny charakter, na rzecz subiektywnie doświadczanego spełnienia. Dwa kierunki współgrają tu ze sobą: odkrywanie siebie (kim jestem, czego chcę) oraz kreowanie siebie (co pozwoli mi się zrealizować). Znaczący z tej perspektywy jest współczesny przekaz reklamowy, który pod postacią "podążania za własną naturą", "robieniem tego, co chcemy", "bycia sobą", itp. skłania nas do konsumowania oferowanych w reklamie towarów. W całkiem jednoznacznym komunikacie system (w formie reklamy) ustanawia relację między samorealizacją i koniecznością uczestnictwa w wymianie handlowej.

Sukces życiowy ma dziś charakter holistyczny [369], a zdrowie jest nie tylko jego warunkiem, co było podstawą w czasach industrializacji, gdy dobre zdrowie umożliwiało pracę i sukces materialny, ale i celem. Obok tendencji indywidualistycznych, czyli akcentowania znaczenia działań jednostki dla jej zdrowia (kosztem czynników od niej niezależnych), bardzo wyraźna jest też wspomniana już tendencja (w istocie będąca rozwinięciem tej poprzedniej) przekształcająca pacjenta w konsumenta zdrowia, czyli klienta. Wiązą się z tym takie opisywane wcześniej aspekty jak większy nacisk na dostęp do informacji przez pacjenta, wyrównywanie pozycji lekarza i pacjenta w procesie leczenia, zwiększanie sfery wyboru po stronie pacjenta, czy ograniczanie nadużyć po stronie lekarza, względem pacjenta [370, 371]. Na poziomie formalnych rozwiązań przybiera to postać praw pacjenta, coraz częściej egzekwowanych przy użyciu sądów, a także mediów. Główne zadanie przypada samodzielnym decyzjom jednostki, które będą wystarczająco subiektywnie racjonalne (w założeniu), jeśli pacjent będzie posiadał odpowiednią wiedzę z dziedziny zdrowia. W rezultacie możemy nie tylko obserwować rosnący dostęp do wszelkich informacji dotyczących zdrowia (wiedzy, ale i danych indywidualnych), jak również coraz bardziej powszechne oczekiwania ze strony systemu (pod postacią różnorodnych bodźców, takich jak informacje i zachęty do prozdrowotnych zachowań ze strony lekarzy podczas tradycyjnych wizyt, różne formy edukacji zdrowotnej oraz działań profilaktycznych i promocji zdrowia, a przede wszystkim przejście przez rynek haseł zdrowotnych), żeby brać zdrowie we własne ręce. Współczesny pacjent - klient, wyposażony we władzę i informacje stawia bardziej adekwatną autodiagnozę, jest bardziej krytyczny wobec działań lekarzy, konsultuje ich rozpoznanie i zalecenia z innymi lekarzami oraz stara się wpasować aktywność zdrowotną w swoje życie i system wartości. Niektórzy łączą ten proces z demedykalizacją [372], zwracając uwagę na rosnącą autonomię jednostek, grup i ruchów społecznych, kosztem systemowych instytucji medycznych; co jednak ważniejsze nie oznacza to wycofywania się tych instytucji z życia ludzi, ale wprost przeciwnie,

rosnący ich wpływ (rozwój medycyny włącza kolejne obszary w zakres swojej działalności) oraz powstawanie nowych instytucji usurpujących sobie prawo do ingerencji w nasze życie pod sztandarem zdrowia (upowszechniają się różnego rodzaju terapie postrzegane uprzednio jako nie mające stricte charakteru medycznego, jak aromaterapia, hippoterapia itd., jak również od lat 70-tych rosnącą popularnością cieszą się różnego rodzaju niekonwencjonalne metody lecznicze: homeopatia, bioenergoterapia, itd.). Coraz częściej także gdy nic im nie dolega, jednostki analizują rzeczywistość przez pryzmat zagrożeń zdrowotnych (czy grożą mi jakieś choroby dziedziczne; czy środowisko zamieszkania jest zdrowe; czy produkt, który zamierzam nabyć jest szkodliwy; czy można palić w tym pubie itp.) i szukają odpowiedzi oraz pomocy w szeroko rozumianym systemie zdrowotnym. Można stwierdzić, że współczesny człowiek jest coraz bardziej zaabsorbowany zdrowiem, które staje się jednym z ważniejszych wymiarów życia, w całym swoim szerokim spektrum znaczeń i strukturalizuje je wewnętrznie, jako (pożądany i prawomocny) motyw działania oraz zewnętrznie, pod postacią danej kultury zdrowotnej.

Stając się wartością autoteliczną zdrowie nie może być dłużej wyłącznie obiektem działań naprawczych (stąd też nie jest wystarczająco definiowane go w kategoriach negatywnych), ale staje się obiektem działań zapobiegawczych. Nastawiony na zagrożenia, które mogą pojawić się w przyszłości współczesny człowiek zmuszony jest podporządkować jej terażniejszość. Profilaktyka zdrowotna, a w jeszcze większym stopniu promocja zdrowia, stają się dziś podstawowymi instrumentami zarządzania ryzykiem. Zarówno na poziomie jednostek jak i na poziomie grup, zasady (często niejednoznaczne) formułowane przez ekspertów określają pożądany prozdrowotny styl życia. Zasady te nie tylko mówią jakie działania podejmować by unikać problemów zdrowotnych, ale skłaniają do ciągłej czujności i aktywnego kształtowania swojego rezerwuaru zdrowia, przez korzystne oddziaływanie na procesy wewnętrzne (szereg układów biologicznych oraz psychika) oraz zewnętrzne środowisko życia (środowisko zarówno fizyczne, biologiczne jak i społeczno-kulturowe). Pod postacią coraz bardziej szczegółowych codziennych zaleceń (lista tych zaleceń rośnie wraz z rozwojem medycyny), życie poddaje się rygorowi zdrowia i coraz trudniej odróżnić styl życia od profilaktyki. Pewna autonomia, którą nabywają klienci, wiąże się z niezbywalną odpowiedzialnością (co przeradza się w poczucie winy, gdy nie uda się jej sprostać) oraz sama w sobie jest narzuconą przez system formą zarządzania i kontroli (ponadto unikanie odpowiedzialności, działania antyzdrowotne spotykają się z reakcją otoczenia społecznego, współpracowników, ubezpieczyciela, lekarza itp.).

Sposobem w jaki system próbuje neutralizować presję wewnętrzną i zewnętrzną jest, kolejna konsekwencja traktowania zdrowia jako towaru, jego rosnąca estetyzacja. Zarówno sama usługa jak i produkty z nią związane pod wpływem rynku stają się coraz bardziej atrakcyjne. Konsekwencje to

z jednej strony bardziej przyjazne kontakty między personelem a klientem, projektowanie placówek medycznych w sposób zmniejszający strach i obcość, czy lepsze walory sensoryczne i aplikacyjne leków oraz zabiegów (co ma również głębokie uzasadnienie zdrowotne), z drugiej natomiast podkreślanie estetycznych zalet prozdrowotnego stylu życia (właściwa sylwetka, higieniczność, brak negatywnych konsekwencji używek itp.). Estetyzacja jako dostosowanie produktu do oczekiwań konsumenta wiąże się tu z generalnie rosnącą rolą samej estetyki w medycynie. Ponieważ gros usług dotyczących zdrowia wymaga indywidualnych nakładów finansowych (nie są częścią ubezpieczeń), zdrowie jako towar i aspekt stylu życia staje się w coraz większym większym stopniu, różnicującym elementem stylizacji odtwarzającym, pognębiającym i generującym podziały społeczne.

ROZDZIAŁ 2: Struktura badań empirycznych wraz z wynikami badań

Część druga opisuje procedurę zastosowaną przy badaniach empirycznych, wraz z przyjętymi rozwiązaniami konceptualnymi i operacyjnymi, oraz prezentuje otrzymane wyniki przeprowadzonych analiz.

1 Cele badań empirycznych – w postaci pytań i zadań

Problem badawczy możemy rozbić na zbiór ogólnych pytań badawczych:

1. Jaki jest poziom zdrowotności stylu życia w Polsce obecnie?
2. Jak się zmieniały style życia w wymiarze zdrowotnym w ciągu ostatnich lat i jakie są prognozy dalszych zmian?
3. Od czego współcześnie zależy zdrowotność stylu życia?
4. Jakie treści związane ze zdrowym stylem życia propagowane są przez media masowe, na przykładzie internetu?

Bardziej konkretnie można przedstawić to w postaci zadań:

1. Wyznaczenie poziomu zdrowotności stylu życia Polaków.
2. Wskazanie grup społecznych różniących się między sobą poziomem zdrowotności stylu życia.
3. Charakterystyka zmian zdrowotności stylu życia w ostatnich latach.
4. Określenie przewidywań co do dalszych zmian zdrowotności w stylu życia.
5. Wskazanie czynników wpływających na poziom zdrowotności stylu życia.
6. Ustalenie jak zdrowy styl życia definiowany jest w mediach (jakich sfer dotyczy, jakie są mechanizmy wyjaśniające).
7. Scharakteryzowanie komunikatu formułowanego w mediach dotyczącego zdrowego stylu życia.

2 Materiały i metody empiryczne

Celem niniejszego badania empirycznego jest opisanie i wyjaśnienie zjawiska zdrowego stylu

życia na podstawie dwóch źródeł: cyklicznego, panelowego badania ogólnopolskiego diagnoza społeczna [1], dostępnego do wolnego pobrania ze strony internetowej, w postaci bazy danych, raportów i zastosowanych narzędzi badawczych (kwestionariusze i instrukcje), oraz samodzielnie utworzonego zbioru treści zamieszczanych w internecie. W przypadku pierwszego źródła danych na które składają się wyniki ankiet (w badaniach z roku 2011 przebadano 12386 gospodarstw domowych i 26453 indywidualne osoby, dobrane do badań przy pomocy losowania warstwowego) do ich analizy wybrano techniki statystyczne (przede wszystkim modelowanie równań strukturalnych, gradacyjna analiza danych), aby scharakteryzować poziom zdrowotności stylów życia Polaków oraz określić odpowiedzialne za to czynniki. Natomiast w przypadku drugiego ze źródeł, gdzie dane stanowią treści zamieszczone w internecie, opublikowane na głównych polskich portalach (gazeta.pl, interia.pl, onet.pl, wp.pl) w kwietniu 2013, do ich analizy wybrano analizę treści, która pozwala w sposób zarówno jakościowy jak i ilościowy, opisać przekaz medialny, związany ze zdrowym stylem życia.

Ponieważ problem badawczy dotyczy zjawiska wielowymiarowego przyjęto trzy odmienne strategie próbujące uchwycić te wymiary: przy określaniu czynników wpływających na realizowany zdrowy styl życia wykorzystano modelowanie równań strukturalnych, przy wyznaczaniu skupień cech posłużono się gradacyjną analizą danych, natomiast przy charakterystyce przekazu medialnego zastosowano analizę treści. Wspólną cechą tych podejść, przy zasadniczych między nimi różnicach, jest wykorzystanie obliczeń statystycznych do uzyskania wiarygodnych rezultatów (w przypadku analizy treści jest to jeden ze sposobów).

3 *Konceptualizacja i operacjonalizacja – uzasadnienie wyborów metodologicznych*

Konceptualizacja i operacjonalizacja złożonych pojęć społecznych, takich jak zdrowie, styl życia czy zdrowotny styl życia, nastęrcza cały szereg problemów zarówno natury teoretycznej czy empirycznej, jak i ideologicznej (w tym etycznej, czy moralnej). Zdefiniowanie pojęcia w dany sposób (jak i sam dobór problemów badawczych), oznacza wykluczenie pewnych zjawisk, zakresu czy aspektów zjawisk (czy też cech), które były by włączone, gdyby przyjąć odmienną definicję. I choć definiowanie z założenia zawiera w sobie wyłączenie pewnej klasy zjawisk, granice złożonych zjawisk zazwyczaj są nieostre. Nieuchronna arbitralność zakresowa to jeden z problemów, z którymi musi uporać się badacz, inny stanowi przyjęcie wraz daną definicją stanowiska badawczego, czyli powiązanie z nią konstruktu teoretycznego, rozumianego zarówno jako naukowy system, mniej lub bardziej spójnych wewnętrznie twierdzeń na temat rzeczywistości, jak

również powiązanych z nimi czynności badawczych, czy też pozycji w środowisku naukowym (często oczywiście wybór dokonywany jest w odwrotnej kolejności). Wybory teoretyczne implikują więc wybory empiryczne, razem zaś są efektem oddziaływania ideologii i mają konsekwencje ideologiczne (za ideologię nie uważa się tu naiwnego stanowiska fałszywej świadomości, która skrywa prawdziwą rzeczywistość, ale takie które dostrzega jej obecność w codziennej praktyce, w której podtrzymuje ona lub stwarza określony system przekonań - i szerzej system społeczno-kulturowo-ekonomiczny - odnoszący się do rzeczywistości). Choć nie jest możliwa ucieczka od tych różnorodnych następstw i ograniczeń, jak również nie jest możliwe w tym miejscu przeanalizowanie przyjętych przez badacza rozwiązań (kryteriów i założeń) oraz ich prawdopodobnych konsekwencji, zasadne wydaje się przynajmniej stwierdzenie tych powiązań i poczynienie tego zastrzeżenia. Najogólniej rzecz ujmując, styl życia można rozumieć jako rezultat oddziaływania immanentnych cech konstytutywnych jednostki (takich jak cechy biologiczne, psychiczne i społeczne - jest to więc to, co zwykle się określać mianem osobowości - [2]) oraz warunków środowiskowych (takich jak otoczenie społeczne, kulturowe, ekonomiczne itd.). W nauce określa się to jako opozycję między działaniem (agency) i strukturą (structure). Tym samym styl życia może być postrzegany jako wynik zetknięcia tych dwu sfer, czy nawet przejaw ich wpływów. To podejście nie zakłada z góry, który element jest dominujący, a raczej traktuje styl życia jako pole na którym realizuje się rywalizacja między podmiotowością a przedmiotowością. Oczywiście przedstawiony powyżej obraz jest swego rodzaju uproszczeniem. Zarówno podmiot jak i struktura nie są od siebie zupełnie niezależne, ale są „nawzajem sobą przesiąknięte”. Podmiot nie tylko kształtuje się w relacji do struktury, ale wręcz jest przez nią tworzony: w toku socjalizacji, człowiek przez kontakt z otoczeniem przyswaja szeroki wachlarz dyspozycji, który zwiększa jego możliwości działania, a zarazem ukierunkowuje i ogranicza. Struktura natomiast, nie jest po prostu sztywnym zbiorem różnorodnych obiektów, ale z jednej strony sama posiada zróżnicowane możliwości oddziaływania, z drugiej natomiast poddaje się wpływom podmiotu, czy wręcz wykorzystywana jest w sposób instrumentalny. Ta złożona relacja między podmiotem a strukturą znajduje swoje odzwierciedlenie w stylu życia, którego istota polega na powtarzalności podejmowanych praktyk, co świadczy o utrwaleniu (stabilności) tej relacji, a ewentualne zmiany mogą być analizowane w kategoriach przemian tej relacji (jako skutek przekształceń ich składowych). Oczywiście nie każda zmiana składowych podmiotu, czy też struktury, musi wpływać na styl życia, ponieważ nie są one w równym stopniu z nim powiązane, jak również dlatego, że opozycje mogą wzajemnie się kompensować (np. wzrost cen papierosów może nie wywołać zaprzestania palenia, mimo odczuwania związanych z tym kłopotów finansowych, ponieważ jednostka zacznie oszczędzać na innych produktach, lub podejmie dodatkową pracę; z kolei

postanowienie o rzuceniu palenia może spalić na panewce, gdy otoczenie społeczne będzie wywierało presję na podtrzymanie nałogu).

W praktyce określenie które cechy przynależą do którego wymiaru, na skutek wzajemnego powiązania, nie jest proste i rozstrzygające. Przykładowo wysoka pozycja zdrowia w hierarchii wartości podmiotu, będzie w znacznym stopniu zależała od tego, czy i jak zdrowie jest uwzględniane w jego strukturze - co wpłynie na jego percepcję, doświadczenia, czy ocenę możliwości jego urzeczywistnienia. Analogicznie płeć może być ujmowana w kategoriach cech biologicznych czy psychicznych, ale kluczowe znaczenie odgrywa to jak struktura przez klasyfikacje (symboliczne reprezentacje) i działania (dyscyplinujące praktyki społeczne) stwarza pole możliwości i konieczności dla poszczególnych płci (znakomitym obrazem tego są badania nad zjawiskiem queer).

Czy można zatem wyznaczyć, przynajmniej w zarysie, jakie czynniki są decydujące: po pierwsze dla samego stylu życia, po drugie dla zdrowego stylu życia? Pierwsze pytanie kieruje nas w stronę nierozstrzygalnego dylematu struktura czy działanie, który jeśli miałby być rozstrzygnięty musiałby być przeniesiony na poziom konkretnych (partykularnych) stylów życia i weryfikowany empirycznie. Jeśli jednak uwzględnimy uwagi Eliasa na temat, narzuconej strukturalnie, rosnącej indywidualizacji, oba poziomy okazują się ze sobą wyraźnie powiązane - stanowią dwie strony tego samego medalu [3]. Struktura może wymuszać podmiotowość, natomiast podmiot ma możliwość kształtowania struktury, wykorzystując ją przy określaniu swoich możliwości działania.

Druga kwestia dotyczy specyficznego wymiaru stylu życia, czyli jego zdrowotności (zdrowotność jest tu rozumiana jako taka cecha - zespół cech, która powiązana jest ze zdrowiem, czyli w pozytywny lub negatywny sposób wpływa na status zdrowotny), co automatycznie stawia pytanie o to czym jest zdrowie. Jednym z kluczowych aspektów zdrowia jest jego historyczność i to w podwójnym znaczeniu. Jako zjawiska, które zmienia się w czasie (charakter problemów zdrowotnych z którymi borykają się ludzie podlega nieustannym przekształceniom) oraz jako koncepcji (to co rozumiemy pod pojęciem zdrowia), przy czym między nimi również występuje współzależność. Innym ważnym przymiotem zdrowia jest jego stratyfikacyjny charakter, który oznacza zróżnicowanie w zdrowiu w zależności od odmiennych pozycji społecznych. Te dwie cechy zdrowia (choć nie tylko one), wskazują jednoznacznie na ponadjednostkowy (systemowy) w istocie charakter zdrowia. Staje się to w pełni zrozumiałe gdy uświadomimy sobie, że zarówno wiedza jak i czynniki wyznaczające życie mają swoje fundamenty w systemie społecznym. Systemowość nie oznacza w żadnym wypadku pełnej dowolności kształtowania zdrowia czy też jego pozorności, a jedynie to, że doświadczane przez człowieka treści są nieodłącznie zapośredniczone przez, szeroko rozumiany, system społeczny.

Czynniki podmiotowe w odniesieniu do człowieka, to układ cech biologicznych, psychicznych i społecznych, które są rezultatem oddziaływania cech wrodzonych i środowiska (fizycznego, społecznego, kulturowego). Ponieważ cechy te zawsze są zapośredniczone przez system społeczny (ich postrzeganie, ocena czy możliwości wykorzystania, zależą od kultury danego społeczeństwa), podmiotowość kształtuje się w relacji (odniesienia, wyznaczenia, wzorowania) do tego systemu; przy czym relacja ta nie jest ani w pełni deterministyczna, ani też indeterministyczna, ma raczej charakter wzajemnych zmaganiań, konfrontacji i aktywizowania. W trakcie tego ‘ontogenetycznego’ procesu - socjalizacji - (nigdy całkowicie nie ukończonego), podmiot wykształca charakterystyczne dla siebie cechy, które w części dzieli z innymi, w części zaś od innych go one różnicują. Cechy te można podzielić na względnie trwałe, określa się je często mianem osobowości, oraz bardziej płynne, labilne, do których zaliczyć można np. opinie. Nie ma tu jednego kryterium granicznego, możemy raczej wyróżnić całe spektrum cech od stałości do ulotności. Inny podział może dotyczyć poziomu uświadamiania sobie posiadania danej cechy, samoświadomości; tak więc istnieją cechy, których podmiot jest świadomy, uznaje je za takie, które posiada, jest w stanie je zwerbalizować, mogą być one przedmiotem jego refleksji, samorozwoju, czy komunikacji z innymi, dalej cechy, których nie jest świadom, które pozostają dla niego ukryte i wreszcie cechy, które są częściowo uświadamiane (podmiot może podejrzewać ich istnienie, nie potrafi ich zwerbalizować, nie roztrząsa ich charakteru, itd. itp.).

Natomiast cechy strukturalne można szeroko określić jako cechy otoczenia podmiotu, które w postaci różnorodnych względnie trwałych impulsów, wyznaczają przestrzeń jego działania; mobilizując go do pewnych działań, dopuszczając kolejne, utrudniając i uniemożliwiając inne. Analogicznie jak w przypadku cech podmiotowych struktura posiada cechy o różnym poziomie trwałości oraz perceptywności (czyli w tym aspekcie m. in. wrażliwość na podmiot, jego działania - poziom reaktywności czy też oporu, ale także autodeterminacja - zdolność do wpływania na podmiot - stopień wywoływania zmian).

Wyraźnie warto jeszcze raz zaznaczyć, że cechy podmiotowe i strukturalne zostały tu wyróżnione czysto analitycznie, tzn. istnieje nierozzerwalna więź między podmiotem a strukturą, a ustanowienie granic między nimi (choć oczywiście dopuszczalne) ma charakter arbitralnej decyzji (zazwyczaj w oparciu o przyjęte założenia). Ponadto podmiotem może być zarówno pojedynczy element - człowiek (ale także przedmiot, istota itd., vide analizy Action-Network Theory), jak również (mniej lub bardziej złożony) zbiór elementów (np. rodzina, krąg znajomych, przedsiębiorstwo, rząd, naród, a także “nie-człowiecze”), które nie składają się zazwyczaj tylko z elementów jednego rodzaju, to również m. in. wzajemne relacje, instrumenty działania czy podzielane przekonania. Zastosowany tu analityczny podział (stymulowany w pewnym stopniu

dyskusją jaka toczy się w kontekście zdrowego stylu życia między tymi dwoma podejściami, zob. rozdział 1) nie opiera się tylko na kryterium posiadania danej cechy przez wyróżnioną klasę zjawisk (podmiot: cechy jednostki - takie jak wartości, normy, wiedza, przekonania, opinie i odczucia; struktura: cechy całości do których przynależy jednostka - takich jak rodzina, gospodarstwo, zakład pracy, organizacje społeczne, miejscowość, region) - co jest typowym postępowaniem w podobnej sytuacji badawczej. Wyróżniono również podklasę zjawisk, które zazwyczaj przypisuje się jednostkom (takie jak status społeczno-ekonomiczny, płeć, wiek, pochodzenie społeczne, społeczne położenie sieciowe) i często traktuje jako swego rodzaju cechy ‘naturalne’ jednostek, natomiast z perspektywy socjologicznej są one następstwem umiejscowienia ich w systemie społecznym, znaczeniem jakim tym cechom przypisuje się w bieżącym życiu społecznym, stosunkiem społecznym, który przyznaje określone możliwości, obowiązki i uprawnienia, odmienne w różnych kontekstach historycznych i kulturowych. Tak więc znaczenie i wartość tego rodzaju cech ma charakter wyraźnie społeczny, systemowy, takie cechy jak płeć czy wiek nie są więc traktowane tu jako cechy biologiczne czy demograficzne, ale jako statusy. Umieszczenie ich w podgrupie struktury bierze się z ich zasadniczo przypisanego charakteru (nieco inaczej jest w przypadku SSE, czy SPS), są narzucone i w niewielkim stopniu podlegają kontroli jednostki.

Wśród cech podmiotowych również można wyróżnić dwie podgrupy. Pierwsza odnosi się do czynników psychospołecznych, dyspozycji, “stanów wewnętrznych”: dekladowanych przekonań, opinii, wiedzy, postaw, wartości czy norm (także uczucia, oczekiwania, zadowolenie, aspiracje, stereotypy, autorytet i prestiż), z kolei druga, do “aktywności zewnętrznych”: praktyk i działań, które w niektórych wypadkach mogą przybierać charakter innych wymiarów czy też alternatywnych stylów życia.

Jakie zjawiska można w takim razie wyróżnić jako główne przyczyny, gdy mówimy o stylu życia, zwłaszcza w jego zdrowotnych aspektach? Niewątpliwie za takowe można uznać przynależność jednostek do większych całości, czy to przez posiadanie pewnej odróżniającej cechy społecznej (wiek, zawód, płeć wyznaczają ważne kategorie społeczne) - jest to zbiór w sensie atrybutywnym (dystrybutywnym), czy też (pozycja i) przynależność do pewnej zbiorowości, zbioru posiadającego charakter kolektywny, opartego na więziach czy tworzącego wewnętrzną sieć powiązań, hierarchię czy organizację. Ten klasyczny podział, często charakteryzujący dwa porządki o różnym poziomie ‘nasylenia’ społecznego, traci swoją różnicującą zdolność gdy badana cecha nabiera społecznego i systemowego znaczenia. Pojęcia płci, wieku, niepełnosprawności czy klasy, określają kategorie osób, być może, nie tworzących spójnych zbiorowości, ale rozpoznawalnych jako odrębne społecznie, bardzo ważne aspekty tożsamości jednostek, grupy odniesienia czy źródła odrębnych praktyk społecznych. Miejsce tych kategorii w systemie społecznym jest specyficzne, co

oznacza również, że podlegają one innym procesom regulacyjnym. Na podobnych zasadach funkcjonują dziś kategorie konsumenta czy internauty. Jest to zwłaszcza wyraźne i istotne gdy badamy zjawisko stylu życia.

Szczególnie przydatne wydają się w tym kontekście uwagi Zygmunta Baumana na temat roju [4]. Rój ma charakter efemeryczny, zmienny i egalitarny. Nie posiada trwałej struktury czy kształtu, nie wytwarza mechanizmów homeostatycznych i autoreplikacyjnych. Jednostki w roju zachowują się w sposób skoordynowany i izomorficzny, nie tracąc przy tym swojej podmiotowości. Zewnątrz wobec roju struktura (wyobrażeń, uwagi, komunikacyjna itp.) odpowiada za koordynowanie przeżyć i aktywności w czasie i przestrzeni, umożliwiając rozproszonym osobnikom formowanie spójnych i wcielanych w życie zamierzeń (żądań, pragnień, obaw). Koncepcja roju, choć nie pozbawiona wad, wnosi nieco świeżego powietrza w tradycyjne pojęcia socjologiczne dotyczące grup społecznych (w tym klas). Do pewnego stopnia pojęcie to odpowiada pojęciu publiczności Gabriela Tarde, czyli (formowanemu dobrowolnie i indywidualnie) rozproszonemu tłumowi, w którym wpływ jednych jednostek na inne odbywa się na odległość, głównie przez środki masowego przekazu [5]. Rój to tłum przeniesiony na wyższy, bardziej abstrakcyjny poziom funkcjonowania społecznego, lub ruch społeczny bez stabilnego i doniosłego celu. Zamiast utrwalonych struktur wewnętrznych, mamy dużą płynność podmiotów, a zamiast wymuszonych działań 'naturalną', zakotwiczoną w podmiotowości synchronizację. O ile łatwo tego rodzaju metaforę zastosować w odniesieniu do zachowań ze świata wirtualnego czy gospodarki (konsumenci, udziałowcy), o tyle znacznie trudniej do takich pojęć jak płeć, rasa, wiek albo klasa społeczna. Pierwsza rzecz jaką warto zaakcentować to zależność roju od struktury zewnętrznej, lub bardziej precyzyjnie infrastruktury; rój może się uformować tylko jeżeli istnieją ku temu odpowiednie warunki, odpowiednia platforma działania (internet, sieć sprzedaży, podzielane emocje), stąd rosnąca ilość rojów dzisiaj. Drugi warunek jaki musi być spełniony to istnienie odpowiedniego bodźca (atraktora), który nada rojowi określony kierunek; ten czynnik pobudzający musi w jakikolwiek, ale istotny, sposób odwoływać się do samego podmiotu, jego zainteresowania, uczuć, tożsamości, itd..

Klasyczne podziały społeczne odwołują się do ważnych społecznie cech, które narzucają posiadającym je osobom odpowiedni status społeczny. Ten właśnie status wytwarza wspólne doświadczenia i odczucia, stanowi więc narzuconą odgórnie bazę. To element wyraźnie odróżniający roje od kategorii społecznych, nie obowiązuje w nich zasada swobody przynależności. Również elementy związane z przekazywaniem statusu pozostają w obu zbiorach różne. Pomimo tego, w odniesieniu do stylów życia, charakteryzuje je pewne podobieństwo, zarówno roje jak i kategorie społeczne kształtują swoje zachowania na zasadzie wspólnej platformy społecznej. W tym sensie w jakim płeć, rasa, wiek czy klasa społeczna są statusami społecznymi, czyli są rezultatem

istniejących relacji społecznych i odzwierciedlają strukturę społeczną, w tym składające się na nie cechy materialne i niematerialne, związane z nimi sieci powiązań i możliwości działania stanowią *sui generis* infrastrukturę.

Inne pojęcie, które próbuje przekroczyć tradycyjne kategoryzacje i uchwycić zmiany w strukturze społecznej, to pojęcie wielości (*multitude*, nieszczęśliwie tłumaczone jako rzesza), rozpropagowane w ostatnich latach przez parę uczonych Michael Hardt i Antonio Negri [6]. Wielość można rozumieć jako pozytywny zbiorowy podmiot społeczny, (niezapośredniczony, rewolucyjny i immanentny), będący reakcją na globalizację, ale równocześnie wyrażający się przez i samonapędzający własny projekt rozwoju. Wielość ma być z założenia odmienna od pojęć klasy społecznej czy ludu, ale jest w takiej samej mierze podmiotem politycznym i ekonomicznym. Wyłonienie się wielości jest następstwem coraz większej roli odgrywanej przez pracę niematerialną, związaną z produkcją symboliczną (wiedzy, znaczeń itd.) oraz pracę biopolityczną, odnoszącą się do życia samego (biologiczna reprodukcja, agrokultura). Z drugiej strony czynnik sprawczy może być też lokalizowany w przejściu od społeczeństwa kontroli do społeczeństwa nadzoru. Elementy odnoszące się do produkcji symbolicznej, biopolityki oraz podmiotowości jednostek wyraźnie łączą się ze stylem życia, natomiast decentralizacja, czy raczej policentryczny nieład i nieustannie negocjowane „przedstawienia zbiorowe”, na bazie wyzwań i możliwości globalizacyjnych, przypominają baumanowski rój.

Styl życia, jak już wspomniano, jest następstwem działań podmiotów w swoim, szeroko pojmowanym, środowisku. Działania te są wynikiem możliwości jakie stwarza dane środowisko oraz zasobów, którymi dysponuje podmiot (określanych także jako kapitały). Zespół tych zasobów związany jest z miejscem podmiotu w strukturze społecznej (wyznaczając je i odzwierciedlając). Kapitał to zakumulowana praca (w zmaterializowanej lub wcielonej formie), która przejęta na własność przez podmiot, pozwala mu dopasować społeczną energię w formie uprzedmiotowionej lub żywej pracy. To zarazem siła wpisana w strukturę i zasada leżąca u podstawy immanentnych regularności świata społecznego. Struktura dystrybucji różnych typów kapitału w danym czasie przedstawia przyrodzoną strukturę świata społecznego, to jest zbiór ograniczeń, wpisanych w samą rzeczywistość tego świata, które rządzą jego funkcjonowaniem w trwały sposób, wyznaczając szanse na sukces dla danych praktyk [7]. Do kluczowych zasobów zaliczyć można kapitał ekonomiczny, kapitał społeczny, kapitał kulturowy, a także kapitał symboliczny.

Poszczególne rodzaje kapitałów:

- Kapitał ekonomiczny z grubsza odpowiada tradycyjnemu rozumieniu kapitału jako dostępnym środkiem finansowym czy to w postaci dochodów, oszczędności, czy też dóbr materialnych, albo w zinstytucjonalizowanej formie własności. Cechą charakterystyczną jest

istnienie jednego medium do którego dają się one sprowadzić, czyli pieniądza.

- Kapitał kulturowy może istnieć w trzech, powiązanych ze sobą, formach: ucieleśnionej, czyli trwale dyspozycje ciała i umysłu, takie jak właściwe maniery, kompetencje językowe, gust; uprzedmiotowionej, czyli dobra kultury (obrazy, książki, słowniki, przyrządy, maszyny itp.); oraz zinstytucjonalizowanej, to posiadane wykształcenie, kwalifikacje i uprawnienia, uzyskane w rezultacie udziału w systemie edukacyjnym.
- Kapitał społeczny to "zbiór rzeczywistych i potencjalnych zasobów, które związane są z posiadaniem trwałej sieci mniej lub bardziej zinstytucjonalizowanych relacji wzajemnej znajomości i uznania,- inaczej mówiąc to członkostwo w grupie, które wyposaża swojego członka w kolektywnie posiadany kapitał - poświadczenia, uprawniające go do szeroko rozumianego wsparcia" [8]. Kapitał społeczny może mieć zarówno pozytywne jak i negatywne konsekwencje, a w odróżnieniu od kapitału ekonomicznego wzrasta wraz z jego wykorzystywaniem.
- Kapitał symboliczny wreszcie określa skutki dowolnej formy kapitału, gdy ludzie nie postrzegają je jako taki, tzn. stanowi on ostateczną instancję dla nich, ukryty cel do osiągnięcia.

Między kapitałami dochodzi do konwersji, przy czym w zależności od charakteru danych kapitałów różnią się one czasem, warunkami i możliwościami przekształceń. Kapitały są również reprodukowalne, czyli dochodzi do ich transmisji między podmiotami, przy czym, podobnie jak przy konwersji, między ich poszczególnymi rodzajami występują znaczące różnice w charakterze i sposobach transmisji.

Z tymi kapitałami wiąże się zakres możliwości jakie stwarza ich posiadanie oraz praca nad ich utrzymaniem lub powiększeniem. W sumie stanowią one podstawowe wyznaczniki stylu życia i określają charakter relacji do zdrowego stylu życia. Zasadniczo uznaje się, że im większy kapitał tym bardziej prozdrowotny styl życia, mogą się jednak przejawiać pewne odstępstwa od tej zasady np. wysoki poziom kapitału finansowego może być powiązany z zaangażowaniem w pracę na poziomie przekraczającym zdrowotne zalecenia (pracoholizm: brak wypoczynku, wysoki poziom dystresu, nieregularny tryb życia, itp.). Nie należy przy tym postrzegać zdrowotności stylu życia jako czynnika niezależnego, ale raczej jako wymiaru poszczególnych stylów życia, reprezentowanych przez grupy zajmujące określone miejsce w strukturze społecznej, systemie społecznym. Oznacza to z jednej strony m. in. różne znaczenie zdrowia, różną wartość zdrowia czy różne praktyki związane ze zdrowiem w poszczególnych grupach, jak i wzajemne pozycjonowanie się grup społecznych w relacji do naukowego (czyli de facto prawomocnego) sposobu rozumienia zdrowia. Ten ostatni aspekt wysuwa do rozważenia kolejne dwie, powiązane ze sobą, kwestie.

Zdrowy styl życia jest istotnym wymiarem odróżniania się grup społecznych od siebie nawzajem oraz utrzymywania spójności wewnątrz tych grup. Nie tylko więc zdrowotny wymiar stylu życia danej grupy jest po prostu rezultatem warunków w jakich ona żyje, ale także jest elementem samoświadomości i komunikatem skierowanym do innych grup. Trawestując Marksa: 'grupa dla siebie' to grupa świadoma swojego stylu życia, budująca wspólnotę i solidarność na bazie stylu życia oraz wyrażająca i realizująca swój interes (czy wartości) przy pomocy stylu życia. Tak więc style życia są swego rodzaju przejawem posiadanych kapitałów, a przez manifestowanie stylu życia urzeczywistniają się różnice między grupami i integracja w ich obrębie (właściwości i przynależność). Radykalna teza mogła by tu brzmieć: nie ma innej dominacji i zależności niż ta, która przejawia się w stylach życia.

Druga kwestia dotyczy relacji między pozycją danej grupy społecznej a naukowo-medycznym (systemowo legitymizowanym) sposobem ujmowania zdrowego stylu życia. Zgodnie z utartym podejściem, w społeczeństwach utrwalonej demokracji kluczową rolę odgrywa tzw. klasa średnia jako gwarant stabilizacji i rozwoju społeczeństwa; nie będąc w pełni jednorodną grupą wyraźnie jednak odróżnia się ona od klasy wyższej (głównie dysponenci środków produkcji) oraz klasy niższej (głównie pracownicy fizyczni). Istnieje wyraźny związek między wyróżnionymi klasami a relacją do zdrowego stylu życia, czy zdrowia w ogóle. Klasa średnia jest najbardziej związana z naukowym punktem widzenia, uosabia on jej doznania i przekonania o możliwości zmiany posiadanego statusu, zarówno przez jego poprawienie jak i utratę, co mobilizuje ją do podejmowania określonych działań. Nauka w całości, ale również jej gałąź, nauka o zdrowiu, bierze się z tego przekonania o możliwości i potrzebie przewyciężenia swojego przeznaczenia, z przeświadczenia o możliwości kształtowania, wpływania na swoje życie poprzez odpowiednie praktyki, pracę nad sobą. Dla odmiany dwie pozostałe klasy bardziej powiązane są z nieuchronnością swojego życia, przy czym klasa niższa odbiera to jako wartość podporządkowania się, służenia i użyteczności, natomiast klasa wyższa odczuwa to jako bycie kimś wyjątkowym, nad wyraz uposażonym i wybranym. W konsekwencji każda z klas kieruje się inną logiką działania, od wyboru jako kwintesencji wolności (klasa średnia), przez bycie praktycznym i pożytecznym (klasa niższa), na programowej niefunkcjonalności kończąc [9]. Pomimo uniwersalistycznych starań nauki (w tym medycyny) powyższe charakterystyki (choć w różnych kulturowych konfiguracjach) nadal utrzymują swoją moc.

Pewną modyfikację do tego uznanego (poniekąd) podziału wnosi pojęcie prekariatu. Prekariat to grupa prowadząca życie w warunkach niepewności, pozbawiona bezpieczeństwa i możliwości przewidywania swojej przyszłości, przede wszystkim w aspekcie zawodowym. Do prekariatu zalicza się te osoby, które mają tzw. elastyczne zatrudnienie, takie jak czasowi pracownicy,

zatrudnieni w niepełnym wymiarze, ale również nisko opłacani, pracujący pod presją zwolnienia, itd.. Prekariat oznacza też nieco szerszą kategorię osób dręczonych egzystencjalną niepewnością (poza aspektami zawodowymi również wysokie koszty życia, materialne wykluczenie społeczne czy brak pomocy socjalnej), do której częściej przynależą młodzi, kobiety i imigranci. Ta rosnąca, jak wskazują niektóre badania grupa społeczna (w Polsce jej wzrost można śledzić obserwując powiększającą się grupę osób pracujących na tzw. umowy śmieciowe), nie jest jednak jednorodna, składają się na nią z jednej strony osoby wbrew własnym oczekiwaniom znajdujące się na niepewnych pozycjach, z drugiej natomiast wysoce indywidualistyczna część tzw. kreatywnej klasy (istnieją tu znaczne kontrowersje). Koncepcja prekariatu jest próbą przewyciężenia dwudziestowiecznych kategorii klasowych, przez wprowadzenie nowej kategorii obejmującej jednostki uprzednio przynależące do różnych warstw społecznych.

Do tych podstawowych czynników, które mogą kształtować zdrowotny styl życia, warto dodać niektóre subiektywne aspekty takie jak poczucie alienacji (anomia), poczucie niepewności (prekaryzacja), zaufanie, religijność, a także zdrowotne czynniki: odczuwane dolegliwości (zdrowie subiektywne), stres, subiektywna jakość życia, problemy w wykonywaniu codziennych czynności (zdrowie czynnościowe), korzystanie z usług służby zdrowia (zdrowie systemowe), orzeczenie o niepełnosprawności.

Poziom ponadjednostkowy, strukturalny charakteryzują cechy otoczenia materialnego, społecznego, kulturowego wyznaczając warunki życia na poziomie gospodarstwa domowego, miejsc pracy i zabawy, bezpośredniego sąsiedztwa, miejscowości, regionu, państwa czy kręgu kulturowego. Każdy z tych poziomów może być opisany przez różne kategorie pozostające w relacji do stylu życia, takie jak warunki materialne (np. dostępność i charakter jedzenia, ubrania, mieszkania), sąsiedztwo i sieci społeczne (zanieczyszczenia, poziom przestępczości, infrastruktura, media, uprzemysłowienie i urbanizacja), wspólnoty społeczne: normy i postawy (uprzedzenia, przyzwolenie na łamanie przepisów, mobilność społeczna), system władzy i zarządzania (polityczne, prawne i administracyjne uregulowania, wyznaczające poziom wolności, bezpieczeństwa, w tym dystrybucja żywności, energii, stabilizacja polityczna, oraz dostępności dóbr publicznych, takich jak edukacja, zdrowie, transport, itd.), czy wreszcie globalny system powiązań ekonomiczno-politycznych i ekologicznych.

Podstawowe definicje operacyjne

Po zarysowaniu przyjętej tu optyki można przejść do podstawowych pojęć, które należy ściślej zdefiniować w niniejszej pracy. Za najważniejsze z nich należy uznać zdrowotność stylu życia.

Oznacza ono takie aspekty stylu życia podmiotu, które (zgodnie z współczesną nauką, wiedzą medyczną - z dużym prawdopodobieństwem) wpływają na jego zdrowie. Wpływ ten może mieć charakter pozytywny i wówczas będziemy określać go mianem prozdrowotnego, albo negatywny i wtedy będziemy mówić o antyzdrowotnym - tak więc zdrowotność jest tu wymiarem, który określa normatywne zalecenia co do zachowań formułowane przez system zdrowotny. Kolejnym pojęciem, które powinno być zdefiniowane jest pojęcie stylu życia, rozumiane tu jako zespół powtarzalnych zachowań, charakterystycznych dla danego podmiotu. Wreszcie ostatnim ważnym, jest pojęcie zdrowia, czyli zdolność podmiotu do efektywnego działania.

Z przyjęciem powyższych, podstawowych definicji wiąże się szereg arbitralnych decyzji, z których przynajmniej część wymaga wyjaśnień. Zasadniczo za podmiot przyjmuje się tu jednostkę, pojedynczego człowieka, natomiast równie dobrze podmiotem może być grupa społeczna, organizacja czy nawet zbiór (o ile wykaże się dostateczne przesłanki w uzasadnieniu). Biorąc pod uwagę m. in. historyczność pojęcia zdrowia, przyjęto definicję zdrowotności stylu życia opartą na względnych kryteriach, wyznaczonych współcześnie dominującą, uznawaną za prawomocną charakterystykę tego pojęcia. Jest to wybór, który tym samym umiejscawia zdrowie w samym rdzeniu symbolicznej reprezentacji i praktyk systemu zdrowotnego. Przy tym nie oznacza to, że samo zdrowie jest li tylko obiektem tych praktyk i reprezentacji, ale że nie może być rozpatrywane w oderwaniu od nich, co więcej tylko przez nie jest nam dostępne. Z tym przekonaniem właśnie wiąże się definicja zdrowia jako dyspozycji do efektywnego działania. Tylko pozornie lokuje ona zdrowie w samym podmiocie, w istocie zdrowie jest funkcją, relacją między podmiotem a jego otoczeniem, a mówiąc ściślej między podmiotem a warunkami w jakich działa (przy tym sam podmiot jak i te warunki są elementami systemu). Zarówno więc dyspozycję jak i efektywność należy rozumieć w powiązaniu z systemem, którego podmiot jest częścią. System wyznacza ogólną i szczegółową charakterystykę efektywności oraz warunki i kryteria, które muszą być spełnione. Ponieważ miejsce podmiotów w systemie nie jest jednakowe, zróżnicowane jest zarówno samo zdrowie, jak i kategorie jego określania, oraz możliwości podmiotu i oczekiwania kierowane wobec niego. Nie oznacza to jednak zupełnie odrębnych klas, a raczej pewną zmienność w ramach tego samego systemu, która odzwierciedla hierarchię i zapewnia niezbędny poziom elastyczności (taka definicja zdrowia może być do pewnego stopnia postrzegana jako rozwinięcie ujęcia Parsonsa, czy też modelu środowiskowego (zob. rozdz. 1)).

Kolejną kwestią jest pozorny behawioryzm definicji stylu życia, czyli skupienie się na aspektach zachowaniowych. Jasno i wyraźnie należy tu zaznaczyć, że podmiot nie jest redukowany do swoich zewnętrznych zachowań i całkiem uprawnione jest poszukiwanie zależności między tymi zachowaniami a cechami biologicznymi, psychicznymi czy też jednostkowymi narracjami (co

więcej, wyróżnienie tylko jednego elementu, jak też abstrahowanie od środowiska działania, było by zbytym redukcjonizmem; co jednak nie oznacza relatywizmu, a uwzględnianie potencjalnych czynników wpływu). Styl życia jest niewątpliwie efektem działania podmiotu w danym środowisku i jako taki jest tu rozważany. Inaczej mówiąc styl życia jest przejawem zarówno podmiotu jak i samego środowiska (nie przynależy jednoznacznie do żadnego z nich), co pozwala de/kodować relację między podmiotem a środowiskiem w postaci stylu życia.

Pojęcie stylu życia stawia jeszcze przynajmniej dwa zagadnienia po pierwsze, czym jest powtarzalność, po drugie co znaczy charakterystyczny, przy czym oba są ze sobą powiązane. Powtarzalność nie jest pojęciem, któremu można przypisać jeden wyraźnie określony zakres czasowy. Najczęściej mówimy o zachowaniach codziennych (dotyczy to używania tytoniu, czy odżywiania), natomiast czasami może dotyczyć zachowań oddzielonych od siebie całym rokiem (np. urlop) czy nawet latami (np. wyprawy himalaistyczne). Powtarzalność oznacza, że zachowania w danej sferze są ze sobą zgodne, tzn. że podmiot odtwarza swoje zachowania, reprodukuje je, natomiast cykl, który je określa może być zróżnicowany (dobowy, tygodniowy, miesięczny, kwartalny, półroczny, roczny, wieloletni). Regularność zachowań oznacza również swego rodzaju typowość zachowań, co prowadzi do drugiego pojęcia czyli charakterystyczności. Charakterystyczność to taka właściwość, która oznacza, że dany styl życia jest typowy (określa jego zachowanie) dla danego podmiotu i specyficzny, czyli odróżnia go od, przynajmniej niektórych, innych podmiotów - ale nie oznacza, że nie może być zbieżny z innymi.

Określenie badanych zmiennych

Poziom zdrowotności stylu życia odnosi się do stopnia w jakim zachowania jednostek zgodne są z zaleceniami dotyczącymi zdrowego stylu życia. Poziom zdrowotności będzie badany w następujących aspektach, traktowanych jako jeden wskaźnik: palenie papierosów, otyłość, sposoby radzenia sobie ze stresem, aktywność fizyczna, używanie substancji psychoaktywnych (alkohol i narkotyki).

Cechy badane w relacji do poziomu zdrowotności stylu życia (jako że są to nazwy często złożonych wskaźników zapisano je z dużej litery): Kapitał ekonomiczny, Kapitał społeczny, Kapitał kulturowy, Zdrowie (w sześciu odrębnych wymiarach: odczuwanych dolegliwości, zaburzeń w czynnościach, korzystania z usług służby zdrowia, subiektywnej jakości życia, niepełnosprawności, stresu), Alienacja, Prekaryzacja, Cyfryzacja, Zaufanie, Religijność, Poziom infrastruktury, Grupa zawodowa, Wiek, Płeć, Pochodzenie społeczne, Wielkość gospodarstwa domowego, Czas spędzany przed telewizorem.

4 Wyniki empiryczne

Dane empiryczne przedstawione zostaną w trzech częściach. Pierwsza część prezentuje rozkłady poszczególnych zmiennych oraz procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach. Część druga prezentuje rezultaty analiz przeprowadzonych przy pomocy modelowania równań strukturalnych oraz gradacyjnej analizy danych. Wreszcie część trzecia to rezultaty uzyskane dzięki analizie treści.

4.1 Prezentacja zmiennych oraz procentowy udział osób o prozdrowotnym stylu życia

Przy prezentacji rozkładów zmiennych zastosowano następujący schemat:

Nazwa - krótka definicja opisywanej cechy.

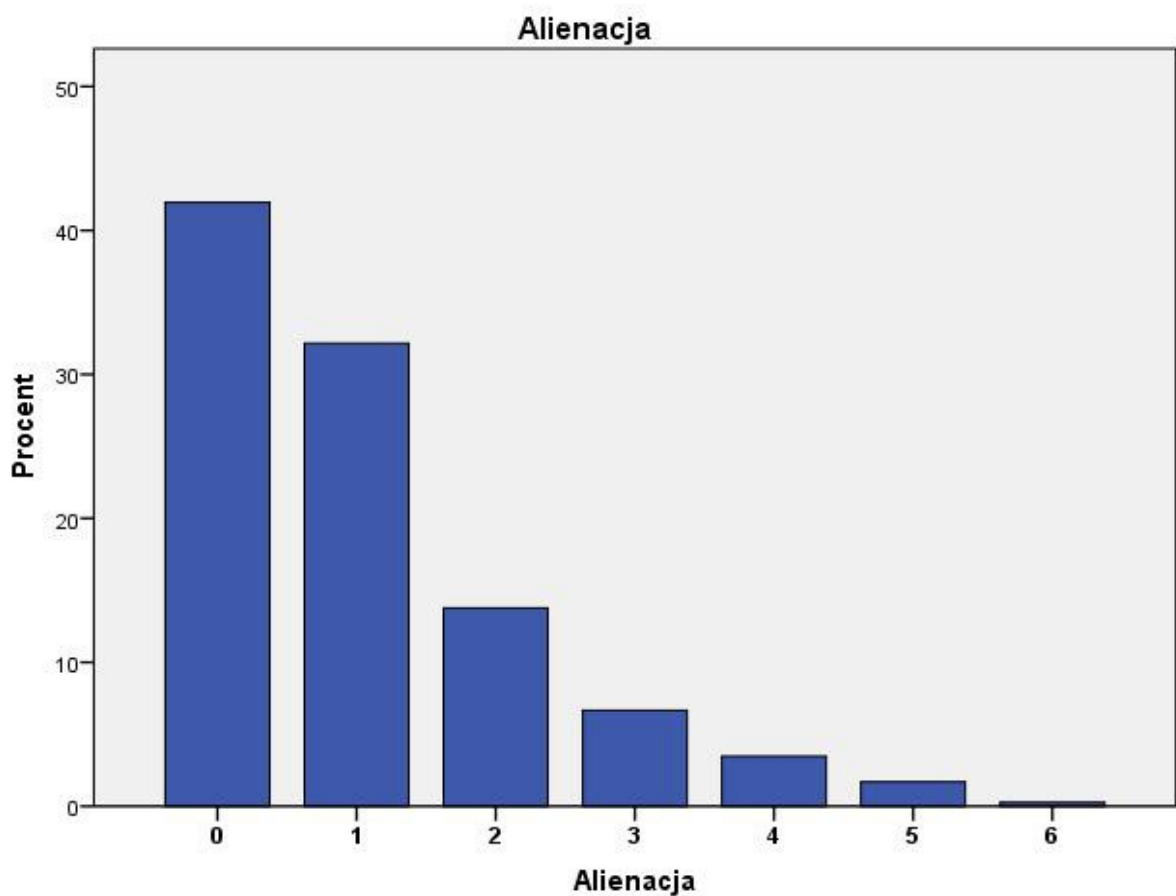
Opisanie aspektów badanej cechy (jeśli zostały wyróżnione).

Określenie związku danej cechy ze Zdrowotnością Stylu Życia, stanowi on hipotezę dotyczącą tej zależności, która zostanie zweryfikowana przez model.

Graficzne przedstawienie częstości (w celu zwiększenia przejrzystości w niektórych wypadkach zaprezentowano uproszczoną wersję).

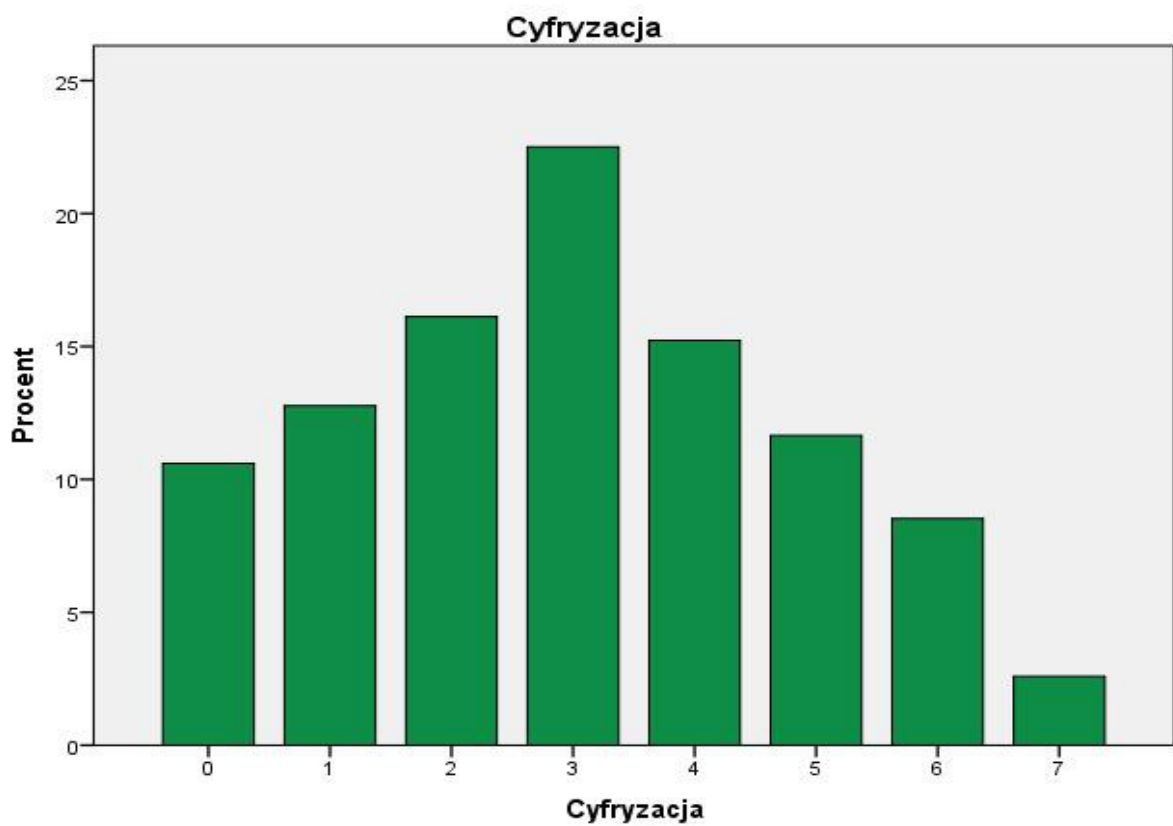
Alienacja - poczucie wyizolowania ze środowiska społecznego.

Wymiary: poczucie osamotnienia, nie bycia kochanym i darzonym zaufaniem, pragnienie życia, ilość przyjaciół, myśli samobójcze, zadowolenie z przyszłości. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym wyższy poziom alienacji. Wyższy poziom alienacji sprzyja bardziej antyzdrowotnym zachowaniom.



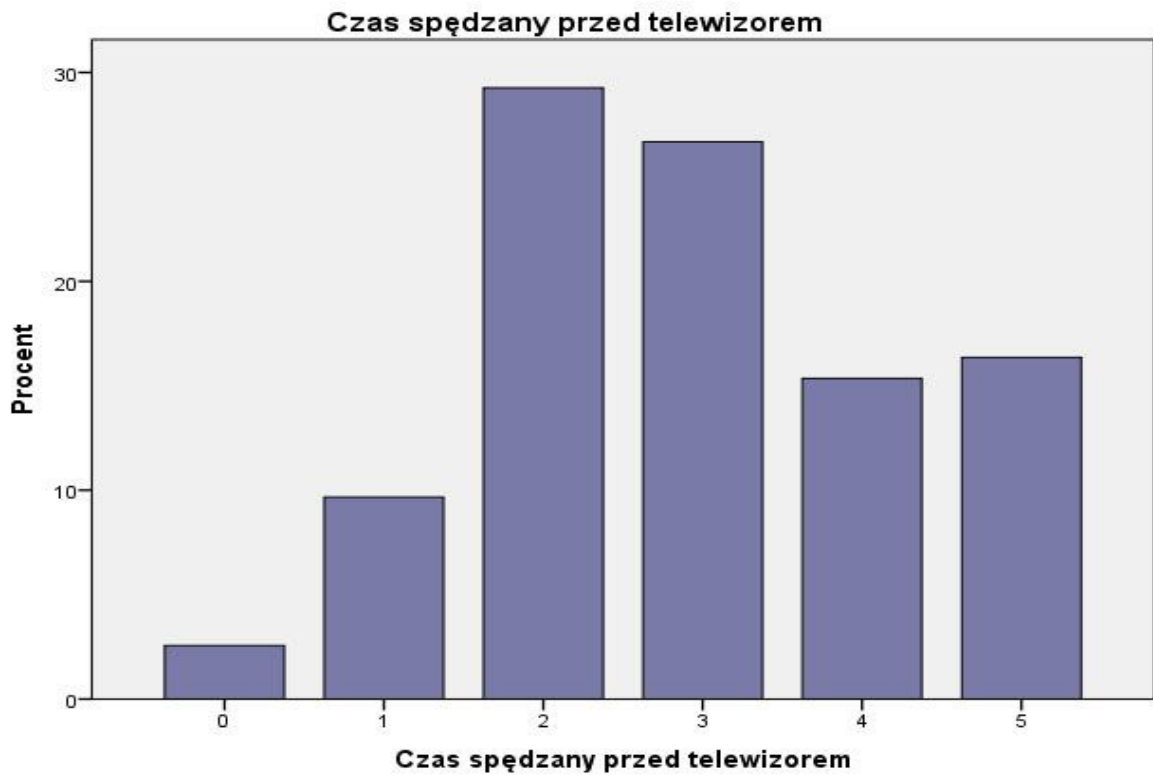
Cyfryzacja - korzystanie z nowoczesnych technologii.

Wymiary: posiadanie i użytkowanie telefonu, posiadanie komputera w domu, użytkowanie komputera, ilość godzin spędzanych przy komputerze, posiadanie dostępu do internetu w domu, staż internetu, wykorzystanie internetu. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym wyższy poziom cyfryzacji. Wyższy poziom cyfryzacji sprzyja bardziej prozdrowotnym zachowaniom.



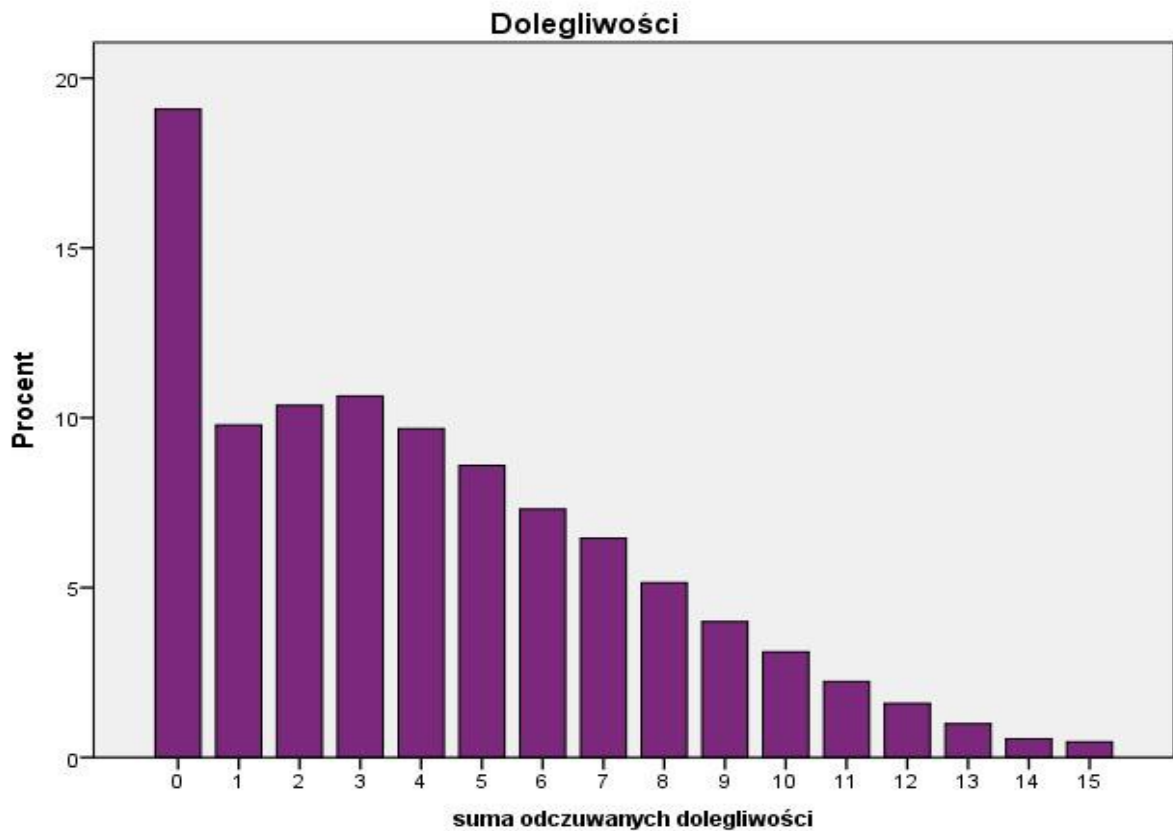
Czas spędzony przed telewizorem - w godzinach dziennie.

Dłuższy czas spędzony przed telewizorem wiąże się z bardziej antyzdrowotnym stylem życia.



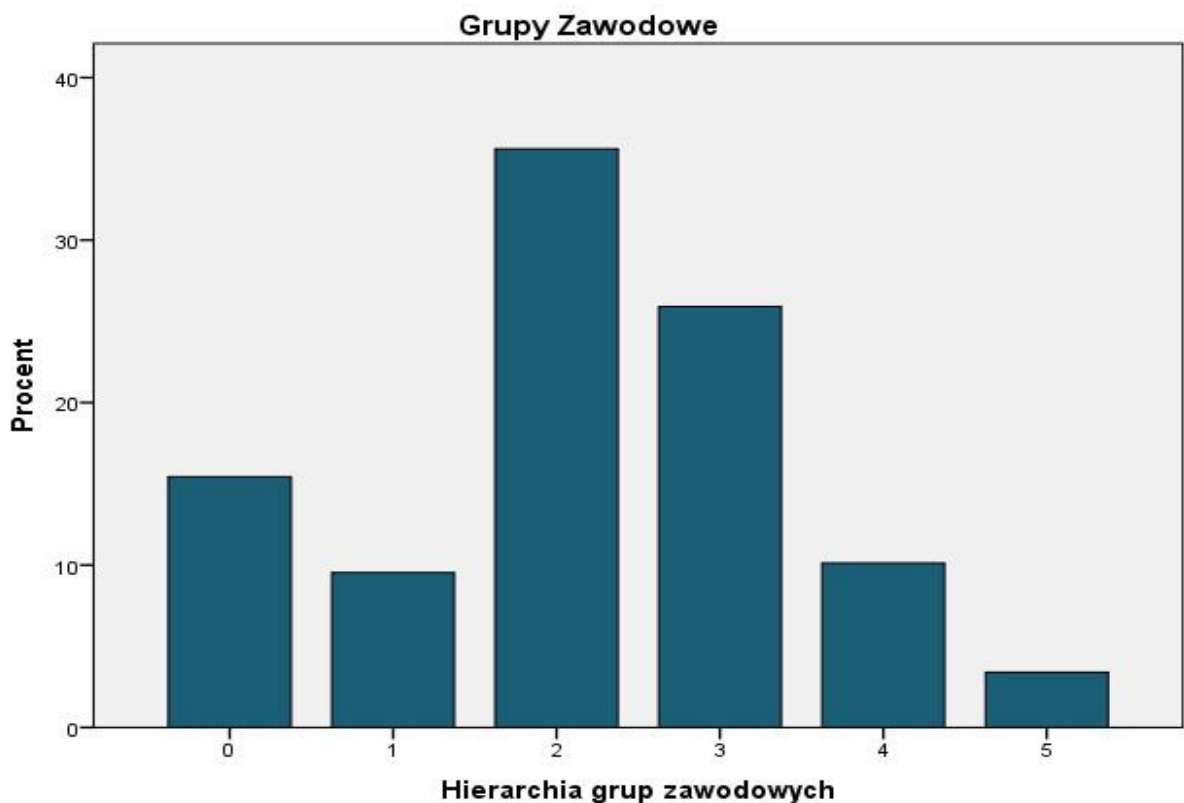
Dolegliwości - zdrowie subiektywne, odczuwane przez jednostki dolegliwości.

Liczba odczuwanych w poprzednim miesiącu dolegliwości. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym więcej dolegliwości. Większa ilość doświadczanych dolegliwości wpływa na mniej prozdrowotny poziom stylu życia.



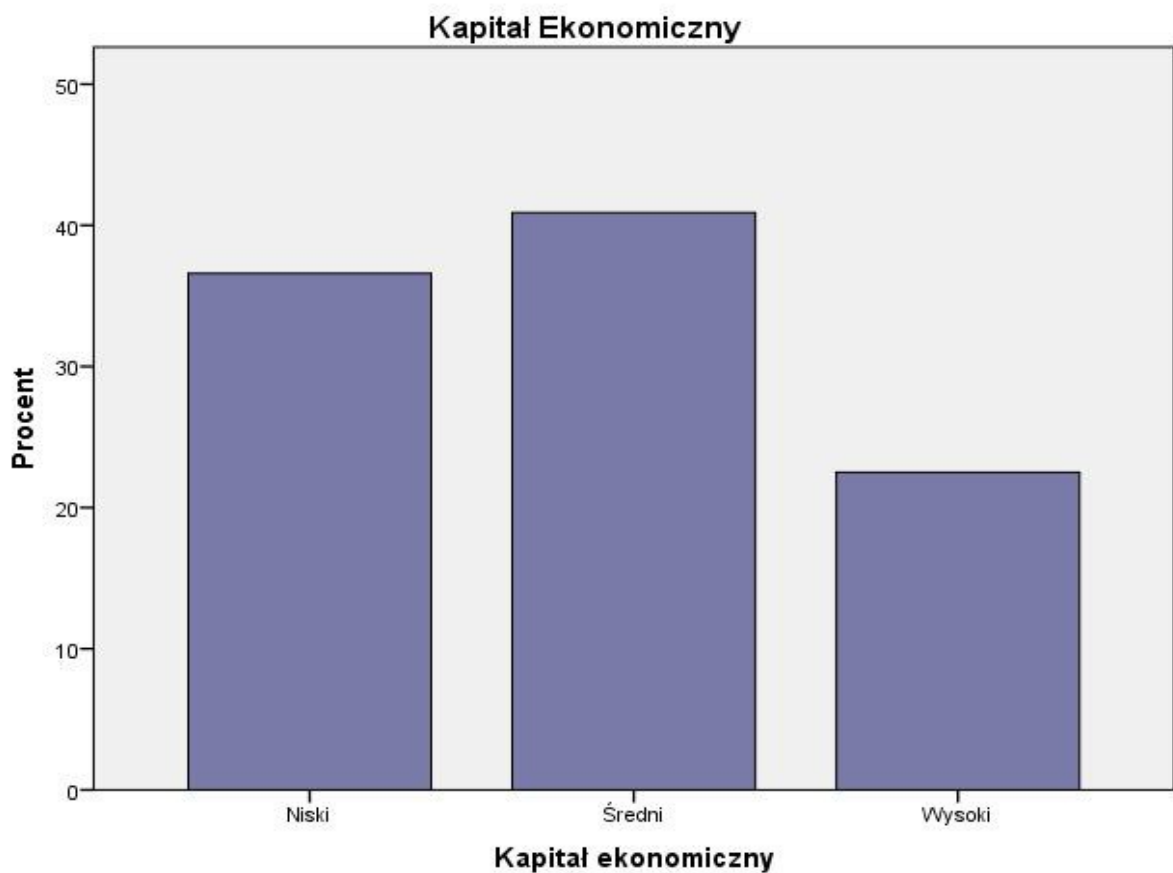
Grupa Zawodowa - jedna z miar pozycji społeczno-ekonomicznej, tu ujmowana jako miejsce w hierarchii społecznej wyznaczone przez pozycję zawodową.

Na podstawie przynależności zawodowej, jednostki pogrupowano i uszeregowano według koniecznych kwalifikacji; im wyższa pozycja zawodowa, tym wyższa kategoria przynależności. Wyższa pozycja zawodowa wiąże się z bardziej prozdrowotnym stylem życia.



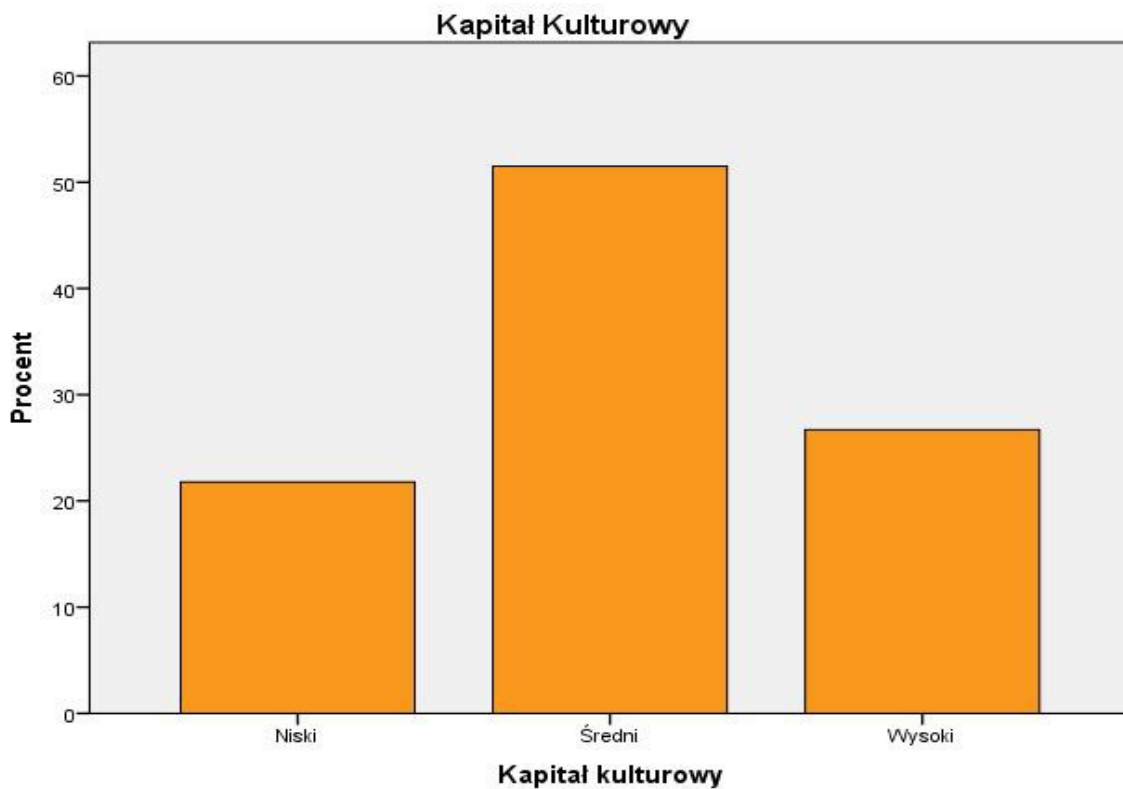
Kapitał Ekonomiczny - odpowiada dostępnym środkom finansowym.

Wymiary: dochód, posiadane oszczędności, posiadane zadłużenie, posiadane dobra użytkowe, dostępność jedzenia, standard mieszkania, samodzielność mieszkaniowa, media, zaległości w opłatach, pomoc społeczna. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym wyższy kapitał ekonomiczny. Większy kapitał ekonomiczny wiąże się z bardziej prozdrowotnym zachowaniem.



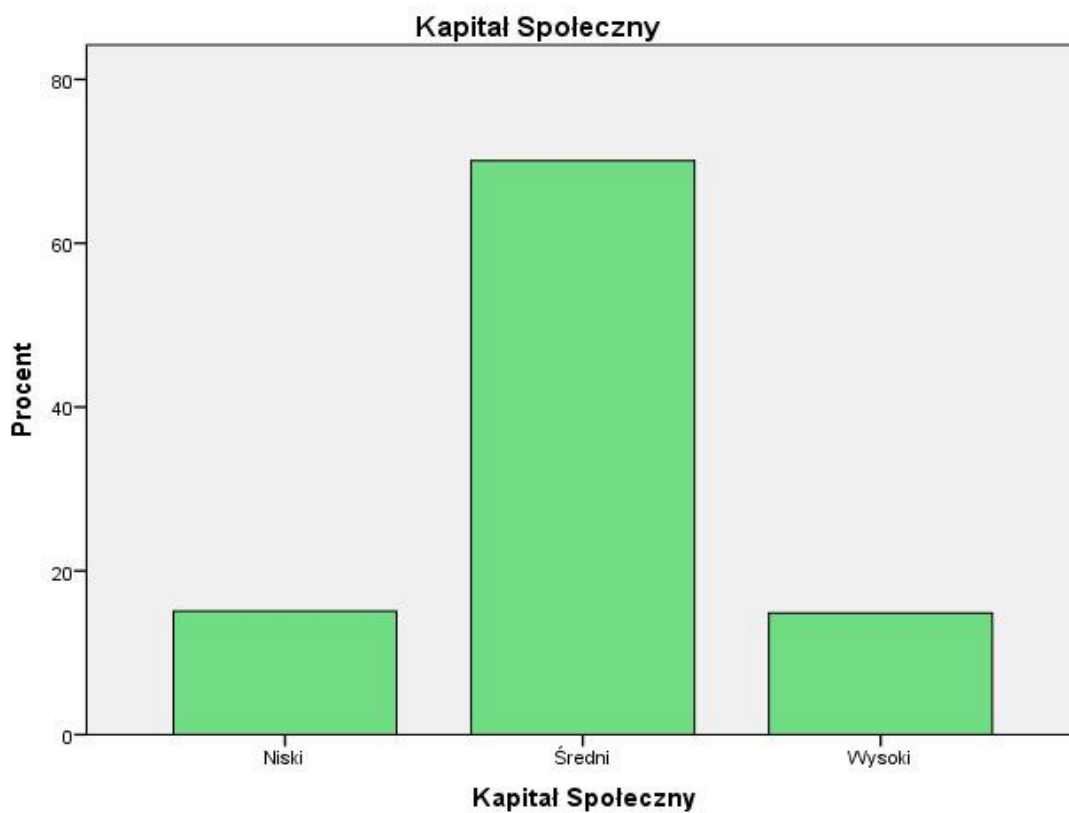
Kapitał Kulturowy - kompetencje symboliczne, wiedza i umiejętności oraz zinstytucjonalizowane nadania i dystynkcje.

Wymiary: wykształcenie, rezygnacja z potrzeb kulturalnych, ilość książek, instrument muzyczny, częstotliwość bywania w kinie, teatrze, koncercie. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym wyższy kapitał kulturowy. Większy kapitał kulturowy wiąże się z bardziej prozdrowotnym zachowaniem.



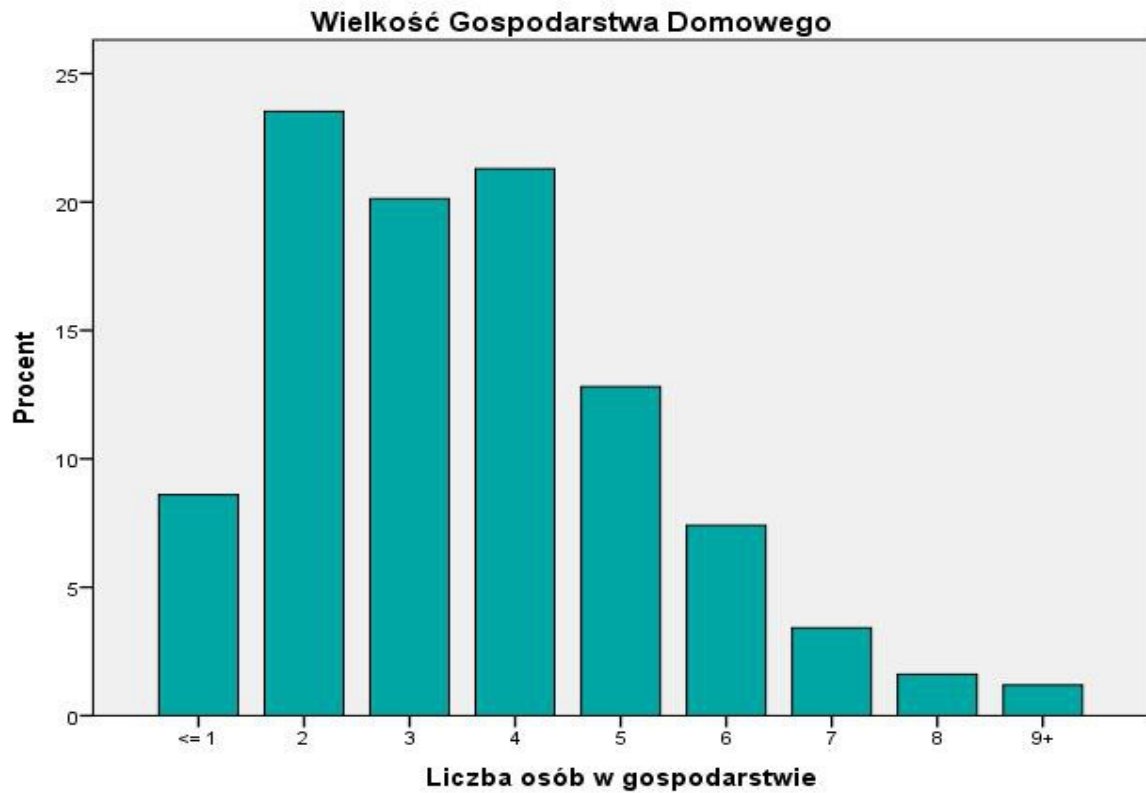
Kapitał Społeczny - przynależność go grup, sieci wsparcia i wpływów.

Wymiary: ilość przyjaciół, częstotliwość kontaktów towarzyskich, aktywność towarzyska, zaangażowanie w sprawę, zrzeszenie w organizacji i funkcje tam pełnione. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym wyższy kapitał społeczny. Większy kapitał społeczny wiąże się z bardziej prozdrowotnym zachowaniem.



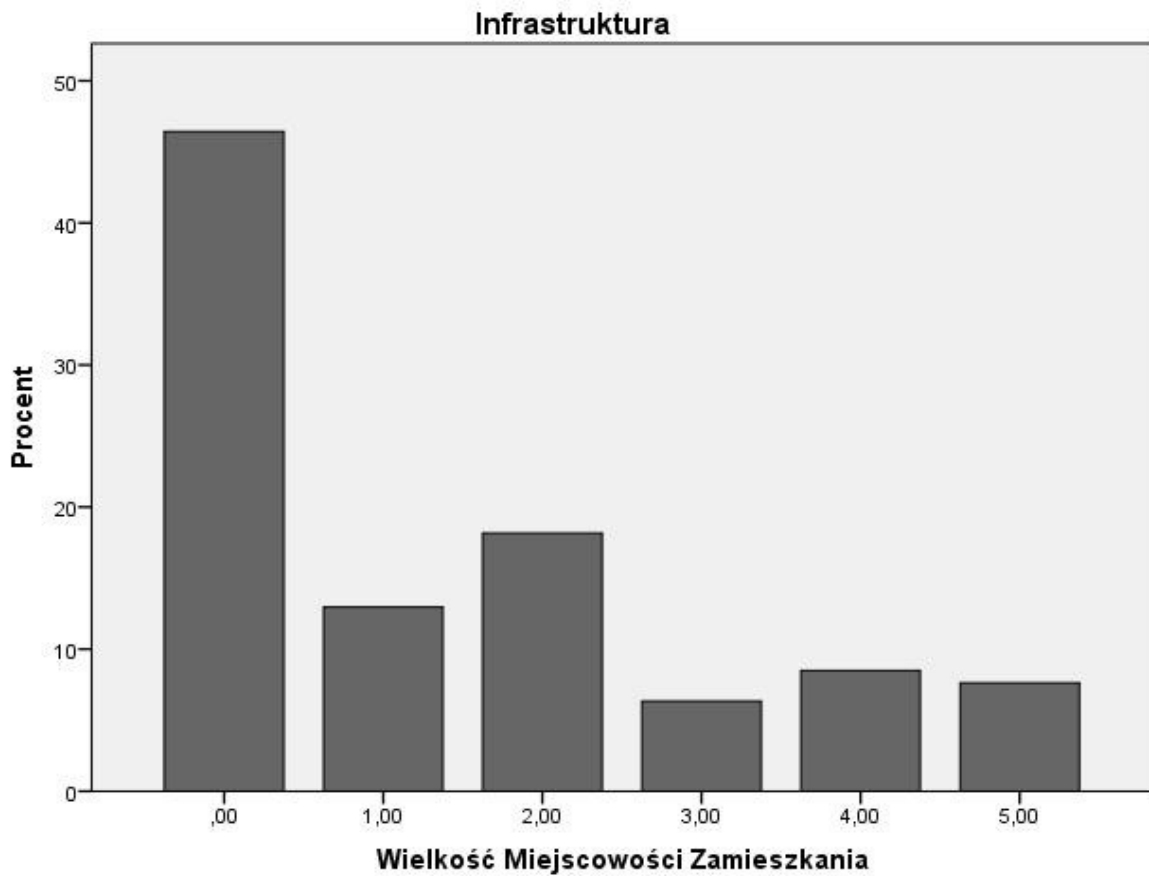
Wielkość gospodarstwa domowego - reprezentowana przez liczbę osób w gospodarstwie.

Im większe gospodarstwo domowe tym bardziej prozdrowotny styl życia.



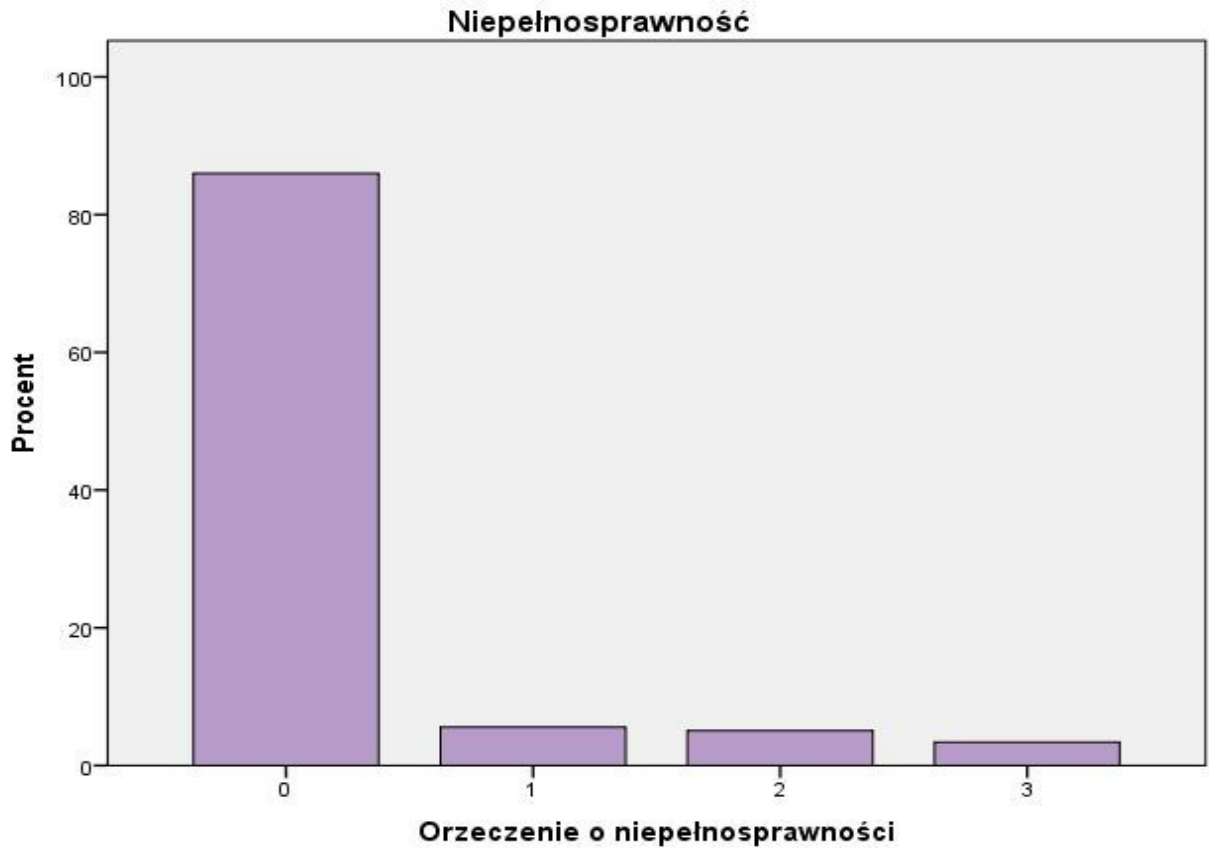
Infrastruktura - instytucjonalne i materialne podłoże funkcjonowania społeczeństwa.

Wskaźnikiem poziomu infrastruktury jest wielkość miejscowości zamieszkania. Lepiej rozwinięta infrastruktura sprzyja bardziej prozdrowotnemu stylowi życia.



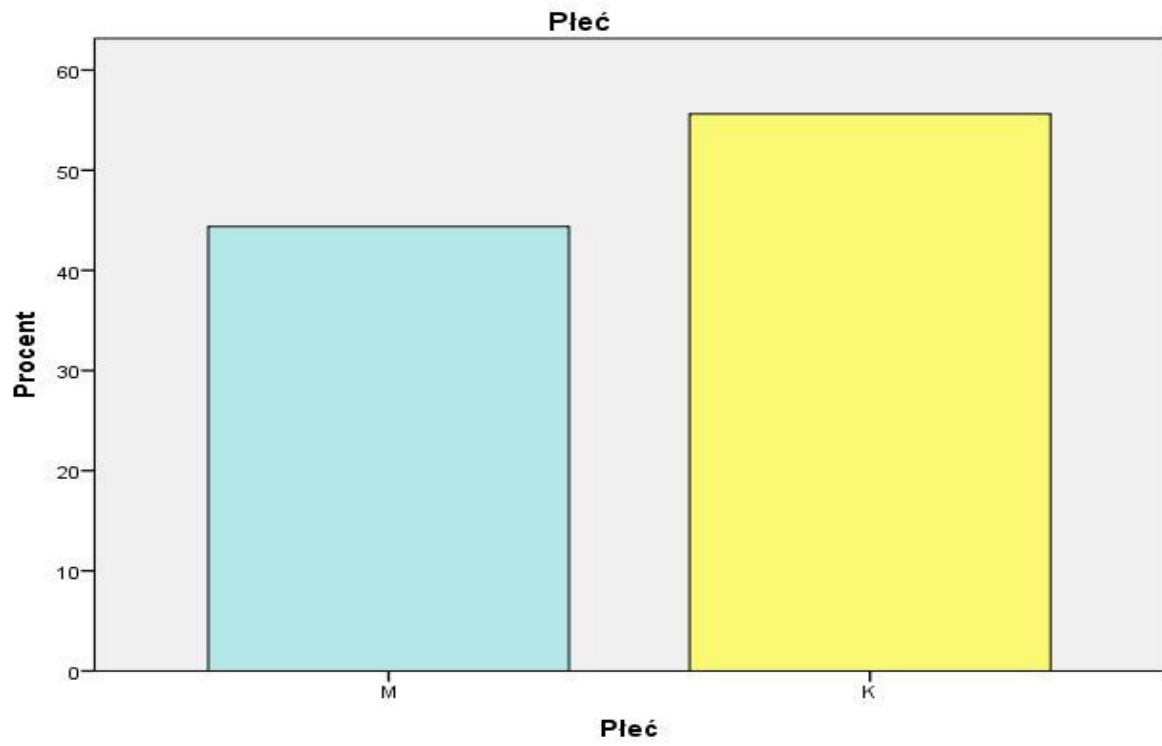
Niepełnosprawność - Instytucjonalnie określona niepełnosprawność oraz jej stopień.

Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym wyższy poziom niepełnosprawności. Wyższy poziom niepełnosprawności wiąże się z bardziej antyzdrowotnym zachowaniem.



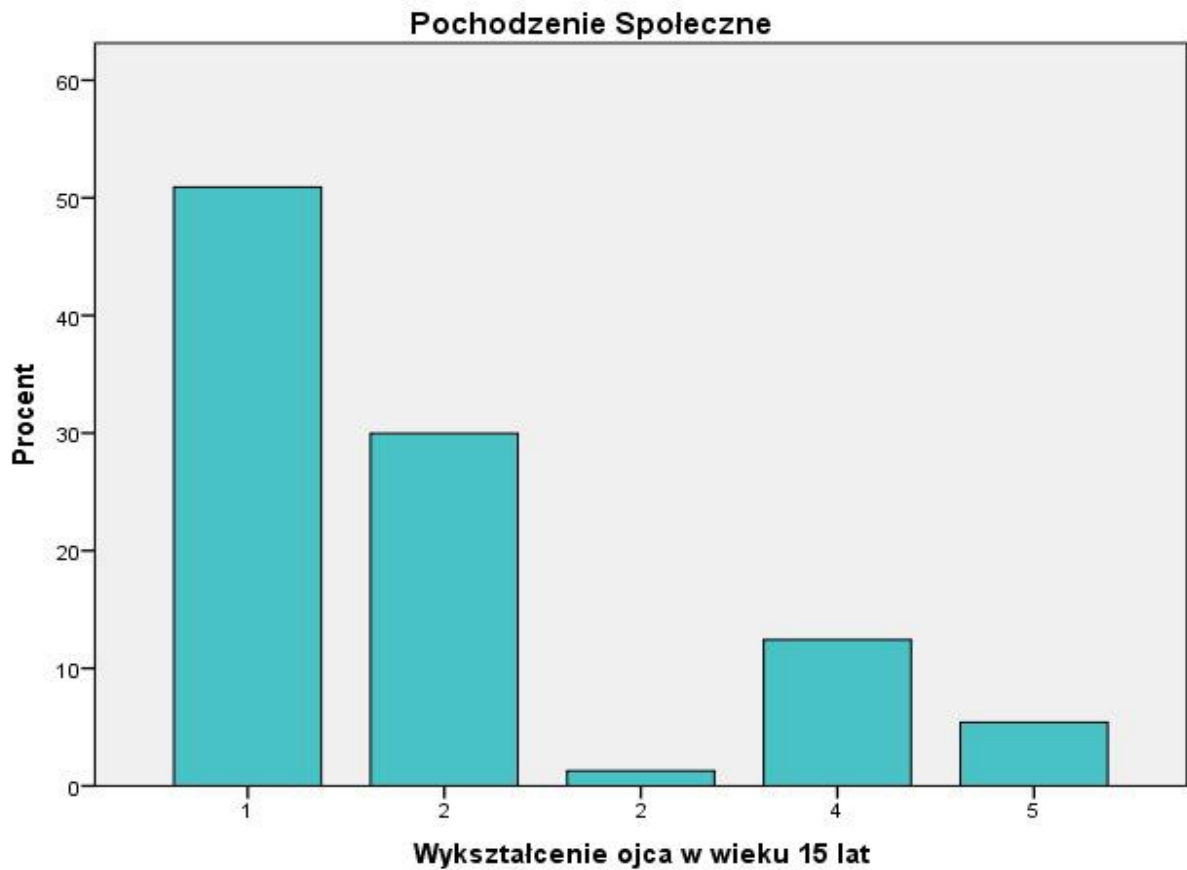
Płeć - odpowiada deklarowanej płci.

Kobiety mają bardziej prozdrowotny styl życia niż mężczyźni.



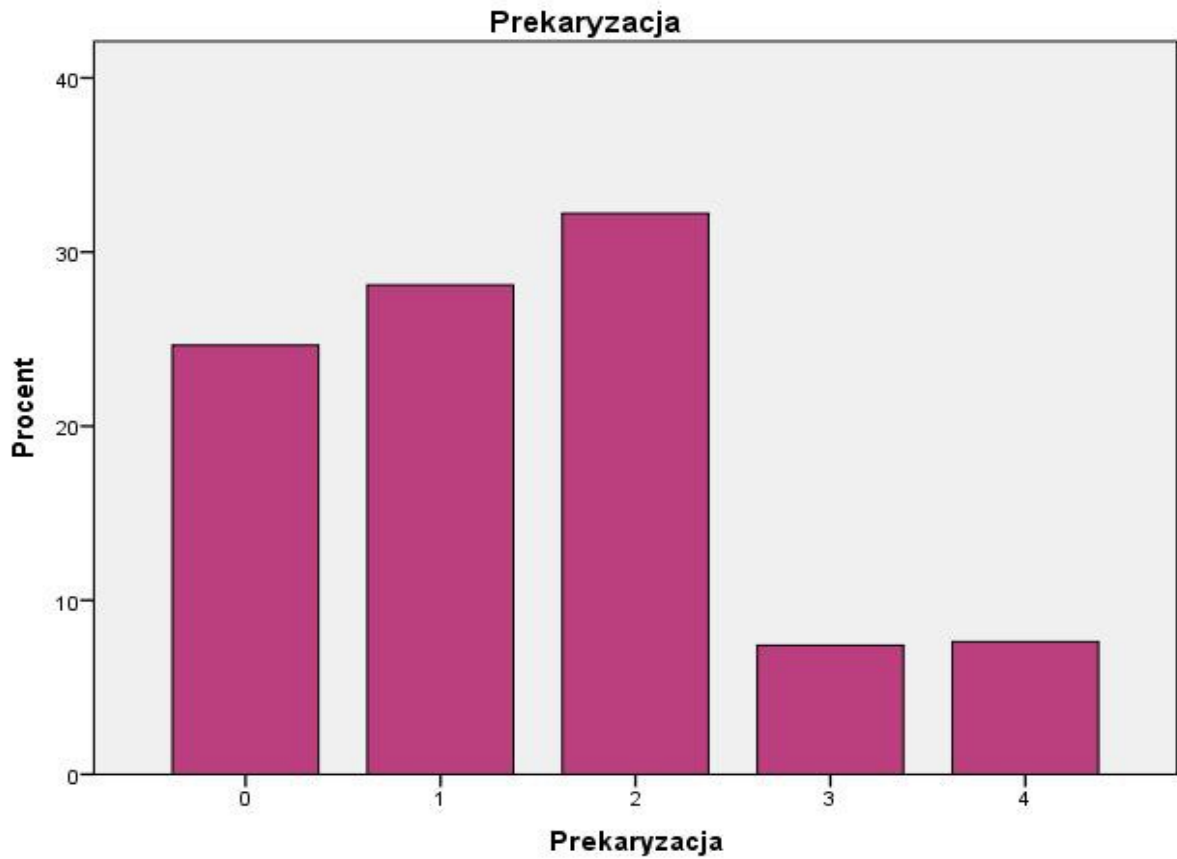
Pochodzenie społeczne - Wykształcenie ojca w wieku 15 lat, jako wskaźnik pozycji rodziny z której pochodzi jednostka.

Im wyższa pozycja rodziny, tym bardziej prozdrowotne zachowania.



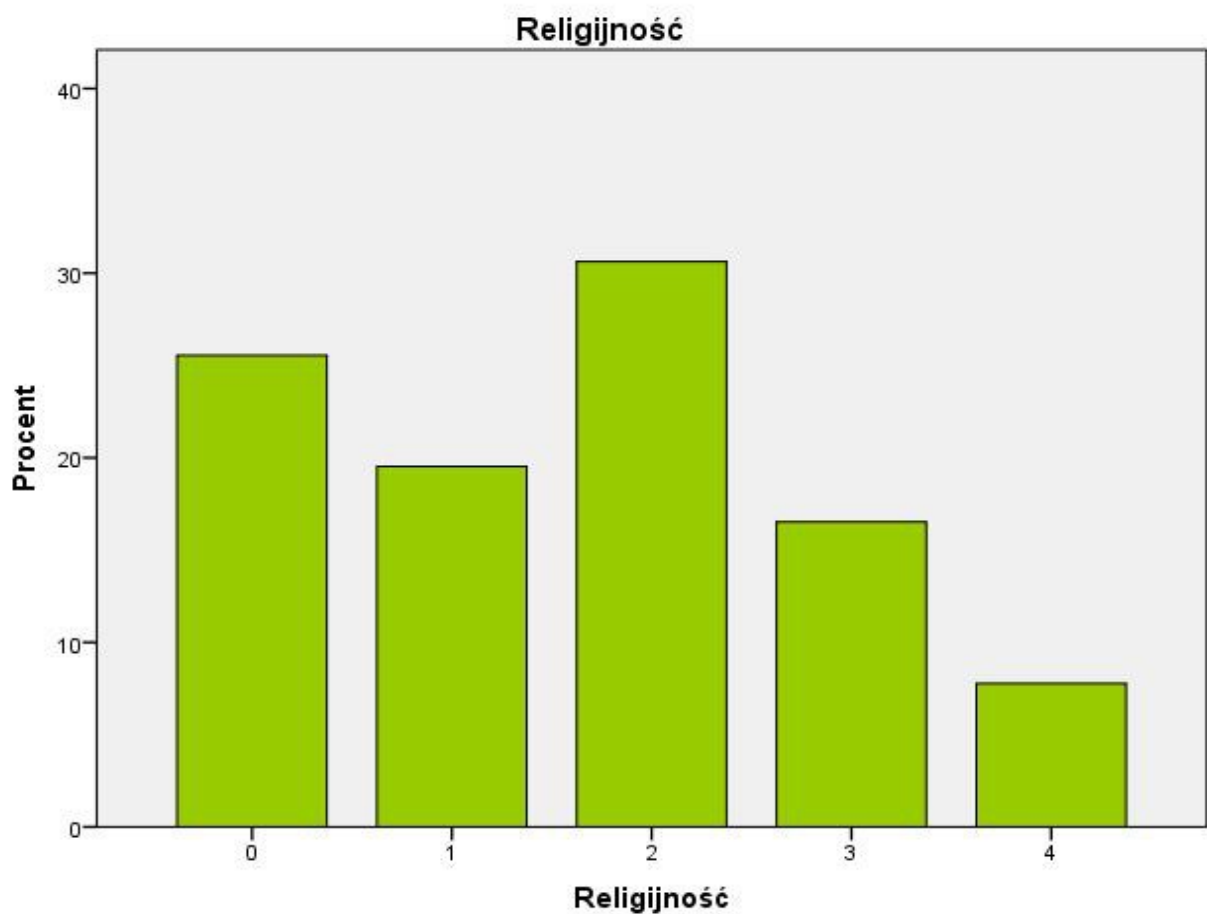
Prekaryzacja - poczucie niestałości i niepewności dochodów, oraz odczuwanie utrudnień w życiu z tego powodu.

Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym większy poziom prekaryzacji. Większy poziom prekaryzacji wiąże się z bardziej antyzdrowotnym stylem życia.



Religijność - posiadanie przekonań religijnych i oddawanie się praktykom religijnym.

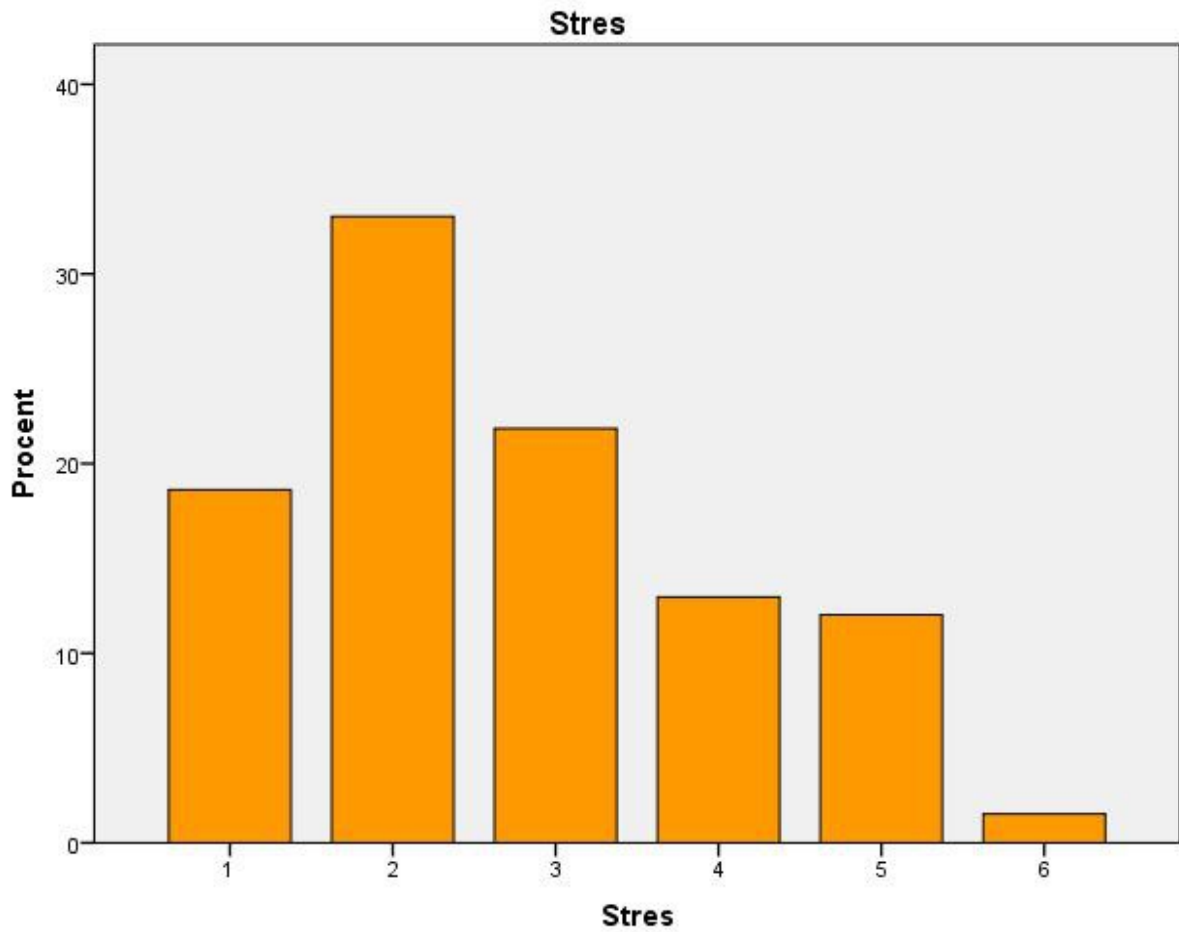
Wymiary: praktyki religijne (modlitwa, nabożeństwa) i światopogląd. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym większy poziom religijności. Wyższy poziom religijności wiąże się z bardziej prozdrowotnym stylem życia.



Stres - poziom stresu związanego z różnymi sferami życia (rodzina, praca, miejsce zamieszkania, urząd).

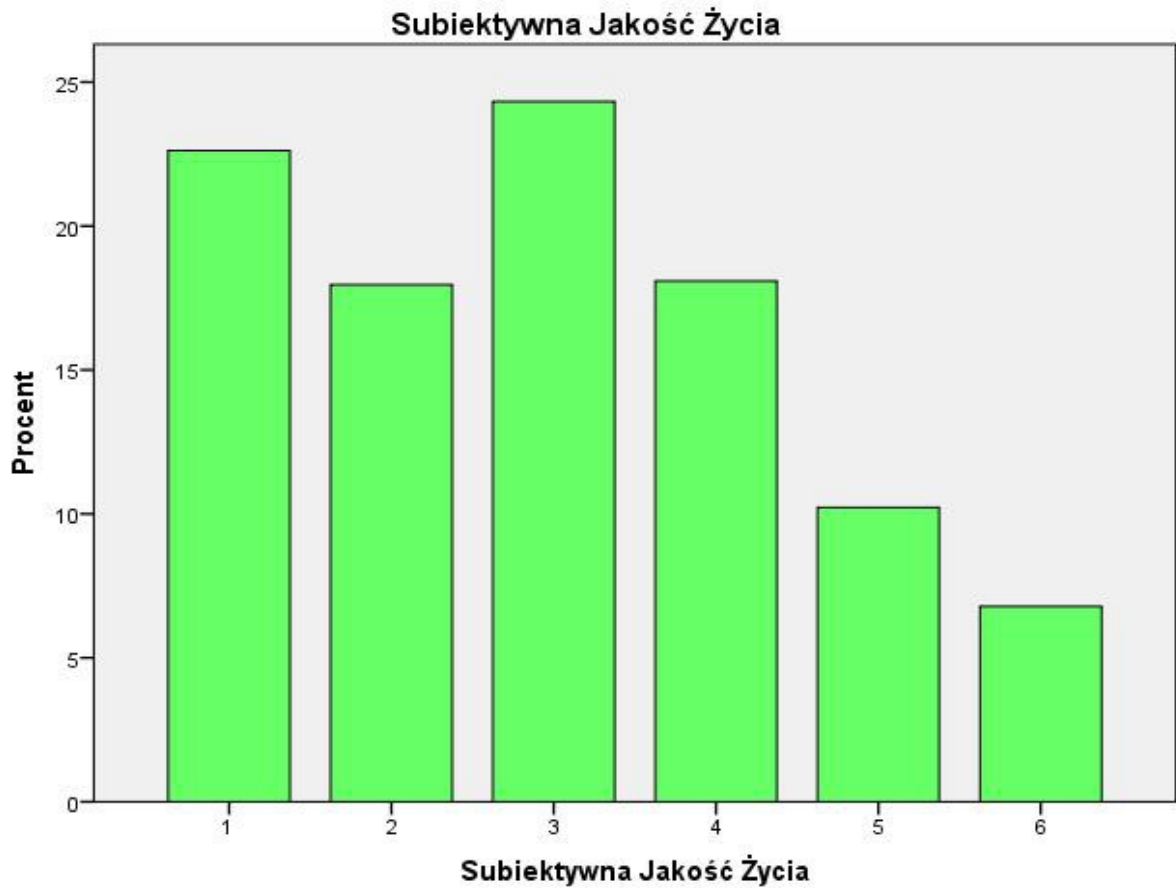
Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym większy stres.

Wyższy poziom stresu wiąże się z bardziej antyzdrowotnym stylem życia.



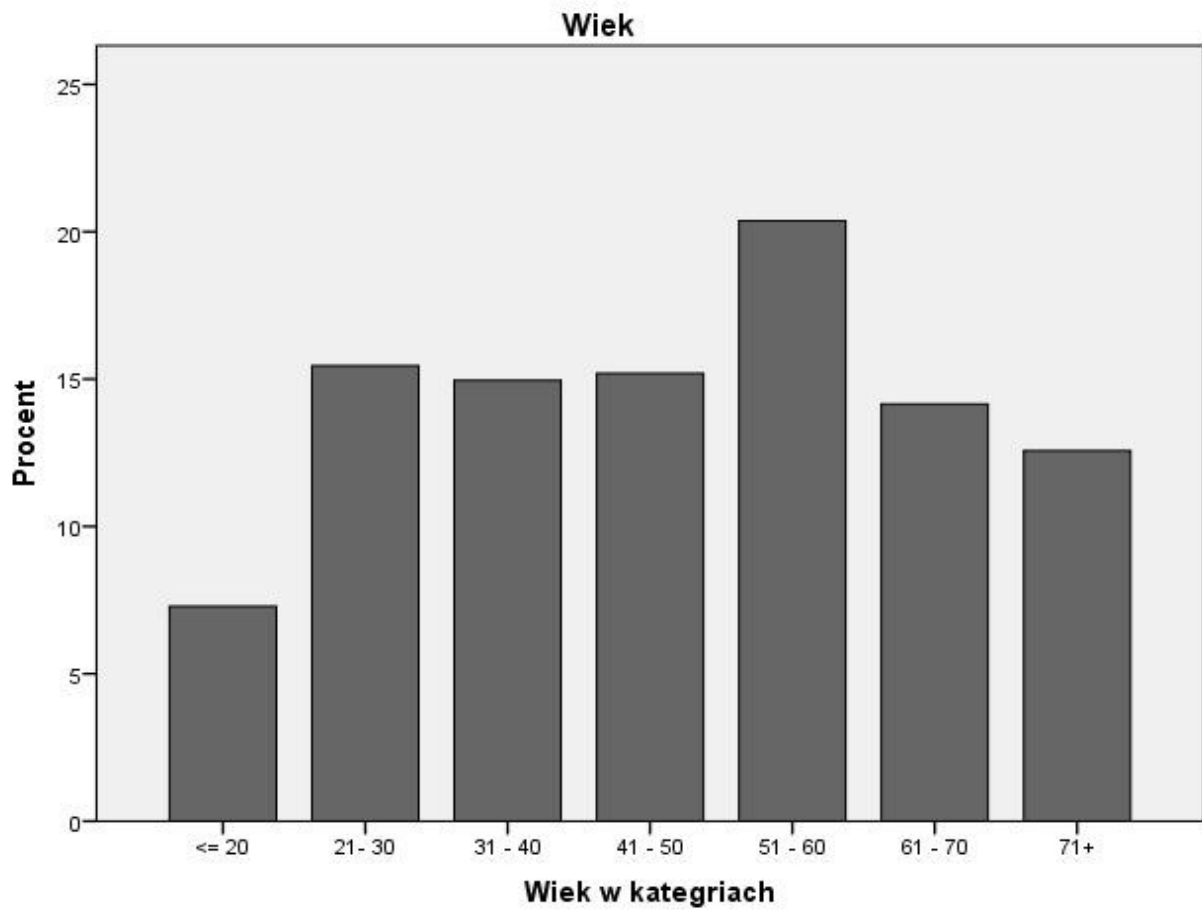
Subiektywna Jakość Życia - subiektywna ocena poziomu życia i satysfakcji życiowej.

Wskaźnik zbudowano na bazie skali depresji Becka, część NOPQRT. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym niższa subiektywna jakość życia. (Jako jedyna ta zmienna nie jest powiązana w modelu ze Zdrowotnością Stylu Życia)



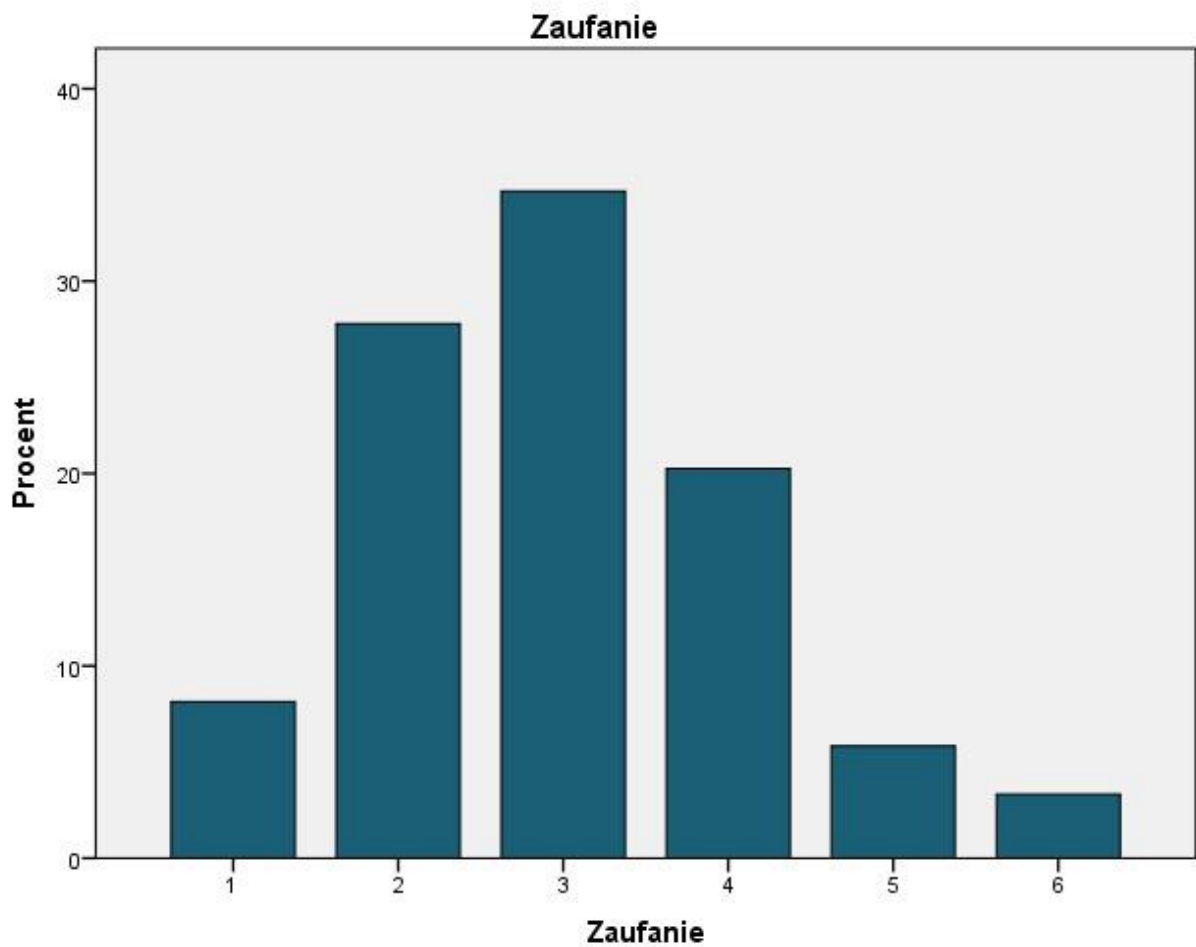
Wiek -

Im osoby starsze tym mniej prozdrowotny styl życia.



Zaufanie - przekonanie, że w sytuacji niepewności działania innych podmiotów będą dla nas korzystne.

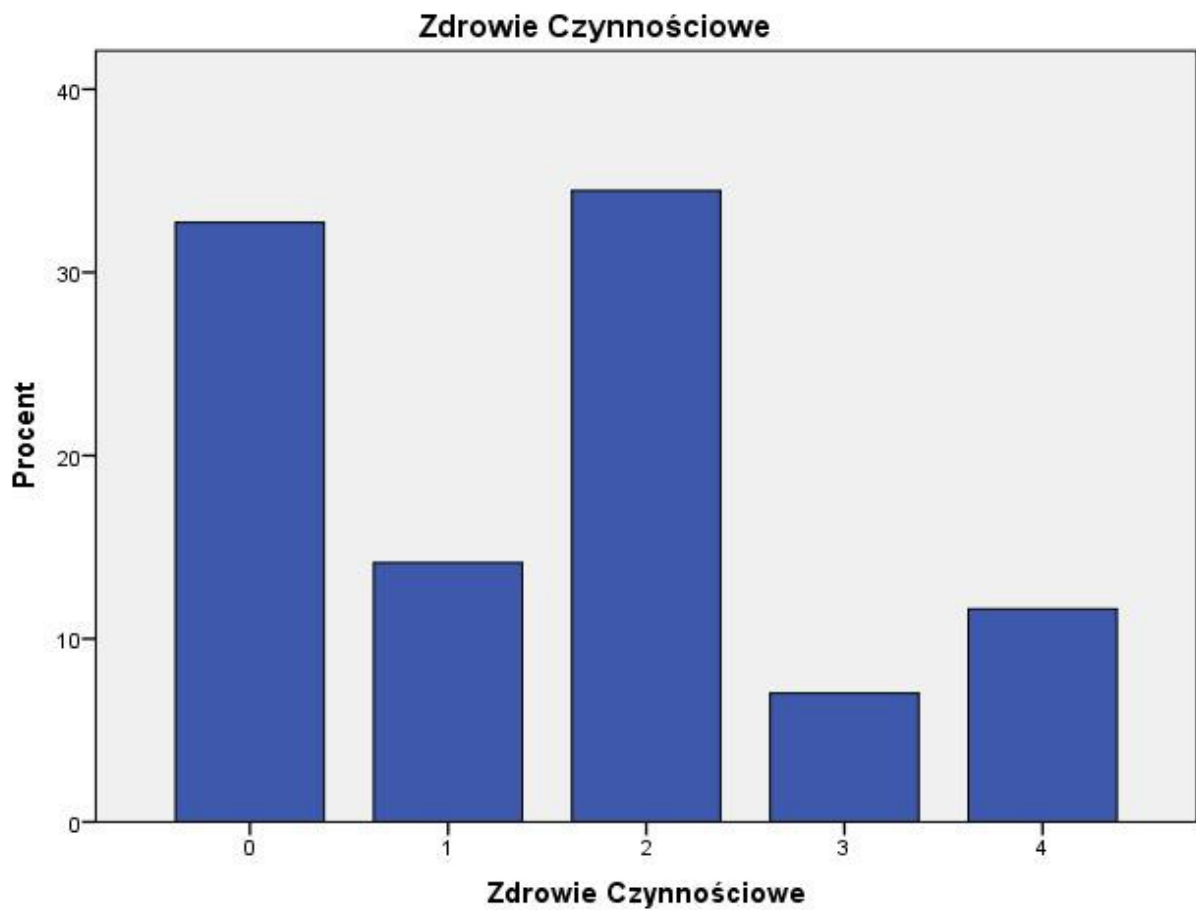
Sfery: zaufanie do ludzi w ogóle, zaufanie do instytucji publicznych, zaufanie do instytucji ekonomicznych, zaufanie do bliskich. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym większy poziom zaufania. Wyższy poziom zaufania wiąże się z bardziej prozdrowotnym stylem życia.



Zdrowie Czynnościowe - problemy z wykonywaniem czynności.

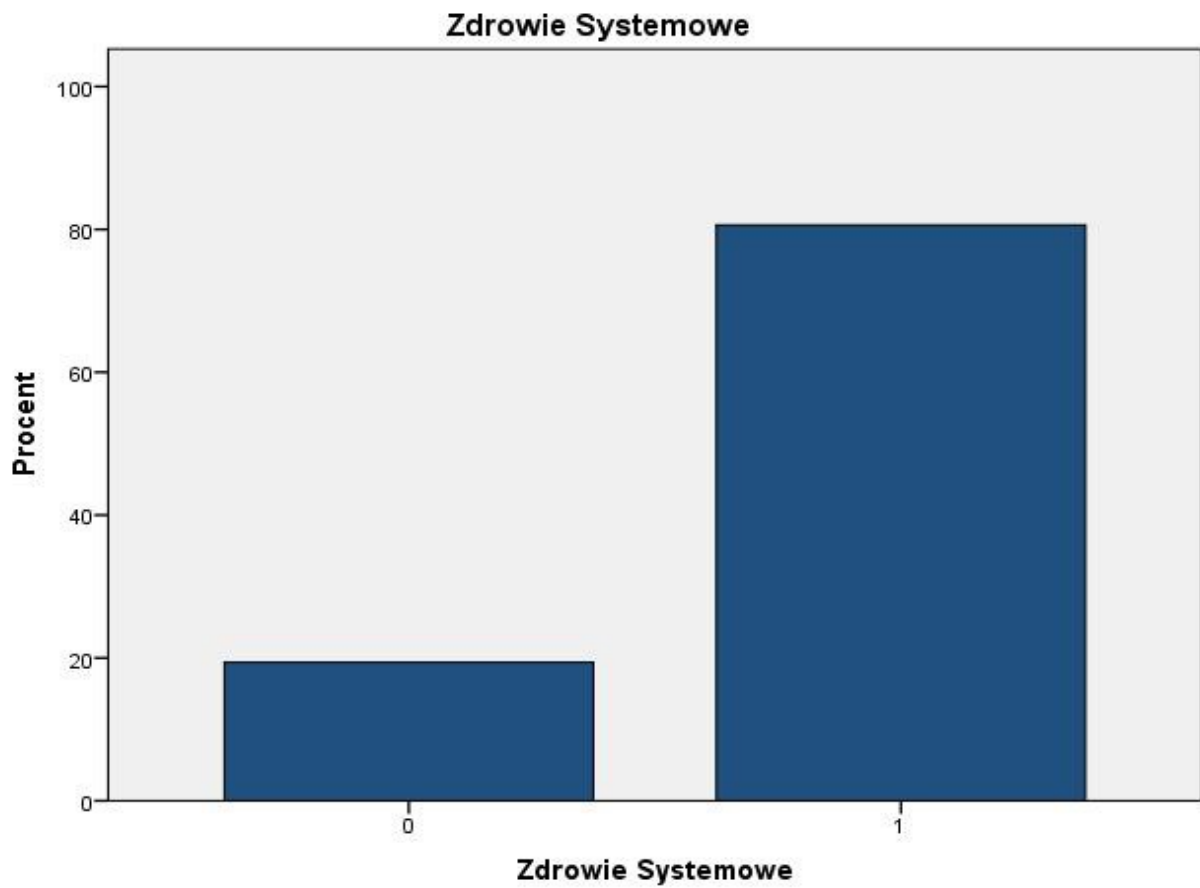
Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym gorszy poziom funkcjonowania jednostki.

Niższe zdrowie czynnościowe wiąże się z bardziej antyzdrowotnym stylem życia.



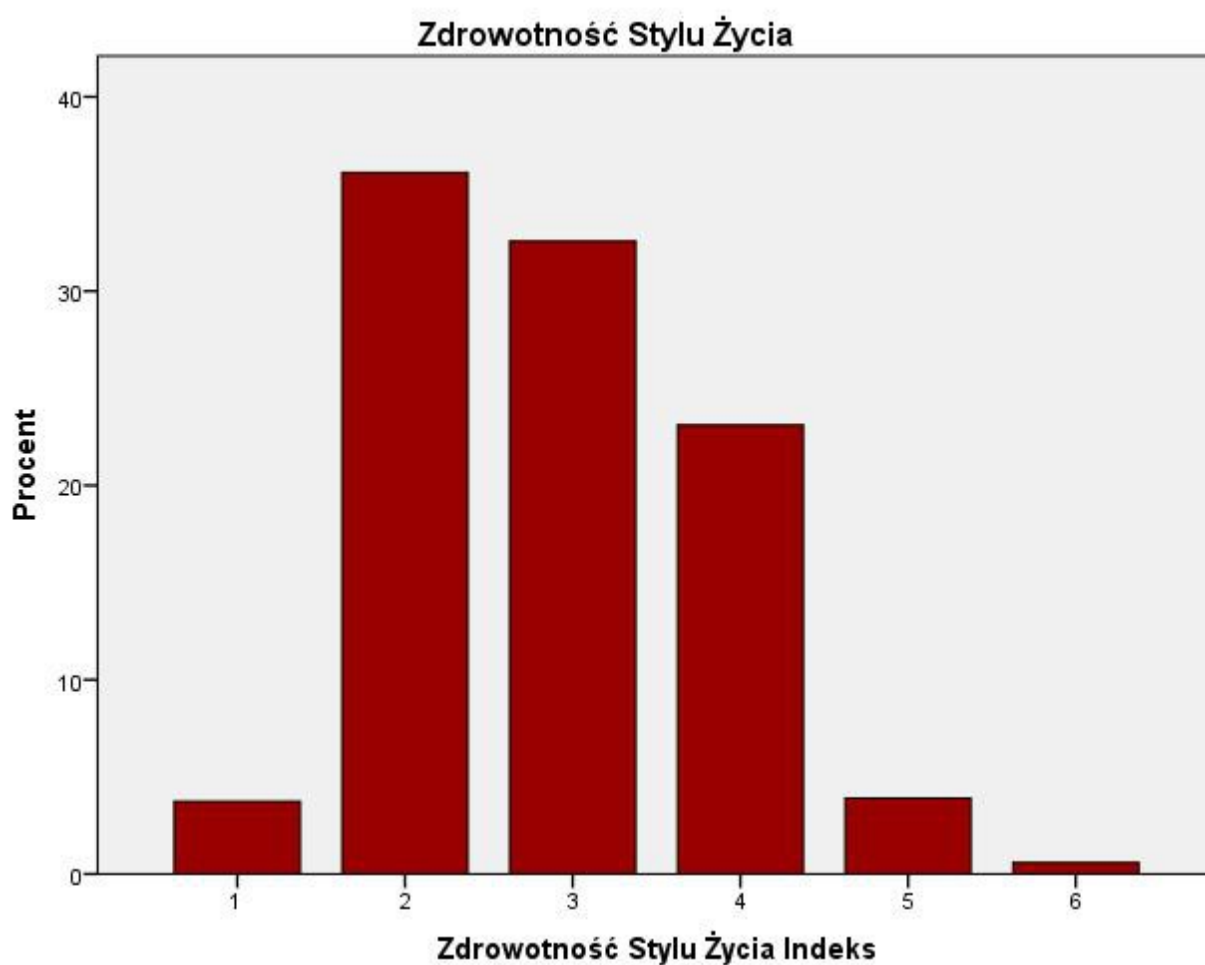
Zdrowie Systemowe - korzystanie ze służby zdrowia w ostatnim roku.

Pozycja 1 oznacza korzystanie z usług służby zdrowia w poprzednim roku. Korzystanie ze służby zdrowia wiąże się z bardziej antyzdrowotnym stylem życia.



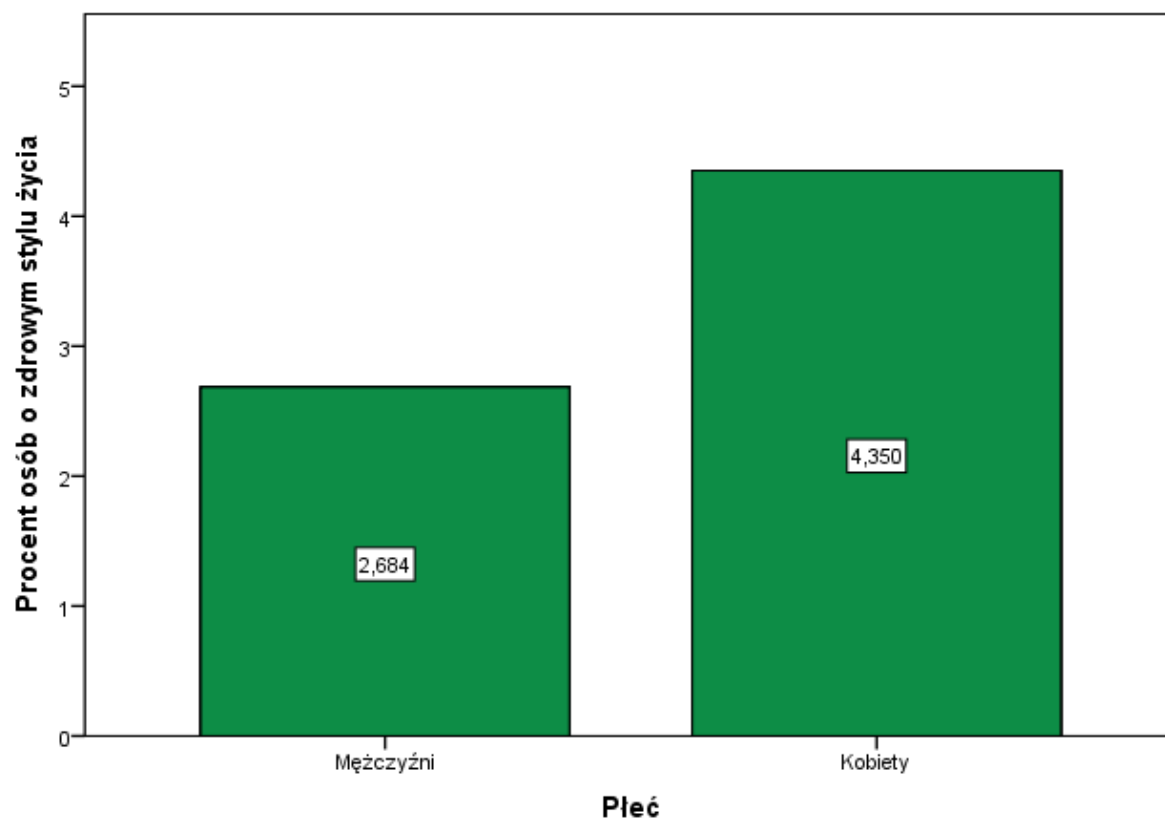
Zdrowotność Stylu Życia - stopień w jakim zachowania jednostek zgodne są z zaleceniami dotyczącymi zdrowego stylu życia.

Wymiary: ilość wypalanych papierosów, indeks masy ciała, aktywność fizyczna, substancje psychoaktywne (nadużywanie alkoholu i używanie narkotyków), sposoby radzenia sobie z trudnościami. Zbudowano indeks, im jego wyższa wartość tym gorszy poziom zdrowotności stylu życia.

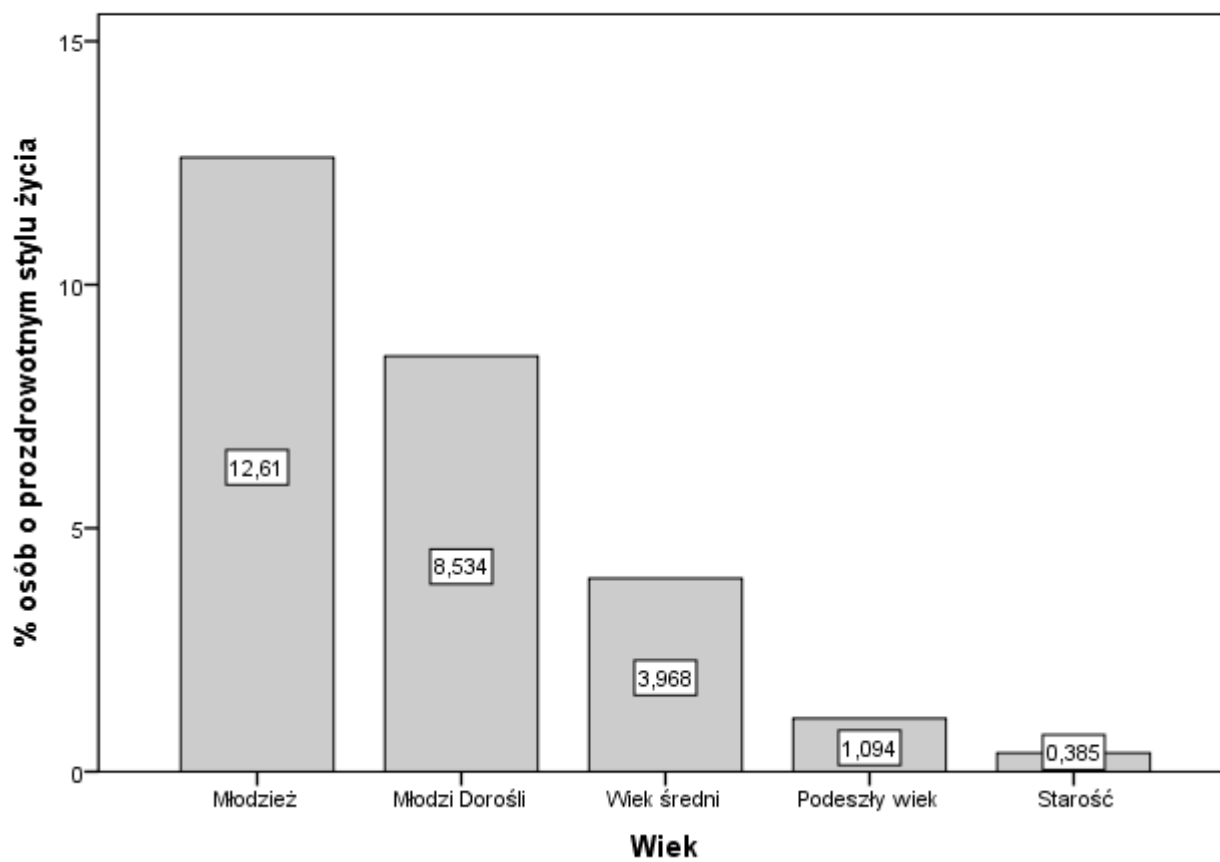


Zestawienie wybranych zmiennych niezależnych oraz procentowego udziału osób osiągających najlepszy rezultat pod względem poziomu zdrowotności stylu życia.

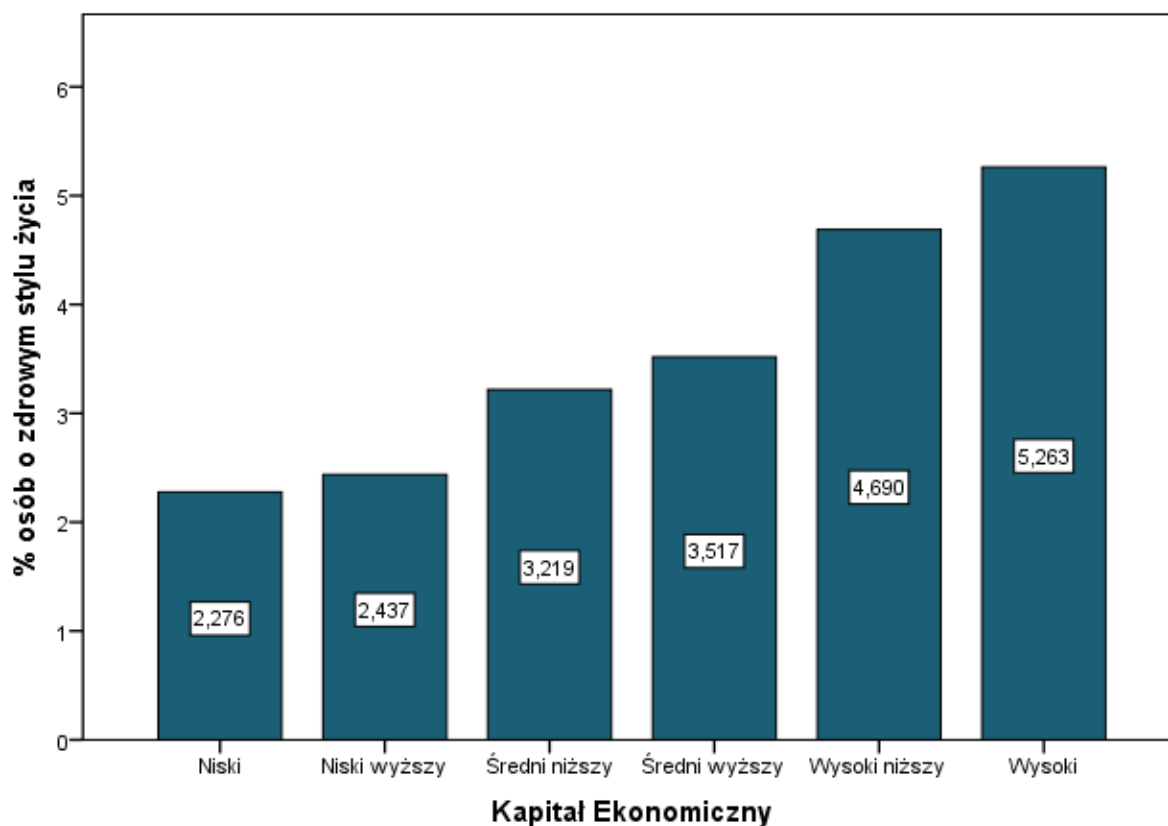
Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach płciowych



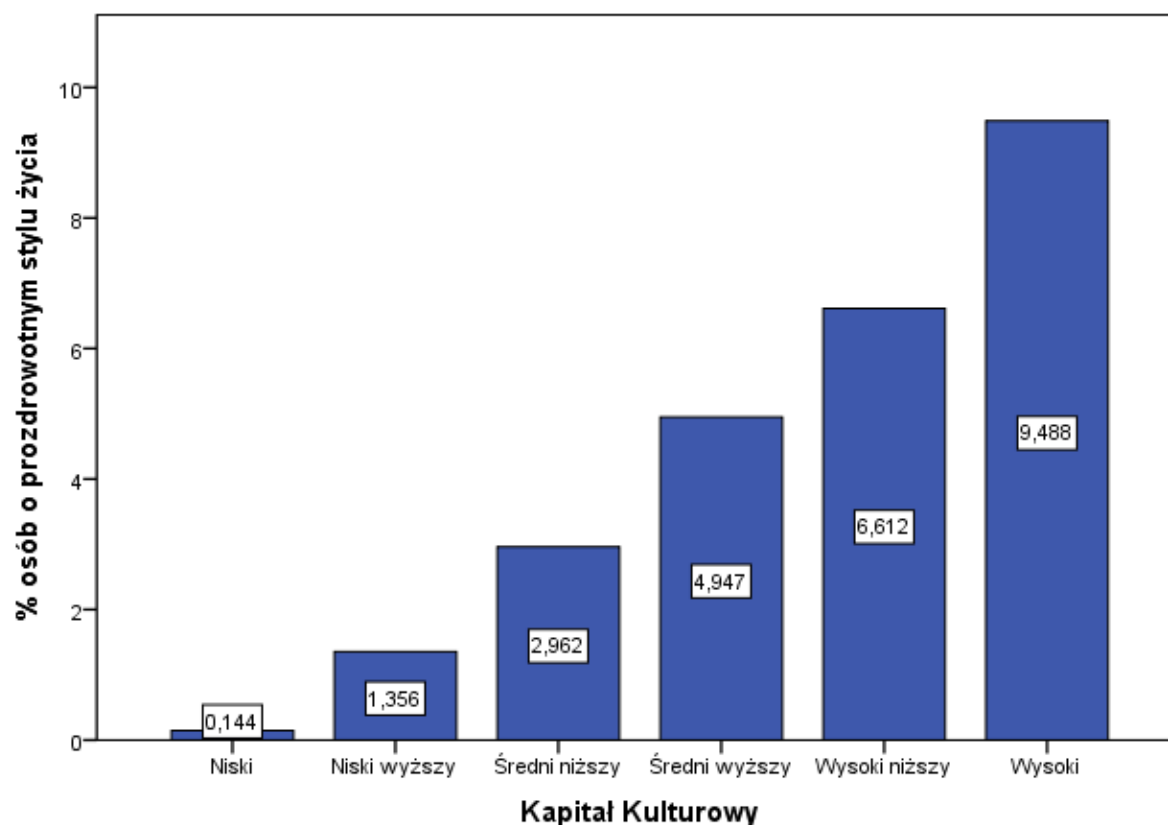
Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach wydzielonych ze względu na wiek



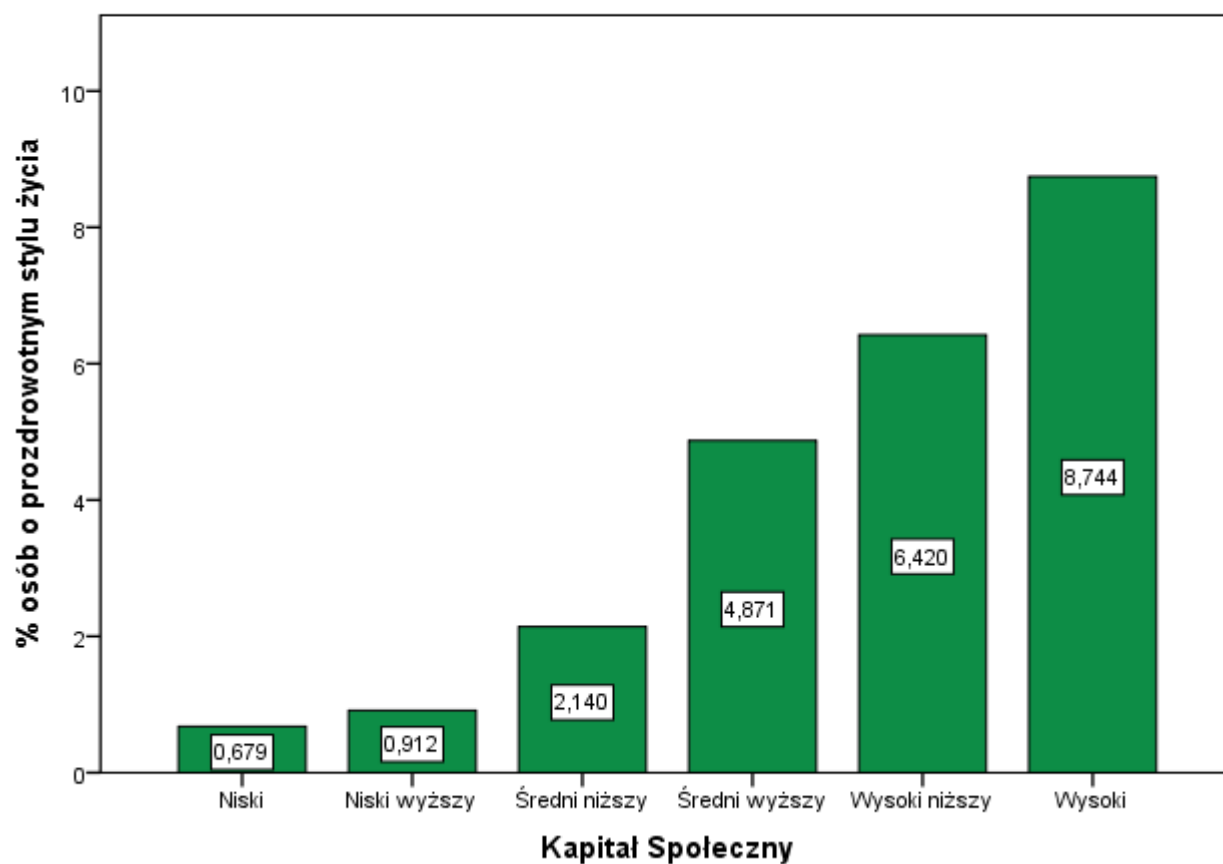
Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach wydzielonych ze względu na kapitał ekonomiczny



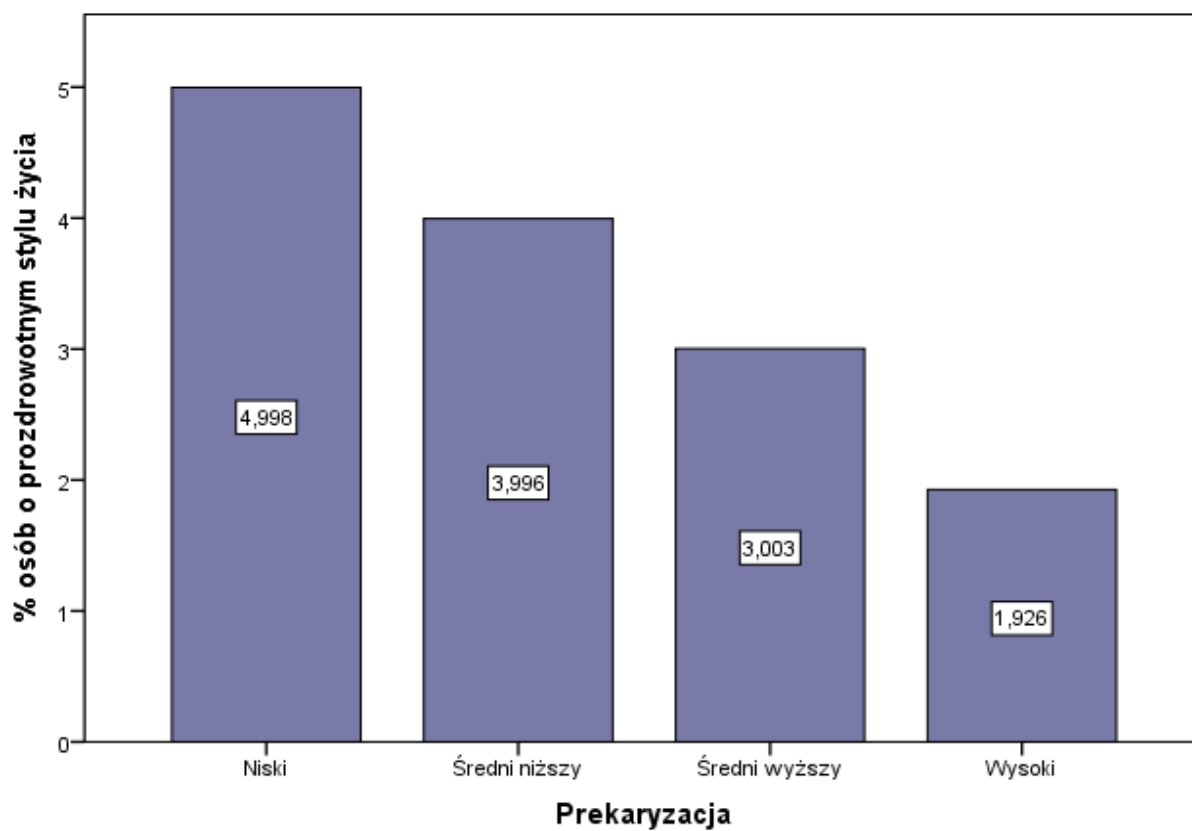
Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach wydzielonych ze względu na kapitał kulturowy



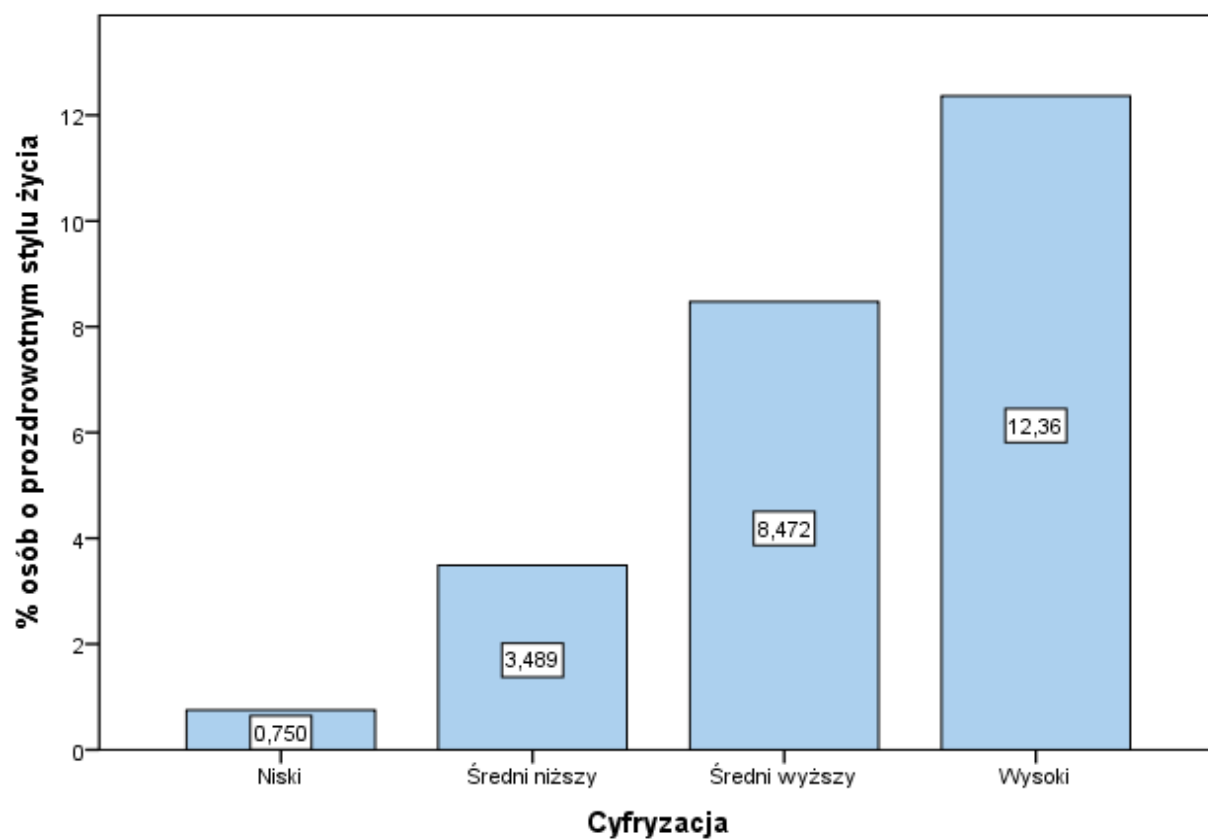
Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach wydzielonych ze względu na kapitał społeczny



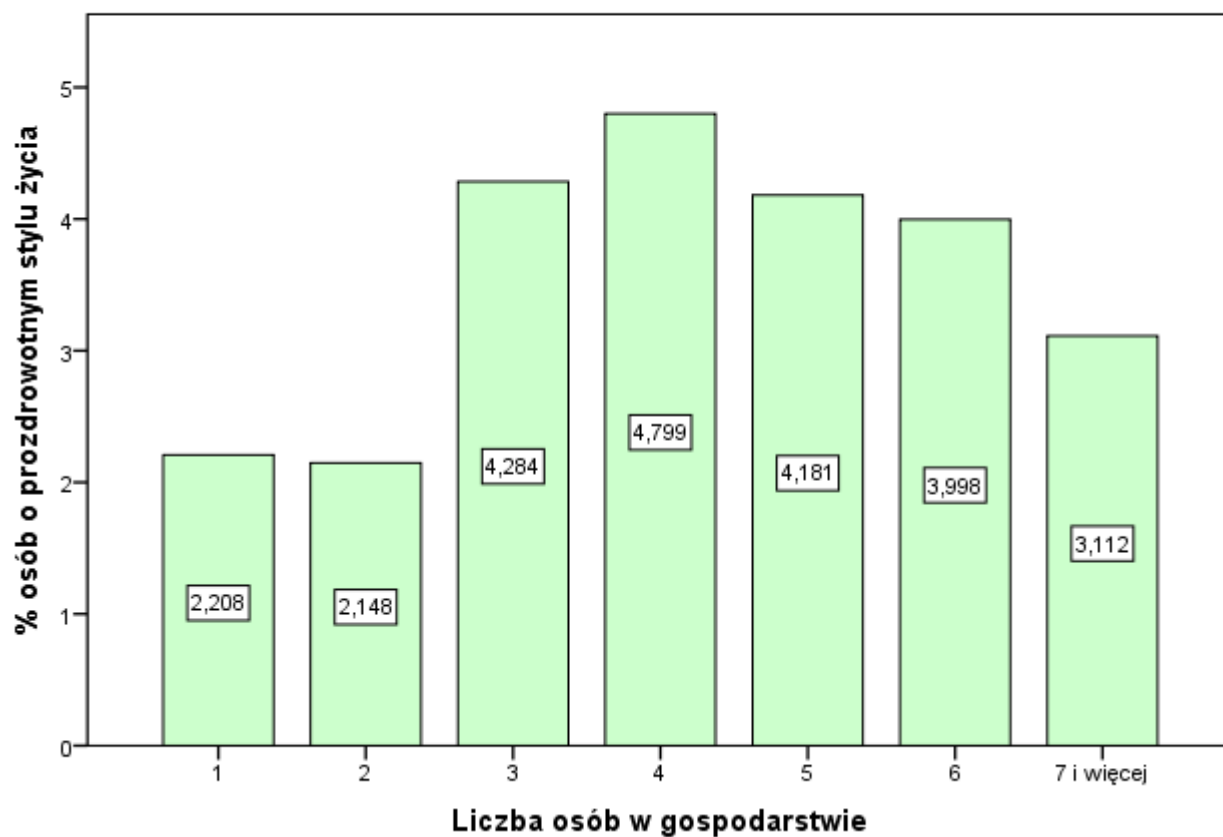
Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach wydzielonych ze względu na poziom prekaryzacji



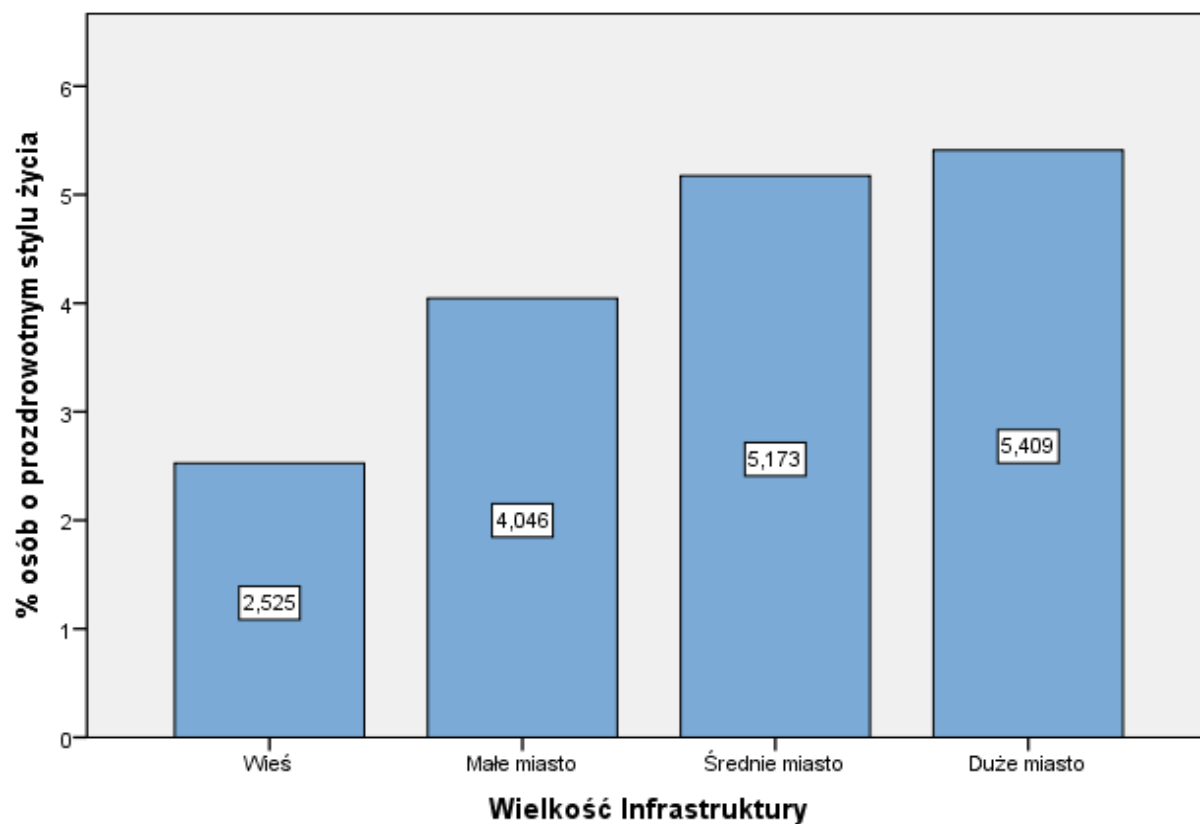
Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach wydzielonych ze względu na poziom cyfryzacji



Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach wydzielonych ze względu na liczbę osób w gospodarstwie



Procentowy udział osób o zdrowym stylu życia w poszczególnych kategoriach wydzielonych ze względu na wielkość infrastruktury



4.2 Modelowanie równań strukturalnych

Wspominane techniki analizy danych wymagają przybliżenia, tylko część z nich to klasyczne statystyczne techniki opisowe, część natomiast to techniki nieco bardziej zaawansowane.

Modelowanie równań strukturalnych - opis

Modelowanie równań strukturalnych (SEM) to jedna z nowszych technik wieloczynnikowych, która pozwala w odróżnieniu od analizy czynnikowej, regresji wielokrotnej, dyskryminacyjnej czy też wieloczynnikowej analizy wariancji itp., na testowanie teorii przez równoczesne badanie szeregu relacji zależności, w taki sposób, że zmienna zależna staje się zmienną niezależną w kolejnej relacji zależności [10, 11]. Mówiąc ściślej modelowanie równań strukturalnych to rodzina modeli statystycznych, która bada strukturę powiązań sformułowanych w serii równań, które opisują wszystkie związki między zawartymi w analizie konstruktami (wyrażonymi w postaci zmiennych zależnych i niezależnych). Technika ta jest unikalną kombinacją analizy czynnikowej i regresji wielokrotnej.

Wszystkim modelom równań strukturalnych wspólne są następujące właściwości: oszacowanie wielu wzajemnie powiązanych ze sobą związków zależności, włączenie niemierzalnych bezpośrednio zmiennych ukrytych oraz zdefiniowanie modelu wyjaśniającego cały zbiór relacji. Uznaje się że związki ustalone przy pomocy SEM są trafniejsze i większe niż w prostszych podejściach (np. regresja).

Model który powstaje powinien być reprezentacją teorii, rozumianej jako usystematyzowany zbiór zależności zapewniających spójne i kompleksowe wyjaśnienie danego zjawiska, przy czym może być on zakorzeniony zarówno w doświadczeniu i praktyce, jak i abstrakcyjnych konstrukcjach naukowych. Typowy model SEM składa się w istocie z dwóch modeli: modelu pomiarowego, który wskazuje jak mierzone zmienne razem odzwierciedlają utworzony konstrukt, a także modelu strukturalnego, obrazującego jak konstrukty są powiązane ze sobą nawzajem. Często określa się modelowanie równań strukturalnych jako modelowanie przyczynowe, żeby jednak można było mówić o wnioskowaniu przyczynowym muszą być spełnione dodatkowe warunki: kowariancja (korelacja) między zmiennymi, następstwo czasowe zdarzeń, brak zależności pozornych oraz wsparcie teoretyczne.

Najdogodniejszą metodą prezentacji modelu SEM, ze względu na wysoką złożoność równań, jest forma wizualna w postaci schematu ścieżkowego, w którym poszczególne rodzaje zmiennych

oraz relacje mają swoje konwencjonalne reprezentacje (zależność jako jednokierunkowa strzałka lub korelacja jako dwukierunkowa strzałka).

W odróżnieniu od innych analiz wieloczynnikowych, celem modelowania równań strukturalnych nie jest wyjaśnienie związków w postaci jednego równania statystycznego, ale przetestowanie zbioru związków reprezentujących wiele równań. Z tego względu SEM posługuje się specyficznymi miarami dopasowania lub przewidywanej dokładności, które odzwierciedlają cały model, a nie pojedynczą relację, i muszą być zaakceptowane (przyjęte przez badacza), zanim poszczególne relacje zostaną odnotowane. Dopasowanie modelu określane jest na podstawie odpowiedniości między macierzą obserwowanych kowariancji oraz macierzą szacowanych kowariancji, która jest rezultatem zaproponowanego modelu.

Prawidłowo skonstruowany model musi wypełniać szereg warunków dotyczących charakteru danych, uzupełnianiu ich braków czy reprezentatywności i wielkości próby. Trafność modelu SEM zależy od określonego akceptowanego poziomu dobrego dopasowania (goodness-of-fit) oraz konkretnych dowodów trafności konstruktów. Różne wymiary dopasowania sprawdza się przy pomocy takich wskaźników jak: wartości chi-kwadrat, absolutny wskaźnik dopasowania, przyrostowy wskaźnik dopasowania, wskaźnik dobrego dopasowania oraz wskaźnik złego dopasowania. Przy modelowaniu strukturalnym stosuje się zaawansowane, specjalistyczne oprogramowanie, w niniejszej pracy wykorzystano dodatek do pakietu statystycznego SPSS - AMOS.

Przy budowie modelu przyczynowego zdrowego stylu życia wybrano szereg cech mających domniemany wpływ na to zjawisko (opisanych wcześniej) i zbudowano z nich model strukturalny określający ich wzajemne powiązania i schemat wpływu na Zdrowotność Stylu Życia. Przypisano poszczególnym cechom wskaźniki (tam gdzie było to konieczne i możliwe skonstruowano wskaźniki złożone) i poddano model sprawdzeniu. Jako główną strategię przyjęto rozwojowy sposób budowy modelu tzn. model początkowy stanowił punkt wyjścia do dalszych przekształceń, przy czym kierowano się zarówno wytycznymi formalnymi (utworzenie spójnego i trafego modelu) jak i merytorycznymi (zgodność z teorią).

Główna zmienna zależna Zdrowotność Stylu Życia utworzona została jako indeks, bazując na założeniu, o spójności wewnętrznych jego składników.

Wyniki SEM

Na model składają się łącznie aż 22 obserwowane zmienne egzogenne, które tworzą kilkadziesiąt relacji zależności i współzależności. Ogółem występują 222 parametry, model posiada

31 stopni swobody, a chi kwadrat = 38,796. Żeby zapewnić maksymalną poprawność wybrano zróżnicowane wskaźniki dopasowania modelu (podstawowe, bezwzględne oraz przyrostowe):

- "Wartość p" dla sprawdzenia hipotezy, że model doskonale pasuje do populacji $p = 0,159$, przy czym w modelowaniu SEM inaczej niż zazwyczaj jeśli p jest większe niż przyjmowane 0,05 oznacza to brak znaczącej różnicy między macierzami, co wspiera koncepcję o dopasowaniu modelu do rzeczywistości.
- Indeks Dobroci Dopasowania (GFI, Goodness-of-Fit Index) = 1
- Pierwiastek Kwadratowy z Błędu Średniokwadratowego Przybliżenia (RMSEA, Root Mean Squared Error of Approximation) = 0,03
- Średnia Kwadratowa Resztkowa (RMR Root Mean square Residual) = 0,41
- Znormalizowany Chi kwadrat = 1,25
- Indeks Dopasowania Porównawczego (CFI, Comparative Fit Index) = 1

Wszystkie miary dopasowania spełniają przyjmowane kryteria, a żaden alternatywny model nie prezentował lepszego dopasowania, możemy więc orzec o dobrym dopasowaniu modelu do danych. Współczynnik determinacji opisujący siłę związku dla Zdrowotności Stylu Życia wyniósł $R^2 = 0,23$ co oznacza, że skonstruowany model wyjaśnia 23% zmienności tej zmiennej (innymi słowy, błąd wariacji dla tej zmiennej wynosi w przybliżeniu 77% wariacji samej tej zmiennej). Spośród innych zmiennych najwyższe współczynniki determinacji zanotowano dla poziomu Cyfryzacji (0,63), Subiektywnej Jakości Życia (0,61), Zdrowia Czynnościowego (0,48), Kapitału Kulturowego (0,4), Stresu (0,35), Alienacji (0,24), a niższe również dla Kapitału Ekonomicznego (0,16), Kapitału Społecznego (0,15), Religijności (0,15), oraz Prekariaryzacji (0,15).

Wśród zmiennych wpływających na Zdrowotność Stylu Życia możemy wyróżnić trzy grupy zmiennych w zależności od siły ich wpływu. Najwyższe współczynniki determinacji (0,14 - 0,15) Religijność, Płeć, Wiek i Cyfryzacja, średnie (0,05 - 0,1) Stres, Telewizja, Kapitał Kulturowy, Prekariaryzacja, Alienacja, Zdrowie Systemowe, Zdrowie Czynnościowe, oraz najniższe (0,02 - 0,048) reszta zmiennych. Oczywiście wpływ nie jest wyłącznie jednokierunkowy tzn. niektóre zmienne są odwrotnie proporcjonalnie powiązane ze Zdrowotnością Stylu Życia.

Komentarz do wyników:

Nie jest niespodzianką wysoki wpływ tzw. zmiennych demograficznych, płci i wieku, na poziom zdrowotności stylu życia. We wszelkich badaniach dotyczących zachowań związanych ze zdrowiem to właśnie kobiety prezentują bardziej prozdrowotne postawy, bierze się to ze społecznie przypisywanej kobietom roli opiekuńczej (w pierwszej kolejności w stosunku do dzieci), a co za tym idzie formułowanie skierowanych do nich wartości, oczekiwań i treści odwołujących się do

zdrowia. Z drugiej strony tradycyjny model męskości wiąże się z podejmowaniem ryzyka, nie przywiązywaniem nadmiernej wagi do własnego wyglądu i lekceważeniem dolegliwości. Nieco inaczej sprawa ma się w przypadku bardziej antyzdrowotnych zachowań starszych osób, gdzie do pewnego stopnia możemy mówić o 'obiektywnych' przesłankach wyraźnie pogarszającego się stanu zdrowia w ostatniej z trzech części naszego życia, co może skutkować bardziej pasywnym niż by się należało spodziewać działaniem (tzn. można by oczekiwać, że osoby o gorszym zdrowiu bardziej będą o niego dbały, nie tylko dlatego że zdrowie stanie się bardziej 'namacalną' wartością, ale również częstszy kontakt z przedstawicielami służby zdrowia, powinien rodzić większą wiedzę i umiejętności; ponadto własne samopoczucie jest dość powszechnym tematem rozmów wśród starszej grupy wiekowej). W modelu znajdują się zmienne reprezentujące zdrowie, takie jak odczuwanie dolegliwości, problemy z wykonywaniem codziennych czynności czy korzystanie z usług służby zdrowia, co oznacza, że ich wpływ jest włączony w ten wynik, a, jak zobaczymy niżej, ich oddziaływanie jest znacznie mniejsze. Inne wyjaśnienie, które jest tu możliwe, to po prostu różnice pokoleniowe w wartościach i normach dotyczących zachowań związanych ze zdrowiem. Młodsze pokolenia mogą bardziej zwracać uwagę na prozdrowotne zachowania, jako ich element stylu życia, jak również w większym stopniu przypisywać sobie sprawstwo w relacji do zdrowia.

Nawet bardziej interesujące są dwie kolejne cechy mające największy wpływ na Zdrowotność Stylu Życia, czyli Religijność i Cyfryzacja. Wiele badań potwierdza pozytywny wpływ religijności na zdrowie i chociaż nie wszystkie one spełniają naukowe kryteria, to jednak mamy wystarczającą ilość dowodów na potwierdzenie tej tezy. Za główne czynniki wpływu w tym związku (religijności i zdrowia) uchodzi właśnie prozdrowotne zachowanie będące następstwem prozdrowotnych niejednokrotnie zaleceń religijnych (nie zabijaj, nie cudzołóż itp. zob. rozdział 1) oraz udział we wspólnotowości, która stwarza odpowiednie instrumenty wpływu i wsparcia społecznego. Wreszcie cyfryzacja może wykorzystywać wspomniany element wspólnotowości (bycie w ciągłym kontakcie, wielorakie wsparcie, media społecznościowe) oraz dostęp do wiedzy zdrowotnej, jaki oferuje korzystanie z internetu. Kolejne wyjaśnienie tego związku mogą stanowić takie aspekty jak wiek, młodsze osoby są bardziej zakotwiczone w nowych technologiach (co potwierdzają również niniejsze badania $R^2 = -0,54$), oraz wykształcenie, będące częścią kapitału kulturowego ($R^2 = 0,24$). Chociaż nie wydaje się byśmy mieli tutaj z tym do czynienia, w tej drugiej sytuacji, prozdrowotny system norm i wartości, lub wynikający z nich styl życia, byłby następstwem poziomu świadomości zdrowotnej czy też pozycji wynikającej z poziomu wykształcenia, natomiast cyfryzacja pełniła by rolę zmiennej pozornej. Włączenie w model różnych zmiennych takich jak np. pozycja zawodowa ($R^2 = 0,07$), kapitał kulturowy czy ekonomiczny ($R^2 = 0,14$), pozwala stwierdzić, że to właśnie cyfryzacja stanowi główny czynnik, choć oczywiście pozostaje z innymi

cechami w powiązaniu.

Poza ww. zmiennymi, których wpływ na poziom zdrowotności stylu życia jest względnie duży, większość zmiennych wykazała znacznie niższy związek (taki który, uznajemy tu jako nieistotny $R^2 \leq 0,15$). Szczególnie zaskakujące jest niewielkie znaczenie zmiennych reprezentujących różnorodne wymiary samego zdrowia, społecznego ułożenia (pozycji zawodowej, alienacji, zaufania, pochodzenia czy infrastruktury) oraz kapitałów.

Znaczne zależności w opisywanym modelu dotyczą również (Cyfryzację już omówiono):

- Subiektywnej Jakości Życia, na którą największy wpływ mają Wiek ($R^2 = 0,39$), Dolegliwości ($R^2 = 0,21$), Zdrowie Czynnościowe ($R^2 = 0,19$) oraz Alienacja ($R^2 = 0,19$);
- Zdrowia Czynnościowego: Wiek ($R^2 = 0,32$), Dolegliwości ($R^2 = 0,38$);
- Kapitału Kulturowego: Grupa Zawodowa ($R^2 = 0,31$), Kapitał Ekonomiczny ($R^2 = 0,23$), Pochodzenie Społeczne ($R^2 = 0,24$), Infrastruktura ($R^2 = 0,17$);
- Stresu: Prekariaryzacja ($R^2 = 0,34$), Grupa Zawodowa ($R^2 = 0,17$), Wielkość Gospodarstwa ($R^2 = 0,15$);
- Alienacji: Dolegliwości ($R^2 = 0,22$), Kapitał Społeczny ($R^2 = -0,19$), Prekariaryzacja ($R^2 = 0,22$);
- Kapitału Ekonomicznego: Grupa Zawodowa ($R^2 = 0,19$), Pochodzenie Społeczne ($R^2 = 0,17$), Wielkość Gospodarstwa ($R^2 = -0,16$);
- Kapitału Społecznego: Kapitał Kulturowy ($R^2 = 0,26$), Wiek ($R^2 = -0,23$);
- Religijności: Wiek ($R^2 = 0,25$), Płeć ($R^2 = 0,22$)]
- Prekariaryzacji: Kapitał Ekonomiczny ($R^2 = -0,29$), Dolegliwości ($R^2 = 0,19$), Wiek ($R^2 = -0,16$).
-
- Ponadto szczególnie wysokie korelacje wiążą następujące zmienne niezależne:
- Wielkość Gospodarstwa i Infrastruktura (Ckor = -0,27)
- Wielkość Gospodarstwa i Grupa Zawodowa (Ckor = -0,2)
- Wielkość Gospodarstwa i Wiek (Ckor = -0,41)
- Pochodzenie Społeczne i Infrastruktura (Ckor = 0,27)
- Pochodzenie Społeczne i Wiek (Ckor = -0,34)
- Wiek i Dolegliwości (Ckor = 0,38)

Wyraźnie wyróżnia się powiązana ze sobą grupa dotycząca zdrowia (Subiektywna Jakość Życia,

Dolegliwości, Zdrowie Czynnościowe), wpływając na siebie nawzajem oraz pozostająca w zależności od Wiek. Z drugiej strony znajduje się grupa kapitałów (kulturowego, ekonomicznego i społecznego), powiązanych ze sobą i zależnych od pozycji zawodowej, pochodzenia, społecznego, infrastruktury oraz wielkości gospodarstwa domowego. Wreszcie grupę niejako pośrednią stanowią takie cechy jak Alienacja, Prekariaryzacja i Stres, które wiążą się bądź to z kapitałami, bądź z grupą zdrowia. Opisany schemat może być traktowany jako główny potencjalny łańcuch przyczynowy: pozycja ekonomiczna, wyznaczona przez Grupę Zawodową, Infrastrukturę oraz Kapitał Ekonomiczny, jest wprost proporcjonalnie zależna od Pochodzenia Społecznego (jako elementu transmisji kapitałów) i Wiek (jego rola to przede wszystkim przyrodzona kolejność rzeczy, zdobywania doświadczenia i zaliczania kolejnych szczebli kariery zawodowej itp.). Pozycja ekonomiczna odpowiada za Kapitał Kulturowy oraz Prekariaryzację, które wiążą się na tym poziomie z Kapitałem Społecznym i Cyfryzacją. Wreszcie ostatni poziom tworzą Alienacja, Stres, Subiektywna Jakość Życia oraz Zdrowotność Stylu Życia.

Pochodzenie Społeczne; Wiek -> pozycja ekonomiczna (Grupa Zawodowa, Infrastruktura, Kapitał Ekonomiczny) -> Kapitał Kulturowy; Prekariaryzacja + Kapitał Społeczny; Cyfryzacja -> Alienacja; Stres; Subiektywna Jakość Życia; Zdrowotność Stylu Życia

Nieco inną ścieżkę zależności, ale równoległą do poprzedniej, można zaobserwować wychodząc od Dolegliwości, które są oczywiście mocno powiązane z Wiek, dalej mamy Zdrowie Czynnościowe i Prekariaryzację, a na końcu Alienację, Subiektywną Jakość Życia i Stres. Znamienny przy tym jest brak w tym łańcuchu Zdrowia Systemowego, co do którego można by się przynajmniej spodziewać wysokiej zależności od innych wymiarów zdrowia.

Wiek -> Dolegliwości -> Zdrowie Czynnościowe; Prekariaryzacja -> Alienacja; Subiektywna Jakość Życia; Stres

Oczywiście tego rodzaju ścieżki przyczynowe pozostają po prostu najbardziej prawdopodobnymi w skonstruowanym modelu i do pewnego stopnia odzwierciedlają jego strukturę, o ile jednak dobrze odzwierciedlają rzeczywiste dane, o tyle należy je uznać za wiarygodne.

Opisywane wyniki choć dają pewną podstawę do wnioskowania o zależnościach, z pewnością nie mogą być określone jako wyniki w pełni zadowalające. Z jednej strony oczywiście, zbudowanie modelu, który w wyczerpujący sposób wyjaśni tak złożone zjawisko jak zdrowotność stylu życia

wyduje się być karkołomnym zadaniem, z góry skazanym na porażkę. Nie oznacza to jednak, że nie warto podejmować takich prób, poszukując modeli, które w bardziej kompletny, trafny i rzetelny sposób będą odnosić się do rzeczywistości. Na tym, przynajmniej do pewnego stopnia polega uprawianie nauki, na konstruowaniu coraz lepszych aproksymacji. Potencjalne ulepszenie modelu można sobie wyobrazić przez uzupełnienie cech w nim wykorzystanych o cechy świadomościowe, biologiczne, psychologiczne, czy środowiskowe, a także przez dobranie odmiennych wskaźników. Z drugiej strony zasadne staje się pytanie czy taki adekwatny model jest w ogóle możliwy? Czy badania na podstawie których powstaje taki konstrukt normatywny jak zdrowy styl życia uwzględniają w wystarczającym stopniu wszelkie możliwe różnice (społeczno-kulturowe, biologiczne itp.). Czy wreszcie jest to konstrukt spójny wewnętrznie?

4.3 Gradacyjna analiza danych

Gradacyjna analiza danych - opis

Gradacyjna Analiza Danych (GDA) - jest sposobem eksploracji danych (data mining), który, podobnie jak SEM, wykorzystuje zestaw narzędzi statystycznych (analiza skupień, analiza odpowiedności i analiza regresji), w tym jednak wypadku stosowanych w zupełnie innym celu i na innych zasadach. Głównym celem GDA jest znalezienie zależności między zmiennymi i obiektami oraz czytelne jej przedstawienie, zwłaszcza tam gdzie poszukuje się trendów, podpopulacji, elementów odstających (outlierów) oraz skupień. W skrócie procedura, którą zastosowano w badaniach polega na:

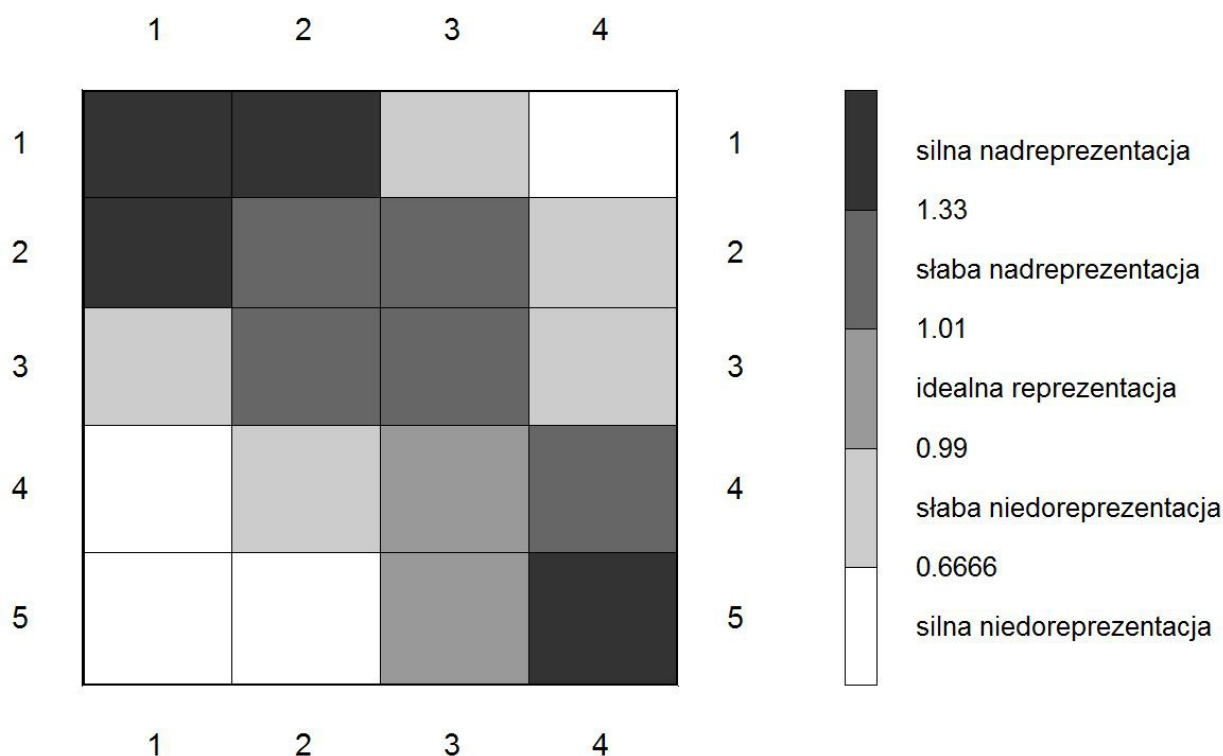
- uporządkowaniu macierzy danych przy pomocy algorytmu GCA (gradacyjnej analizy odpowiedności), maksymalizujące kontrast między skrajnymi wierszami i kolumnami, czyli tak aby w wynikowej tablicy cecha porządkująca wiersze była jak najsilniej dodatnio zależna od cechy porządkującej kolumny;
- następnie wyznaczeniu klastrów, czyli skupień wierszy i kolumn, tak aby należały do nich tylko cechy, które ze sobą sąsiadują;
- wreszcie przedstawienie wyników w formie wizualnej: mapy nadreprezentacji, mapy korelacji, wykresy rozproszenia czy histogramy.

Gradacyjna analiza danych oznacza uporządkowanie danych w skupieniach, odpowiadających maksymalnemu możliwemu dopasowaniu pomiędzy jednostkami oraz cechami. Pozwala to odkryć struktury wzajemnych zależności, subpopulacje oraz obiekty (cechy) odstające od głównych nurtów [12].

Wyniki GDA

Te same co w poprzedniej analizie 22 zmienne zestawiono w macierzy danych i po wstępnej obróbce poddano gradacyjnej analizie odpowiedności, a następnie analizie skupień i agregacji. Wskaźnik zależności między wierszami i kolumnami tabeli, współczynnik Rho* Spearmana przyjął wartość 0,356 (Tau=0,243). W rezultacie utworzono macierz odwzorowującą ogólną strukturę między cechami i jednostkami, składającą się z czterech skupień zmiennych oraz pięciu populacji, co ilustruje poniższa mapa nadreprezentacji. Wskaźnik nadreprezentacji określa, jak i o ile zaobserwowana wartość pola różni się od wartości oczekiwanej (przy hipotezie o idealnej proporcjonalności wierszy i kolumn).

Agregacja w 5 populacjach i 4 skupieniach



Cztery skupienia reprezentują następujące cechy:

- Wymiar zdrowotny:** Niepełnosprawność, Subiektywna Jakość Życia, Zdrowie Czynnościowe, Alienacja i Dolegliwości
- Wymiar demograficzno - egzystencjalny:** Religijność, Wiek, Zdrowotność Stylu Życia, Prekaryzacja, Zdrowie Systemowe, Czas spędzany przed telewizorem,
- Wymiar ekonomiczno - społeczny:** Stres, Kapitał Ekonomiczny, Zaufanie, Grupa Zawodowa, Wielkość Gospodarstwa, Kapitał Społeczny, Płeć
- Wymiar kulturowo - technologiczny:** Kapitał Kulturowy, Pochodzenie Społeczne, Infrastruktura, Cyfryzacja

Natomiast pięć wyróżnionych populacji posiada następujące charakterystyki (określenia niski i wysoki odnoszą się do poziomu reprezentacji, który można dla uproszczenia rozumieć jako znacząco poniżej lub powyżej średniej w populacji):

- (1) Wysoki poziom niepełnosprawności i złej subiektywnej jakości życia, wraz z dużą ilością dolegliwości (7,5) i problemów w radzeniu sobie z codziennymi czynnościami, oraz dużym poziomem alienacji; to osoby starsze (66) i religijne, o niskim kapitale ekonomicznym i niższej pozycji zawodowej, oraz mniejszym gospodarstwie domowym, i niższym kapitale

społecznym, nie opisujące swojej sytuacji jako stresującej ani niepewnej, za to o niższym poziomie zaufania; posiadające bardzo niski kapitał kulturowy, mieszkające w rejonie o słabej infrastrukturze i nie będące włączone w sieć nowych technologii, oraz z najniższym pochodzeniem społecznym.

- (2) Stosunkowo duży poziom niepełnosprawności i wysoki zły subiektywnej jakości życia, wraz z dużą ilością dolegliwości (6) i problemów w radzeniu sobie z codziennymi czynnościami oraz dużym poziomem alienacji; to osoby starsze (60) i religijne, o niższym poziomie zdrowotności stylu życia; o niższym kapitale ekonomicznym, pozycji zawodowej, oraz mniejszym gospodarstwie domowym i niższym kapitale społecznym, nie opisujące swojej sytuacji jako stresującej za to o wyższym poziomie prekariaryzacji; posiadające niski kapitał kulturowy, mieszkające w rejonie o słabej infrastrukturze i nie będące włączone w sieć nowych technologii, oraz z niskim pochodzeniem społecznym.
- (3) Niski poziom niepełnosprawności, niezła subiektywna jakość życia, wyższy poziom prekariaryzacji oraz stresu, nieco niższy poziom infrastruktury, cyfryzacji oraz pochodzenia społecznego.
- (4) Marginalny poziom niepełnosprawności oraz dobra subiektywna jakość życia, niewielka ilość dolegliwości (3) i problemów w wykonywaniu codziennych czynności, niski poziom alienacji, średni wiek (41), wyższy poziom zdrowotności stylu życia, średni poziom prekariaryzacji, większy kapitał ekonomiczny i poziom zaufania, wysoka pozycja zawodowa, wysoki poziom stresu, duże gospodarstwo domowe, wysoki poziom kapitału społecznego i kulturowego, bardzo dobre pochodzenie społeczne, poziom infrastruktury oraz cyfryzacji.
- (5) Brak niepełnosprawności, rewelacyjna subiektywna jakość życia, brak dolegliwości (1,5) i problemów w wykonywaniu codziennych czynności, młody wiek (32), wysoki poziom zdrowotności stylu życia, niski poziom religijności i prekariaryzacji, wysoki poziom kapitału ekonomicznego i zaufania, wyższa pozycja zawodowa, duże gospodarstwo domowe, bardzo wysoki poziom kapitału społecznego i kulturowego, najlepsze pochodzenie społeczne, poziom infrastruktury oraz cyfryzacji.

Komentarz do wyników:

Do zalet gradacyjnej analizy danych należy możliwość ujęcia rozproszonych zbiorowości w skupieniach o zbliżonych charakterystykach. Zatem pomimo często zajmowania odmiennych pozycji i braku styczności między podmiotami, tego rodzaju analiza pozwala wydobyć różne style życia, odpowiadające poszczególnym klastrom cech i jednostek.

W powyższych zestawieniach wyraźnie dostrzec można określoną regularność w podziale populacji wzdłuż wymiarów zdrowotnego i kulturowo-technologicznego, które znajdują się po przeciwnych stronach, opisują subpopulacje zajmujące w nich skrajne pod tym względem pozycje. Wskazuje to nie tylko, że subpopulacje te charakteryzują się odmiennymi cechami, gorszym zdrowiem i gorszą pozycją kulturowo-technologiczną w przypadku pierwszej subpopulacji oraz lepszym zdrowiem i lepszą pozycją w przypadku piątej subpopulacji, ale również, że istnieje zależność między zdrowiem a pozycją kulturowo-technologiczną. Mamy więc kumulację negatywnych aspektów zdrowotnych (w tym alienacji którą można traktować jako element zdrowia psychicznego oraz społecznego), ale także starszego wieku, wysokiego poziomu religijności, poczucia niepewności i antyzdrowotnego stylu życia z jednej strony oraz niskiego poziomu kapitału kulturowego, pochodzenia społecznego, infrastruktury i cyfryzacji z drugiej strony wśród subpopulacji pierwszej, natomiast przeciwnych cech w subpopulacji piątej.

Na bazie powyższych danych, można zaryzykować twierdzenie, iż całą badaną populację dałoby się pod względem wyróżnionych cech zredukować do trzech subpopulacji, w których poza opisanymi powyżej skrajnymi dwiema grupami (1 i 5), do których należałoby dokooptować przylegające do nich subpopulacje (2 i 4) trzecią grupę stanowiła by subpopulacja trzecia (przejściowa). Do jej szczególnych własności można przypisać wysoki poziom prekariaryzacji i stresu, oraz niski poziom pochodzenia społecznego, infrastruktury i cyfryzacji.

Interesującą właściwością badanej populacji jest pewna wymiennosc niektórych cech wśród pierwszych trzech skupień. Pierwsze i drugie skupienie charakteryzują się złą subiektywną jakością życia i alienacją, ale również brakiem stresu, podczas gdy w trzecim skupieniu subiektywna jakość życia jest niezła i brak jest alienacji, natomiast wysoki jest poziom niepewności i stresu. Natomiast drugie i trzecie skupienie różnią się od pierwszego znacznie większym poziomem zaufania. Można uznać, że wraz z wiekiem i pogarszającym się zdrowiem maleje subiektywna jakość życia, rośnie poziom alienacji i nieufności, oraz spada poziom stresu i niepewności. Dwa możliwe wyjaśnienia tej sytuacji są tu prawdopodobne. Z jednej strony może to być rezultat odmiennej percepcji w poszczególnych tych grupach, np. nie posługiwanie się przy opisywaniu swego życia kategorią stresu, a zamiast tego pojawia się brak zaufania do świata. Z drugiej natomiast strony może to być odzwierciedlenie sytuacji życiowej, w której poczucie braku kontaktów społecznych (rodziny, zawodowych, przyjacielskich) i gorsza subiektywna jakość życia wiążą się z niższym zaufaniem, natomiast względna bliskość śmierci związana z wiekiem i odczuwanymi problemami zdrowotnymi, oraz pewna stabilizacja ekonomiczna (choć na niskim poziomie), zostają przyjęte jako nieuchronne, więc z tego względu nie generujące stresu i poczucia niepewności. W kolejnych skupieniach natomiast ciągła walka o poprawę swojej pozycji lub jej utrzymanie oraz obowiązki

dbania o potomstwo wpływają na stres oraz poczucie niepewności.

Z perspektywy celu niniejszej pracy szczególnie istotne jest miejsce Zdrowotności Stylu Życia. W wyznaczonych populacjach trzy pierwsze (1, 2, 3) osiągają znacznie gorsze rezultaty (odpowiednio 18, 18, 17) niż dwie ostatnie subpopulacje (4, 5 - odpowiednio 13 i 7). Tym samym antyzdrowotny styl życia występuje częściej w populacjach charakteryzujących się gorszym zdrowiem, wyższym wiekiem oraz niższym pochodzeniem społecznym, niższym poziomem infrastruktury i cyfryzacji.

Wśród innych cech niektóre (płeć oraz stres, a w mniejszym stopniu również prekariaryzacja) wyróżniają się odmiennym rozkładem tzn. koncentrują się wokół populacji trzeciej. Oznacza to większą reprezentację w centralnej populacji kobiet oraz osób z większym poziomem stresu (oraz prekariaryzacji, choć tu w odniesieniu do subpopulacji pierwszej różnica ta nie jest tak widoczna).

4.4 Analiza treści

Wprowadzenie do analizy treści

Analiza treści polega na systematycznym badaniu znaczeń zawartych w komunikatach międzyludzkich, w tym w przekazach medialnych. W tego rodzaju analizie stosuje się zarówno metody ilościowe takie jak szacowanie częstości występowania wyrażeń czy występowanie wyrażeń blisko siebie, jak również metody jakościowe, próbujące uchwycić zmieniające się i formułowane sensy w przekazach [13].

W niniejszych badaniach do analizy przekazów medialnych wybrano medium jakim jest internet, a konkretnie strony WWW (pozostawiając nieruszoną sferę blogów, forów, czatów, filmów czy też wirtualnych gier). Spośród ogromu zawartych na stronach internetowych treści wyselekcjonowano cztery najpopularniejsze polskie portale internetowe, których zawartość monitorowano w okresie miesiąca (kwiecień 2013), ze względu na informacje dotyczące badanych aspektów zdrowotnych stylu życia. Zebrane w tym czasie 321 artykuły stanowiły źródło danych w wąskim znaczeniu tego pojęcia. Podczas analizy korzystano z różnorodnych dedykowanych tego typu analizie programów komputerowych.

Wyniki analiz przedstawiono w następującym porządku: na początku zbadano tytuły jako reprezentację oferowanej treści, a następnie same artykuły biorąc pod uwagę m. in. takie aspekty jak ich forma, adresaci, załączone obrazki, ilościowa analiza wyrażeń i powiązań między nimi oraz analiza jakościowa pojawiających się w nich zjawisk.

Tytuły

Pierwszą rzeczą, która jest warta uwagi, są tytuły artykułów zamieszczanych na stronach internetowych. Ich znaczenie jest nie do przecenienia, ze względu na to, że stanowią one pierwszą wizytówkę tego czego możemy się w artykule spodziewać. Tak jak czasopisma i książki zaopatrzone są w spisy treści, tak portale internetowe zawierają zestawy haseł-tytułów, które mają przyciągnąć uwagę surfujących i skłonić ich do kliknięcia, co przez hyperlink przeniesie internautę do określonego artykułu. Tytuł musi więc zawierać w sobie dwa elementy, przede wszystkim musi zainteresować potencjalnego czytelnika, przyciągnąć jego uwagę, ponadto ma odzwierciedlać treść, która jest w nim zawarta. Tytuł stanowi niejako skrót, kwintesencję samego artykułu, ale nie powinien w pełni go ujawniać. Ta podwójna właściwość tytułów sprawia, że są one dobrymi

wskaźnikami pragnień internautów, i to nie tylko, jak mogło by się wydawać, jako odczytanie zainteresowań internautów przez nadawców komunikatu (co wiązało by się z bierną, klasyczną funkcją mediów jako dostarczycieli treści), ale również przez kreowanie ich potrzeb (funkcja aktywizująca).

Inny powód dla którego tytuły mają tak duże znaczenie to fakt, że w masie informacji, które są dostępne w internecie, tytuł stanowi często najmniejszą jej porcję którą dostrzegamy i zapamiętujemy. Musimy przejrzeć dziesiątki tytułów umieszczonych na portalach internetowych żeby wyłowić te, które są dla nas interesujące i w które chcemy się bardziej zagłębić. Zarazem jednak każdorazowo dokonujemy oceny wartości danego tytułu, a nawet staje się on dla nas wystarczającą informacją, którą możemy omawiać ze znajomymi. Inaczej mówiąc tytuły pełnią rolę łatwo przyswajalnych treści, z różnym poziomem uświadamiania ich sobie (np. “Wiem, że Kate jest w ciąży”).

Czego możemy się dowiedzieć z tytułów artykułów dotyczących stylu życia odnoszących się do zdrowia? Dwa aspekty wydają się najbardziej oczywiste gdy zajmujemy się komunikacją: forma i treść przekazu. Pewne komplikacje wiążą się z tym, że z jednej strony nie są aspekty owe od siebie niezależne, z drugiej każdy z nich może być na różne sposoby problematyzowany. Nie rosząc sobie prawa do usunięcia tych komplikacji warto podjąć próbę uwzględnienia tych wymiarów.

Podstawowe formy odpowiadają rodzajom zdań ze względu na cel: oznajmującym, pytającym i rozkazującym. Jako najczęściej występujące orzeczenia, stwierdzają pewne stany, treści itd., pytania pojawiają się często z orzeczeniami, które pełnią rolę odpowiedzi, czy też wstępu, natomiast najciekawsze zdają się zdania rozkazujące, które formułują nakazy i zakazy, oraz mniej stanowcze zalecenia. Upraszczając można powiedzieć że powyższe formy określają i pytają jaka jest rzeczywistość, oraz mówią jaka powinna być. Zgodnie z treścią zdań nakazujących, prezentowanych w tytułach, powinniśmy: liczyć na zdrowie oraz podarować je sobie, dobrze zjeść, jeść jajka (2x), jeść zielone warzywa liściaste, uwolnić się od toksyn, dodać sobie witalności, celować w zmarszczki, pozbyć się tłuszczu, zwalczyć sadło, wzmacniać odporność, ruszać się, wskakiwać do wody, iść na spacer; oraz nie powinniśmy: zjadać emocji, jeść mięsa, jeść w nagrodę i odchudzać się za karę.

Największą grupę stanowią nakazy dotyczące odżywiania (39%), następnie aktywności fizycznej (16%), wyglądu (odchudzania (11%) i zmarszczek), detoksykacji, witalności i odporności, oraz zdrowia samego. Sformułowania dotyczące zdrowia są nieco mylące. W pierwszym przypadku ‘licz na zdrowie’, pojawia się gra słów, między wyrażeniem liczenia na coś, czyli oczekiwaniem zdrowia, i robieniem czegoś na zdrowie, liczeniem dla zdrowia. (Możliwa jest też interpretacja jako wyrażenie liczenia na kogoś, czyli poleganiem na kimś.) Za drugim razem ‘podaruj sobie zdrowie’

mamy do czynienia z zaleceniem samodzielnego zrobienia sobie prezentu, a więc sami musimy o swoje zdrowie zadbać. Zwłaszcza to drugie wyrażenie jest dobrą ilustracją procesu w którym to jednostki stają się w coraz większym stopniu odpowiedzialne za własne zdrowie.

Warto odnotować, że częstym (16%) uzasadnieniem dla tych nakazów jest wiosna, a więc nowa pora roku, kojarząca się z odrodzeniem natury oraz nowym etapem w życiu, gdy opuszczamy nasze zimowe schronienia i powłoki (ubrania i ciała). W konsekwencji wiosna jest uzasadnieniem dla odchudzania (czas zrzucić zimowe zapasy, pokazać się innym w nowym wydaniu), ruchu (ładna pogoda pozwala wyjść z domu) i witalności (odradzające się życie).

Do mniej zdecydowanych dyrektyw należą zalecenia i ostrzeżenia. Zalecenia i porady dotyczą: zdrowego jedzenia, jedzenia określonych zestawów produktów, jedzenia bakłażanów, stosowania białkowej diety, jedzenia czekolady, picia świeżego soku na śniadanie, jedzenia pozwalającego osiągnąć idealne ciało, picia kawy, nie zjadania obiadu do końca, treningu na rowerze aby schudnąć, chudnięcia, wyszczuplania sylwetki w salonie kosmetycznym, chudnięcia przez pracę w ogrodzie, chudnięcia dzięki awokado, nabrania energii, biegania z telefonem, przyspieszenia metabolizmu, odżywiania palaczy, oglądania kampanii antynikotynowych przez palaczy, rzucenia palenia, dbania o biust, dbania o serce, spacerowania dla serca, zwiększenia odporności, odpierania ataku zarazków, działań w przypadku gdy partnerka się upije. Zdecydowanie największą grupę znów stanowią zalecenia dotyczące odżywiania (46%), następnie odchudzania (19%), aktywności fizycznej (15%), palenia (11%), odporności, serca, biustu, alkoholu i energii.

Natomiast ostrzeżenia odnoszą się do: niebezpiecznych diet, jedzenia soli, diety biegaczy, żywności na majówce, szkodliwości czerwonego mięsa, jedzenia nowalijek, głupich sposobów odchudzania, błędów w odchudzaniu, kłamstw na temat odchudzania, efektu jojo, niebezpiecznych mód (2x), bólu piersi podczas biegania, błędów w treningach (2x), dopalaczy, chorób wynikających z zaniedbania, nadużywania leków przez kobiety w ciąży, diagnozowania demencji. Nadal największa grupa tematów dotyczy odżywiania (30%), dalej odchudzania (20%) i aktywności fizycznej (20%), chorób, mód, dopalaczy i leków. Szczególnie na uwagę zasługują niebezpieczne mody tzw. 'cynamonowe wyzwanie' oraz 'drunkokoreksja', są one interesujące ponieważ pokazują w jaki sposób zachowania (tu ryzykowne) dotyczące zdrowia rozprzestrzeniają się w zglobalizowanym społeczeństwie.

Niektóre tytuły stwierdzają o zależności między elementami rzeczywistości, zachowaniami, substancjami a zdrowiem: dwie filiżanki herbaty dziennie obniżają ryzyko raka prostaty, wysiłek fizyczny zwiększa koncentrację, zmuszanie się do ćwiczeń redukuje stres, witamina E wpływa na regenerację organizmu, słodkie napoje wywołują cukrzycę (2x), sterole roślinne obniżają cholesterol, praca w ogrodzie zmniejsza otyłość, alkohol zwiększa tycie, palenie opóźnia gojenie się

złamań oraz wpływa na reumatyzm, miesiąc urodzenia wpływa na zdrowie, figura w kształcie jabłka wpływa na niewydolność nerek, choroby wpływają na otyłość, sok z buraków obniża ciśnienie, winogrona wpływają na zespół metaboliczny. W tym zestawie przykuwają uwagę dwie rzeczy. Dominują zależności między wybranymi czynnikami a pojedynczymi chorobami, zdrowie ujmowane jest więc wyraźnie w sposób fragmentaryczny i w wymiarze negatywnym. Czynniki od których zdrowie zależy odnoszą się przede wszystkim do szeroko pojętej sfery stylu życia (odżywianie, aktywność fizyczna, palenie, alkohol) w mniejszym do sfery całkowicie niezależnej od jednostki (czas urodzenia, figura, choroby).

Ciekawym formalnym zabiegiem którym posługują się autorzy tytułów jest także odwołanie się do skrajnego stanu, po przez użycie przysłowka w stopniu najwyższym, zazwyczaj przez użycie przedrostka ‘naj-’. Mamy więc: najlepsze źródło wapnia, najskuteczniejsze spalacze tłuszczu, najbardziej szkodliwe dla zębów, kawy z największą ilością kalorii, odżywianie - kosmetyk z najwyższej półki, najzdrowszą sałatę, najnowszy przebój w dietetyce (LBD), najgłupsze diety, najtrudniejsze do kontroli pory objadania, najlepsze spalacze tłuszczu, najcudowniejsze diety, najzdrowsze herbaty, najlepsze diety, najlepsze i najgorsze zestawy potraw, największy błąd w ćwiczeniach, najczęstsze błędy rozpoczynających treningi, najczęstsze kontuzje biegaczy, najczęstsze błędy w odchudzaniu, najnowsze badania dotyczące papierosów, najmocniejsze kampanie antynikotynowe, najstarszy człowiek.

Dominują skrajności odnoszące się do odżywiania (66%), następnie aktywność fizyczna (14%), papierosy, odchudzanie i długość życia.

Następna kwestia wiąże się z zagadnieniami, które są przedmiotem dociekań: czego dotyczą pytania? Same pytania mają oczywiście różne funkcje, do najliczniejszych należą: pytania o sposób (Co zrobić gdy? Jak prawidłowo?), pytania filtrujące (np. Biegasz?), pytania rozstrzygnięcia (Zdrowa czy nie?), pytania o wpływ (Kiedy mogą szkodzić?), czy też pytania o przyczyny (Dlaczego?) oraz pytania o właściwości. Dominują pytania o odżywianie, dalej pytania o aktywność fizyczną i odchudzanie. Część pytań w tytułach zawiera również odpowiedzi np. ‘Chcesz schudnąć? Zrób trening na rowerze.’, ‘Chcesz wyszczuplić sylwetkę? Zrób to w salonie kosmetycznym.’, ‘Chcesz pozbyć się piwnego brzuszka? Zajmij się ... ogrodem!’, ‘Dokuczają ci zakwasy? Pij kawę!’, ‘Chcesz mieć zdrowe serce? Spaceruj...’, ‘Największy błąd w ćwiczeniach? Strach przed podjęciem wyzwania!’..

Spośród wszystkich tytułów 5% formułuje nakazy, 6% ostrzeżenia, 8% zalecenia, a pytanie pojawia się w 27%.

Jeżeli chodzi o prezentowane treści, spośród analizowanych aspektów stylu życia najczęściej artykułów już w tytule odnosi się do odżywiania (33%), następnie masy i sylwetki (20,9%),

ćwiczeń (14,3%), natomiast najmniej do palenia (3,7%) i alkoholu (1,2%).

W odżywianiu można wyróżnić produkty spożywcze, składniki odżywcze, oraz diety. Jeśli chodzi o produkty spożywcze najczęściej pojawiają się jajka, ogólnie warzywa, kawa, herbata, sól, mięso, czekolada, soki i napoje. Jeśli produkty te potraktować w zbiorczych kategoriach spośród ich wszystkich poza kategorią wszelkich napojów (22,2%), najczęściej występują warzywa i mięso (po 16,6%), oraz owoce (9,7%). Natomiast jeśli chodzi o składniki odżywcze najczęściej są to witaminy, cukier, cholesterol i tłuszcze. Wśród tytułów 18, co stanowi 5,5% wszystkich i 17% odnoszących się do odżywiania, zajmuje się konkretnymi dietami. Pojawia się aż 16 rodzajów diet, co pokazuje różnorodność propozycji odżywiania. Wreszcie dwa sposoby przyrządzania i spożywania posiłków wybijają się spośród innych tytułów to fast food i grill. Pierwszy stanowi element procesu industrializacji, a jego istota odpowiada nazwie: pożywienie powinno być szybko przygotowane i podane, a także tanie. Wymaga to przede wszystkim odpowiedniego systemu organizacji produkcji (uwspółcześiony fordyzm i taylorizm), co często w czasach globalizacji oznacza żywność wysoko przetworzoną i sprzedaż nastawioną na masowego odbiorcę (zestandaryzowane produkty o dużej zawartości tłuszczu, soli i cukru, preferencyjna sprzedaż większych porcji itd.). Grill natomiast to nie tylko sposób przygotowywania posiłków, przez smażenie ich nad źródłem ciepła, ale przede wszystkim społeczna funkcja dotycząca integracyjnego i ludycznego charakteru grillowania. W krótkim czasie grillowanie, moda z ameryki, wyparło, a może raczej wchłonęło tradycyjne polskie biesiadowanie (występujące w czasach PRLu w okrojonej rodzinno-świętecznej wersji, a popularyzowane w mediach jeszcze pod koniec lat 90-tych XX wieku) i ogniska. O ile fast food jest szybkim i zdepersonalizowanym sposobem żywienia, o tyle grill polega na celebrowaniu przygotowania i spożywania posiłku w gronie rodziny, przyjaciół i znajomych. Przedmiot rozważań w przypadku fast foodu to, na skutek doniesień naukowych, przede wszystkim szkodliwość tego typu pożywienia, z kolei w odniesieniu do grilla to porady jak go przygotować.

Tematy dotyczące masy i sylwetki stanowią drugą co do wielkości kategorię odnoszącą się do szeroko rozumianego stylu życia. Kategoria ta zdominowana jest przez zagadnienia odchudzania (55%), na drugim miejscu kwestie dotyczące sylwetki (21%). Nie może dziwić że w dobie epidemii otyłości odchudzanie występuje często wśród tematów dotyczących stylu życia: 37% tematów przywołuje w tym kontekście kwestie odżywiania, podczas gdy tylko 8% aktywność fizyczną. Poza tradycyjnymi metodami zrzucania wagi pojawiają się też niekonwencjonalne jak chudnięcie podczas snu, wyszczuplanie w salonie kosmetycznym, używanie leków na odchudzanie czy też stosowanie implantu mózgowego. W przypadku sylwetki interesujące jest, że aż w 25% obiektem działania jest brzuch, jego kształt.

Aktywność fizyczna koncentruje się przede wszystkim wokół różnorodnych rodzajów treningów, których w omawianych tematach znajduje się aż 17. Część to typowe aktywności jak bieganie, pływanie czy jazda na rowerze, ale największą grupę stanowią bardziej specjalistyczne jak trening izometryczny, tabata czy spinning. Wreszcie znajdują się również zdecydowanie nietypowe jak sexy dance czy też nie dotyczące sportu i nie wymagające ćwiczenia aktywności fizyczne takie jak zajmowanie się działką i sprzątanie!

Wreszcie treści dotyczące palenia i alkoholu zajmują najmniejszą ilość tematów w sumie mniej niż 5%. Na szczególną uwagę jednak zasługują aż trzy tematy dotyczące e-papierosów. To stosunkowo nowe zjawisko i moda, pojawia się jako przedmiot badań, oraz ocena ryzyka zwłaszcza przez porównanie z tradycyjnym papierosem.

Poza treściami związanymi ze stylem życia, ważni są jeszcze adresaci i podmioty treści, domniemani odbiorcy artykułów. Pierwszą kategorią jest kategoria płci która pojawia się w 11% tematów, przy czym kobiety pojawiają się dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Płcie różni także kontekst tematyczny w którym się pojawiają. Mężczyźni w 36% pojawiają się w relacji do masy i odchudzania, oraz w 21% w relacji do grilla (to za sprawą cyklu nazwanego męskie grillowanie), kobiety zaś w 22% powiązane są z odżywianiem (grill nie występuje) i w takim samym procencie z figurą. To co jeszcze wyróżnia płci to ciąża: 15% tytułów wśród "tematów kobiecych" dotyczy właśnie ciąży. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na jedyną kategorię wiekową która jest wyróżniona, czyli dzieci (zarazem kulturowo uznawana za poza-płciową kategorię), które pojawiają się w przytłaczającej większości w relacji do odżywiania (co i ile powinny jeść). Istnieje także grupa tematów które odwołuje się do obu płci równocześnie, ale w sposób asymetryczny, tzn. oczekując wzajemnie odmiennych działań. Szczególnie często mężczyźni są tu odbiorcami: 'Co zrobić, kiedy twoja dziewczyna się upije?', 'Nowa niebezpieczna moda - czy twoja dziewczyna też tak robi?', 'Te płatki sprawiają, że ona będzie miała na ciebie ochotę!'. Natomiast kobiety formułują następujące wezwanie: 'Kocham cię, ale mógłbyś schudnąć'.

Zabiegiem stosowanym w celu przyciągnięcia uwagi określonej grupy odbiorców, jest pytanie filtrujące które określa potencjalnych odbiorców np. 'Biegasz?', 'Palisz?', 'Jesteś na diecie?'. W tej sytuacji odwołanie skierowane jest do systematycznie wykonywanej czynności, czyli stylu życia. 1/3 tego rodzaju odwołań skierowana jest do osób na diecie, 22% do biegaczy, poza tym jeszcze palący, gotujący, cierpiący na zakwasy i umiejący liczyć.

W tytułach pojawiają się również elementy występujące rzadziej, ale charakterystyczne dla bieżących zjawisk. Jednym z nich jest powoływanie się na lub też przytaczanie opinii ekspertów. W samych tytułach nie jest to częsty chwyt (2%), za to najczęściej przywołuje się ekspertów zajmujących się aktywnością fizyczną (57% z nich), w mniejszym stopniu zajmujących się

odżywianiem i medycyną. Podobną funkcję pełnią w tytułach również liczby (13,7%), przy czym nie chodzi najczęściej o podparcie się autorytetem nauki, ale o nadanie sformułowaniu statusu prawdziwości, przez podparcie się matematyką, aby precyzyjnie określić wielkość lub skalę prezentowanego zjawiska. Liczby służą przede wszystkim do prezentacji ilości opisanych w artykule stanów rzeczy (produktów, diet, sposobów, powodów, błędów), ale także jako miara wagi (kg), lat, ilości zgonów, część nazw (dieta 5:2, 6 Weidera) i pieniędzy (zł). Połowa treści w których kontekście pojawiają się liczby związana jest z odżywianiem.

Znaczącą kategorią jest długowieczność, która pojawia się przy okazji omawiania urodzin najstarszego człowieka oraz artykułów próbujących odpowiedzieć jak przedłużyć swoje życie. Odpowiedzi które się pojawiają sugerują, że przede wszystkim właściwe odżywianie może nam to zapewnić. Jako jedyne sugerowane produkty pojawiają się w tym kontekście ryby i kawa.

Kategoria która pojawiała się już wcześniej to nawiązanie do specyficznego okresu czasu (14%), najczęściej pod postacią pory roku (wiosna 75%), ale również sezonowych wypadów (majówka) i świąt wielkanocnych. Jak już wcześniej zauważono wiosna jest motywacją do zmiany swoich zachowań, tak aby ciało osiągnęło pożądaną sylwetkę ('pozbyć się tłuszczu', 'Co jeść przed sezonem bikini?', 'nowe ciało na wiosnę'), oraz nabrało energii ('dodaj sobie witalności', 'więcej energii'). Specyficznie sezonową grupę tematów tworzą problemy związane z tym okresem i tu dwa główne zagadnienia to przesilenie wiosenne i zmiana czasu, przede wszystkim jako trudności do pokonania.

Ostatnią kategorią która powinna zostać uwzględniona podczas analizy jest zdrowotny wymiar tytułów. Około 37% artykułów w samym tytule zawiera prozdrowotne lub antyzdrowotne sformułowania, czyli takie które mówią o pozytywnej (chroniącej) lub negatywnej (szkodliwej) relacji do zdrowia, przy czym rozkładają się mniej więcej po połowie.

Artykuły

Wśród zebranego materiału znajduje się 321 artykułów z czterech portali: gazeta.pl (21,8%), interia.pl (29,6%), onet.pl (20,6%) oraz wp.pl (28%).

W ponad 80 procentach można znaleźć Autora artykułu, przy czym przez pojęcie to rozumiany jest wszelki podmiot zarówno jednostka jak i instytucja (agencja informacyjna, inna strona internetowa lub czasopismo, na których bazowano lub których artykuły są kopią). Bardzo często Autor jest podmiotem zbiorowym: to nie tylko osoba, która dostosowała treść, ale również edytor, ekspert jeśli jego wkład jest kluczowy, czy też podstawowe źródło. Takich autorów jest ponad 140-tu, w tym podpisanych imieniem i nazwiskiem ok. 50-ciu, 45 aliasów, 16 gazet i 14 stron

internetowych. Zdecydowanie najczęściej pojawiającym się współ/autorem jest PAP, aż w 54 artykułach, zarazem często ta sama informacja podawana jest przez różne portale. Na podstawie nazwy (NYTimes, Michael Mosley) można zasadnie przypuszczać, że w przynajmniej kilku procentach autorzy są z zagranicy.

Ze względu na podstawową formę przekazu artykułu, możemy je podzielić na te w których dominuje treść słowna ilustrowana obrazkami, te w których dominują obrazki, nazywane dalej galeriami (19%), oraz te w których dominuje film (2,2%).

Ważną funkcję w przedstawianych artykułach pełni Ekspert, który pod różnymi postaciami pojawia się jako dostarczyciel i uwiarygadniacz prezentowanych treści. Siła eksperta bierze się z powszechnego przekonania o jego specjalistycznych, wysokich umiejętnościach i wiedzy z danej dziedziny. Ekspert występuje w więcej niż co drugim artykule (56%), ale nie zawsze jest on przywoływany z imienia i nazwiska. W kategorii którą zbiorczo nazwano Ekspert można zasadniczo wyróżnić: powołanie się na określonego z nazwiska i funkcji eksperta, nieokreślonego eksperta, oraz pewne odmiany takie jak przywołanie określonego ośrodka specjalistycznego (badawczego, uniwersyteckiego, organizacji itd.), określonych lub też nie badań, czasopism oraz bibliografii. 37% z wszystkich artykułów posługuje się określonym ekspertem (nazwisko i funkcja), a w ponad 10% artykułów, w których występuje powołanie się na eksperta nie jest on określony (np. ogólnie dietetycy, trenerzy, lekarze). Na 142 określonych ekspertów, którzy występują w artykułach 31% to dietetycy, 24,5% lekarze, 23% naukowcy i 18% trenerzy (przy czym niektórzy z nich posiadają więcej niż jedną specjalizację).

Badania pojawiają się w ponad 13% artykułów, z tego zdecydowana większość (64%) dotyczy określonych badań (tj. takich które pozwolą je zlokalizować), natomiast przywołanie określonego ośrodka nastąpiło w 16,5% procentach artykułów.

Spośród zebranego materiału niemal wszystkie artykuły zawierają ilustracje, jest ich 824. Celem analizy ilościowej było przede wszystkim określenie jakiego rodzaju tematyka pojawiała się na obrazkach oraz jakie postacie i w jakich rolach na nich występują. Ponad 83% ilustracji można przypisać do jednej z trzech kategorii związanych ze zdrowym stylem życia: odżywianie, aktywność fizyczna oraz masa i sylwetka. Najczęściej występuje motyw związany z odżywianiem (59,6%), są to przede wszystkim różnorodne produkty spożywcze, pojedyncze lub w grupach, przyrządzone potrawy oraz ludzie w trakcie spożywania posiłków. Następna pod względem częstotliwości znajduje się aktywność fizyczna (13,8%), ta kategoria łączy się nieodmiennie z ćwiczącymi bądź podejmującymi inne aktywności postaciami. Wśród przeważających znajdują się różnorodne ćwiczenia w pomieszczeniach, bieganie i spacer w naturalnym otoczeniu, oraz pływanie. Trzecią dużą grupę obrazków obejmuje kategoria 'Masa i sylwetka' (10,3%), na którą

składają się osoby, które prezentują swoje ciało czy też jego części, jako pozytywny lub negatywny atrybut. Część ilustracji z tej kategorii to osoby, które mierzą swoją tuszę, część to gwiazdy pozujące fotografom, wreszcie niemała ich ilość to elementy ciała (a wśród nich najczęściej brzuch). Wśród reszty obrazków można jeszcze wyróżnić kategorie wypoczynku (postacie na plaży, śpiące lub na kanapie przed telewizorem), papierosów (postacie palące lub same wyroby nikotynowe), i związane z leczeniem (tabletki, personel medyczny, postacie w trakcie badań).

Osoby które występują na ilustracjach można przyporządkować do pięciu podstawowych typów: kobiet, mężczyzn, dzieci, mieszanych grup ludzi oraz nieokreślonych. Najczęściej pojawiają się kobiety (67,7%), następnie mężczyźni (17,7%), grupy ludzi (7,9%), nieokreślone jednostki (3,8%) i dzieci (2,9%). Istnieją znaczące różnice między kontekstem w którym pojawiają się poszczególne z tych typów, szczególnie jest to widoczne wśród mężczyzn, którzy w 54% pojawiają się przy aktywności fizycznej (K - 24%, D - 10%, G - 27%, X - 28%), wśród dzieci które w 60% pojawiają się przy odżywianiu, (K - 34%, M - 24%, G - 33%, X - 28%), wśród kobiet 25% pojawia się w kontekście masy i sylwetki (M - 7%, D - 0%, G - 7%, X - 14%) oraz grupy osób podczas wypoczynku 23% (K, M, X - 7%, D - 10%). W analizowanym materiale osoby stare czy nawet w wieku 50+ pojawiają się marginalnie. Jeżeli sugerując się ubraniami i używanymi przedmiotami (telewizory, mieszkania, telefony, spożywane posiłki), mielibyśmy pokusić się o określenie statusu ekonomicznego postaci pojawiających się na ilustracjach, musieli byśmy przyznać, że nie występują wcale osoby biedne. Wyraźnie brak jest również osób 'nietypowych' (w innym niż dotyczący masy przymiocie) np. subkultur młodzieżowych, osób z tatuażami, ludzi oszpeconych, niepełnosprawnych, czy też innym niż biały kolorze skóry (z wyjątkiem czarnoskórych gwiazd).

Nie zagłębiając się w ikonograficzną analizę, warto zwrócić uwagę na kilka kwestii związanych z interesującą nas tematyką. Pierwsza dotyczy częstego pojawiania się w obrazkach różnego rodzaju mierników przy pomocy których możemy sami siebie kontrolować, wśród pojawiających się ciśnieniomierzy, termometrów, zegarów i kalendarzy prym wiodą dwa: waga oraz miara krawiecka. Szczególnie ta ostatnia mogła by stanowić idealną ilustrację przekazu dotyczącego stylu życia związanego ze zdrowiem. Miara krawiecka wykorzystywana jest szczególnie często przez kobiety w bikini przewiązujące się nią w pasie (a nawet wokół całego ciała), ale obwiązane nią są również produkty spożywcze, a na jednym obrazku miarka krawiecka zjadana jest z talerza jak makaron!

Druga kwestia dotyczy dwóch przeciwstawianych sobie typów osób. Z jednej strony jest to młoda, szczupła, wysportowana i aktywna osoba, która jak się można domyślać dba o siebie pod każdym względem, podążając za prozdrowotnymi zaleceniami. W tym wypadku modelowa grafika, przedstawiałaby młodą, uśmiechniętą, ubraną w dres postać podczas ćwiczeń (bez kontekstu

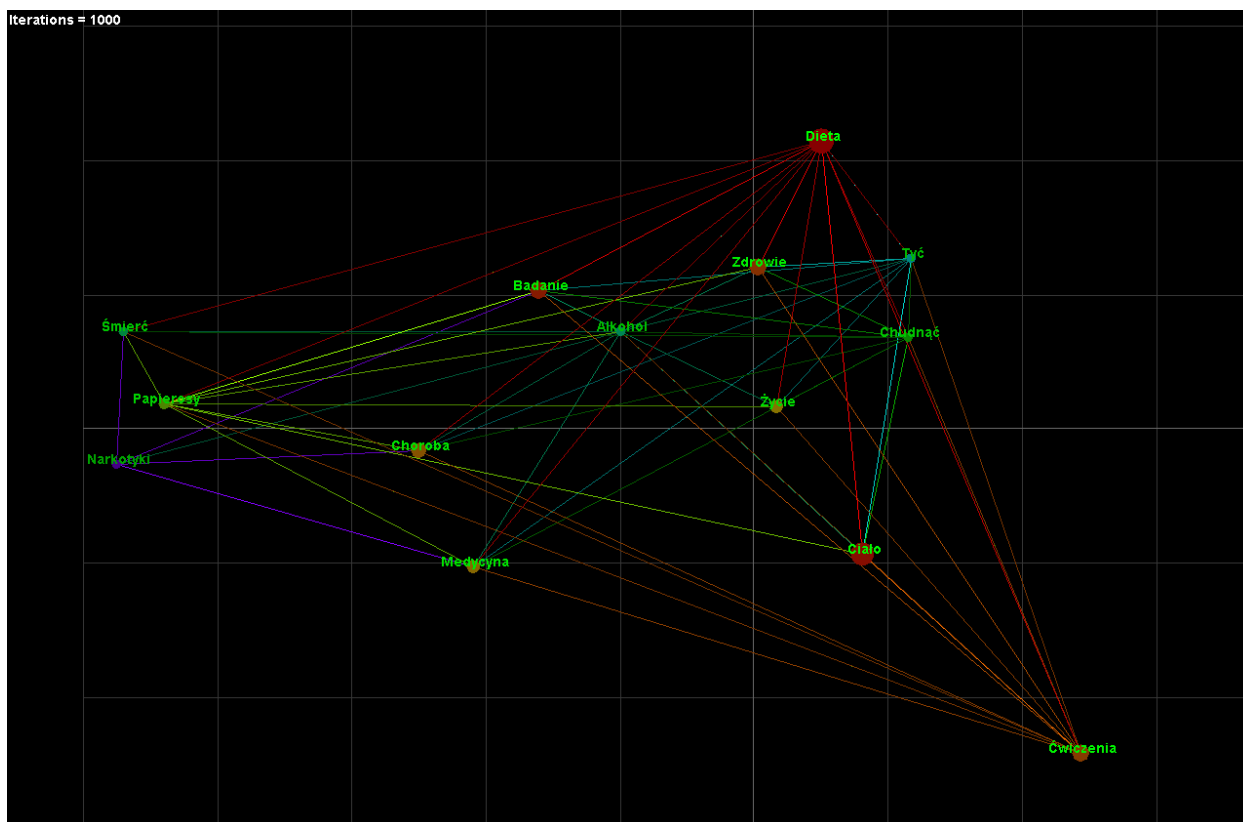
jedzenia, ewentualnie z sałatką warzywną w tle). Drugi biegun stanowią osoby otyłe w białym, leżące na kanapie przed telewizorem, z piwem w jednym ręku, papierosem w drugim oraz miską przekąsek przed sobą. Relatywnie częściej są to mężczyźni, ale występuje ten motyw również w żeńskim wydaniu. Te diametralnie odmienne typy symbolizują dwa bieguny zachowań związanych ze zdrowiem.

Wśród wyróżnionych aspektów zdrowego stylu życia największa ilość artykułów dotyczy odżywiania (65%), dalej aktywności fizycznej (22%), masy i sylwetki (13%), papierosów (4%) oraz alkoholu (2%).

Z innych częstych treści które się pojawiają, niech będzie można określić je jako znaczące motywy, to różnorodne dolegliwości i choroby (15%), wygląd i estetyka (7%), czy funkcjonowanie organizmu (5,6%). Zwłaszcza te dwa pierwsze motywy pojawiają się stosunkowo często jako wspierające, uzasadniające zdrowy styl życia. Zdecydowanie rzadziej prezentowane są treści odwołujące się do długowieczności, starzenia, kwestii okołomedycznych (leki, samobadanie i szczepienie) oraz stanów psychicznych.

Kolejny sposób analizy zebranego materiału będzie dotyczył go jako całości, tzn. przekazu jako jednego komunikatu formułowanego przez główne media internetowe. Tego rodzaju analizy potwierdzają szereg wcześniejszych ustaleń i dodają kolejne.

Przy pomocy programu Leximancer (który dokonuje ilościowej analizy słów) wydobyto z tekstu główne koncepty i przedstawiono je za pomocą interaktywnej mapy, co pozwoliło oszacować częstość pojawiania się poszczególnych pojęć oraz ich współwystępowanie. Najczęściej występujące pojęcia odnoszą się do szeroko rozumianych: Diety, Ciała, Ćwiczeń, Badań oraz Zdrowia (częściej pojawiające się pojęcia są jaśniejsze na mapie), natomiast najczęściej pośród nich współwystępują ze sobą w tekście Dieta z Ciałem oraz Dieta ze Zdrowiem (jaśniejsze linie łączą je na mapie) (Rys.1). Mapa wskazuje również jak często poszczególne pojęcia pojawiają się w podobnych kontekstach koncepcyjnych (określa to bliskość położenia na mapie). Jeśli mapę powiększymy o inne interesujące z naszej perspektywy pojęcia te dotyczące zachowań zdrowotnych: Alkohol, Papierosy, Narkotyki, Tycie i Chudnięcie, oraz wymiarów zdrowia: Choroba, Śmierć, Medycyna, Życie pojawiają się nowe zależności.



Dieta najbardziej powiązana jest z Ciałem (24%), Zdrowiem (19%), Badaniem (18%), Ćwiczeniami (12%).

Ćwiczenia: Ciało (27%), Dieta (21%), Badania (13%), Zdrowie (11%).

Papierosy: Badanie (26%), Dieta (15%), Ciało (13%), Zdrowie (12%).

Alkohol: Dieta (50%), Ciało (24%), Badanie (20%), Papierosy (18%), Zdrowie (13%), Medycyna (13%), Ćwiczenia (11%).

Narkotyki: Medycyna (27%), Choroba (13%), Śmierć (13%), Badanie (13%).

Ciało: Dieta (32%), Ćwiczenia (21%), Badania (16%), Zdrowie (11%), Choroba (10%).

Chudnięcie: Dieta (66%), Ciało (37%), Zdrowie (26%), Ćwiczenia (24%), Badanie (20%), Życie (14%).

Tycie: Dieta (57%), Ciało (43%), Zdrowie (27%), Ćwiczenia (16%), Medycyna (14%), Życie (14%), Badanie (14%).

Badanie: Dieta (36%), Ciało (24%), Zdrowie (21%), Choroba (17%), Ćwiczenia (16%), Medycyna (14%).

Zdrowie: Dieta (43%), Badanie (23%), Ciało (19%), Ćwiczenia (15%), Życie (13%), Medycyna (11%).

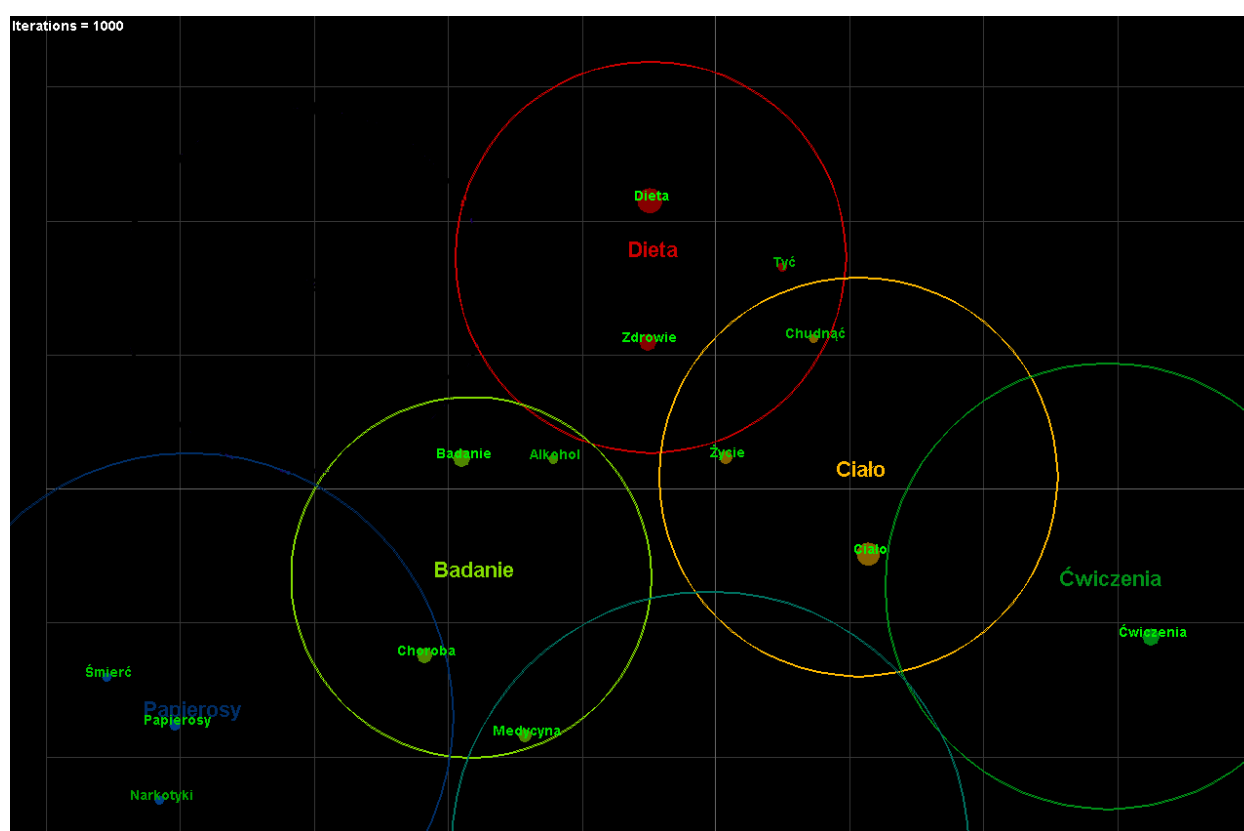
Medycyna: Dieta (25%), Ciało (24%), Badanie (24%), Choroba (19%), Zdrowie (17%), Ćwiczenia (10%).

Choroba: Badanie (30%), Ciało (28%), Dieta (26%), Medycyna (20%), Zdrowie (17%).

Życie: Dieta (35%), Zdrowie (27%), Ciało (26%), Badanie (24%), Ćwiczenia (15%), Medycyna (12%).

Śmierć: Choroba (30%), Badanie (25%), Dieta (19%), Papierosy (16%), Ciało (13%), Życie (11%).

Oczywiście powiązanie to nie oznacza związków przyczynowych, a jedynie występowanie tych pojęć blisko siebie w tekście, zarazem jednak sugeruje rzeczywiste związki między nimi; inaczej mówiąc pojawiając się wspólnie w ciągłym przekazie będzie wywoływać wśród odbiorców wrażenie współzależności.



Kolejnym sposobem określenia powiązań między tymi pojęciami jest zwrócenie uwagi na kontekst w którym pojawiają się powyższe pojęcia, czyli na ile pojawiają się wśród podobnych pojęć. Jak widać na rysunku niektóre pojęcia pojawiają się w podobnym kontekście. Szczególnie wyraźnie możemy wydzielić następujące skupiska: 1 Papierosy (Narkotyki, Śmierć), 2 Badanie (Medycyna, Choroby, Alkohol), 3 Dieta (Zdrowie, Tycie), 4 Ciało (Życie, Chudnięcie), 5 Ćwiczenia. Oznacza to w odniesieniu do skupiska 1, z jednej strony, wspólny kontekst Papierosów, Śmierci i Narkotyków, z drugiej zupełnie odrębny kontekst niż położone najdalej od niego skupisko 5, Ćwiczenia. Zestawiając ze sobą podobieństwo kontekstu występowania i bliskość występowania poszczególnych konceptów, możemy stwierdzić w tym przypadku podobieństwo kontekstu Śmierci,

Narkotyków i Papierosów, a także znacznie częstsze występowanie Papierosów i Narkotyków w bliskości Śmierci (odpowiednio 3,8 i 6 razy częściej niż średnia wszystkich pojęć - rpś). Natomiast zmiana wagi (Tycie i Chudnięcie), Zdrowie i Ćwiczenia pojawiają się w pobliżu Śmierci najrzadziej. Z ważnych i znacznych zależności warto jeszcze zwrócić uwagę na Alkohol w którego bliskości często występują Narkotyki (4,5 rpś) i Papierosy (4 rpś), chociaż konteksty w których się pojawiają są różne.

Pod tym kątem warto przeanalizować jak rozstrzygane są niektóre dylematy. Z czym wiąże się a z czym nie, zmianę wagi, odżywianie i ćwiczenia, jak przedstawia się te pojęcia w odniesieniu do zdrowia, choroby, życia i śmierci oraz medycyny. W pobliżu Zdrowia pojawia się częściej zmiana wagi i Życie, natomiast rzadziej Narkotyki i Śmierć. W pobliżu Choroby odwrotnie częściej Śmierć, Narkotyki, dalej Medycyna i Badania, rzadziej Alkohol i Chudnięcie. Przy pojęciu Życia częściej Zdrowie i zmiana wagi, rzadziej Papierosy i Narkotyki. Medycyna częściej Choroba i Narkotyki. Ciało najczęściej pojawiają się Ćwiczenia najrzadziej Śmierć, Narkotyki i Papierosy. Z kolei przy zmianie wagi (Tycie i Chudnięcie które wzajem pozostają mocno powiązane) najczęściej Dieta, Ćwiczenia, Ciało, Zdrowie i Życie, najrzadziej Papierosy, Narkotyki i Śmierć. Co ciekawe w odniesieniu do Alkoholu widać wyraźną różnicę między Tyciem, w otoczeniu którego Alkohol występuje bardzo często, a Chudnięciem przy którym pojawia się sporadycznie. O ile też zmiana wagi jest dość mocno powiązana z Ćwiczeniami, o tyle Chudnięcie jest znacząco bardziej powiązane (1,5 rpś w stosunku do 2,3 rpś). Jak można wnioskować z powyższych danych, Ciało pozostaje w znacznej zależności od Ćwiczeń, lecz utrata lub nabieranie wagi pozostaje w podobnej relacji do Ćwiczeń jak i Diety. Przy Diecie częściej pojawia się Chudnięcie, rzadko Papierosy, Narkotyki i Śmierć. Papierosy, Narkotyki i Śmierć oraz Alkohol i Choroba są tymi pojęciami które najrzadziej pojawiają się w pobliżu Ćwiczeń. Przy Alkoholu natomiast znacznie częściej pojawiają się Papierosy, Narkotyki, Tycie i Dieta. Alkohol i Śmierć pojawiają się często przy Papierosach, rzadko natomiast pojawiają się przy nich zmiana wagi, Dieta i Narkotyki. Śmierć i Alkohol, wraz z Medycyną i Chorobą pojawiają się często również przy Narkotykach, podczas gdy pojęcia Diety, Ciała, Zdrowia, Ćwiczeń, Papierosów, zmiany wagi i Życia nie pojawiają się wcale.

Wyraźnie można wyróżnić grupy pojęć, które, czy to przez wspólny kontekst, czy też częstość wspólnego pojawiania się w tekście, są ze sobą powiązane. Pierwsza grupa to Papierosy, Narkotyki, Śmierć i Alkohol, są to relatywnie rzadko występujące pojęcia. Druga grupa Zdrowie, Życie, zmiana wagi i Dieta, to bardzo często pojawiające się koncepty. Grupa trzecia to Ciało i Ćwiczenia, często występujące pojęcia i stosunkowo blisko przez Ciało powiązane z grupą numer dwa. Wreszcie grupa czwarta to Medycyna, Choroba i Badanie, średnio pojawiające się koncepty, pozostające niejako mediatorami między grupą pierwszą a resztą.

Wreszcie pojęcia takie jak Kondycja, Energia czy Relaks występują w bliskości i kontekście Ciała i Ćwiczeń oraz Diety, natomiast Cholesterol i Ciśnienie w otoczeniu Badań, Choroby i Medycyny (co stanowi pewną weryfikację przeprowadzonej analizy). Ostatnia rzecz na którą należy tu zwrócić uwagę to nakazy, zakazy i zalecenia które występują najczęściej w otoczeniu Diety.

Analiza jakościowa treści

Ilościowa analiza występowania konceptów reprezentowanych przez słowa to oczywiście jedna z możliwości badania, innym sposobem jest analiza jakościowa zawartości przekazu. W analizowanej treści pojawiają się stwierdzenia dotyczące niemal każdej ludzkiej działalności, często podparte wiedzą naukową, opinią eksperta bądź losami ludzkimi i doświadczeniem życiowym. Na tej podstawie formułowane są opisy rzeczywistości i twierdzenia o zależnościach i uwarunkowaniach, a w dalszej kolejności (explicite bądź implicite) zalecenia i przeciwwskazania, nakazy i zakazy. Zadanie polega więc na scharakteryzowaniu odnoszących się do zdrowia aspektów stylu życia prezentowanego w tym przekazie.

Jak już opisywano wcześniej najczęściej z wyróżnionych kategorii pojawia się treść dotycząca odżywiania. Nie tylko jest to dominujący temat wśród artykułów, ale wielokrotnie stanowi on również dopełnienie innych głównych tematów (np. dieta jako element związany z aktywnością fizyczną, chorobami itp.). Występują bardzo zróżnicowane informacje, zarówno pod względem wielości wymiarów samego odżywiania jak i ilości propozycji dotyczących tych poszczególnych wymiarów. Dla przykładu pojawia się kilkadziesiąt rodzajów diety (księżycowa, kopenhaska, śródziemnomorska, 5:2, z Wall Street, zasadowa, związana z grupą krwi, ciasteczkowa, dr Schwarzbain, związana z hormonami, kapuściana, bezsmakowa, jajeczna, oparta na wacie, owocowa, słoiczkowa, Dukana, północna, wegetariańska, wegańska, fleksiteriańska, aromatyczna Sensa, nocna, na telefon, tybetańska, oczyszczająca, białkowa, antyrakowa, lemon detox, Little Black Dress, garstkowa, zupowa, płynne, monodiety, turbodieta)! Przy ich charakterystyce podawane są ich zasady, omawiane mechanizmy oddziaływania na organizm czy też konkretne przepisy. Niektóre z diet są jednoznacznie określone jako szkodliwe i odradzane, ale w niektórych przypadkach opinie są mieszane (czasem sprzeczne w poszczególnych artykułach, czasem pozostawione bez komentarza lub czytelnikom do rozstrzygnięcia). Ilość diet koresponduje z liczbą aspektów, które w odniesieniu do odżywiania się się pojawia. Do podstawowych należą:

- historyczne pochodzenie poszczególnych produktów żywnościowych (np. egzotycznych owoców, tradycyjnych czy zagranicznych potraw itp.), różnice kulturowe i zmiany dotyczące zwyczajów żywieniowych

- produkcja pożywienia (jakie półprodukty są wykorzystywane, jak wygląda sam proces, czego możemy się spodziewać w produktach spożywczych)
- przygotowania posiłku (w tym wybór odpowiednich produktów żywnościowych przy zakupach, przepisy i porady związane z przyrządzeniem potraw, sposoby podania i spożywania posiłków)
- zawartość składników odżywczych w pokarmach (poziom energetyczny: kalorie; oraz regulatywny: witaminy, minerały i inne związki)
- rodzaje pokarmów i posiłków (mięso, warzywa, nabiał, owoce, ryby, pieczywo, słodycze i przekąski)
- przetwarzanie i przyswajanie żywności przez organizm (jak wpływają na poszczególne układy np. trawienny, hormonalny, metaboliczny, psychiczny lub części ciała)
- konsekwencje zdrowotne spożywanego pożywienia (jako przyczyna chorób i dolegliwości, w tym szczególnie otyłości, nadciśnienia i hipercholesterolemii, a także jako źródło młodości, długowieczności i zdrowia)
- niebezpieczeństwo które stwarza (skutek stosowania szkodliwych substancji chemicznych, przekraczania zalecanych dawek soli, cukru itp., czy też nadmiernego przetwarzania)
- rodzaje motywacji przy odżywianiu (głód, głód emocjonalny/stres, przyjemność, zdrowie, estetyka i smak pokarmu, utrzymanie lub osiągnięcie odpowiedniej sylwetki, moda i etyka)
- zestawy sposobów mających ułatwić ludziom kontrolę nad odżywianiem

Codzienne odżywianie stało się złożonym i skomplikowanym procesem, który wymaga znacznych kompetencji od przeciętnego osobnika, szczególnie, że nie istnieje jeden niepodważalny kanon w tej sferze, a wielokrotnie napotkać można zalecenia formułowane w stosunku do poszczególnych kategorii i grup społecznych (ze względu na płeć, wiek, aktywność fizyczną, dolegliwości, pracę itp.). Nie może w tej sytuacji dziwić, iż dziedzina ta jest coraz częściej areną działań różnych ekspertów, z dietetykami na czele, a także znaczącym elementem politycznym (w szerokim znaczeniu tego pojęcia).

Opisywanie szczegółowe pojawiających się zależności i zaleceń (w niektórych przypadkach interesujących) wykracza zdecydowanie poza cel niniejszej pracy, podobnie jak ich ocena merytoryczna. Warto jednak poczynić kilka uwag ogólniejszej natury które ich dotyczą oraz omówić kilka znaczących zjawisk które się pojawiają.

Wiele zaleceń formułowanych jest na podstawie badań, które stwierdzają potencjalne zależności między procesami, jednakże same badania nie dają tak jednoznacznych wskazań np. są to badania

wstępne, badania wyłącznie na zwierzętach, przeprowadzane w szczególnych warunkach. Stosunkowo rzadko pojawiają się szczegółowe opisy samej procedury badawczej czy też porównania z innymi badaniami z danej tematyki, lub też opisanie potencjalnych zagrożeń (mniej niż 10%). O ile często można zlokalizować źródło badań (czy to przez odwołanie się do nazwiska badacza, ośrodka naukowego czy też czasopisma), o tyle pojawiają się też sformułowania nie dające takich możliwości (w kilkunastu procentach artykułów). Oczywiście publikacje internetowe rządzą się nieco inną logiką niż publikacje naukowe i nie należy spodziewać się zbliżonej ścisłości, a upraszczanie i wyciąganie wniosków na wyrost stanowią typowe narzędzia dziennikarskie. Z drugiej strony sama nauka wprowadza również zamieszanie np. gdy pojawiają się nowe badania zaprzeczające poprzednim ustaleniom. Dobrym przykładem takiej sytuacji jest zmiana stosunku do jajek. Wielokrotnie w odniesieniu do tego produktu podkreśla się obecnie jego dobroczynne działanie na organizm człowieka i zwraca się uwagę na zmianę naszej wiedzy naukowej w tym zakresie.

Druga kwestia dotyczy braku spójnej treści które są prezentowane. Dla przykładu w jednym artykule opisuje się zasady diety opartej na grupie krwi dla osób z grupą krwi B, a w innym kwestionuje jakąkolwiek naukową podstawę tego rodzaju diety; dodatkowo twórcami tej diety są lekarze których propozycje stoją w otwartej sprzeczności z uznanymi zasadami dietetycznymi. Inne przykłady mogą dotyczyć zaleceń spożywania poszczególnych rodzajów produktów jako zdrowych lub szkodliwych np. tłuszczu, czerwonego mięsa czy kawy. Problem ten nie sprowadza się jedynie do jednoznacznie pozytywnego lub negatywnego wpływu poszczególnych produktów, ale często różnego wpływu na odmienne aspekty ludzkiego organizmu. Przykładowo stwierdza się pozytywny wpływ kawy na układy hormonalny, krążenia i nerwowy, ryzyko wystąpienia chorób degeneracyjnych, nowotworowych czy też jej przeciwbólowe działanie, zarazem sprzeczne informacje dotyczą wpływu kawy w przypadku migren oraz nabierania i utraty wagi.

Pojawiają się nieustannie nowe pojęcia, które odnoszą się do nowo zbadanych lub obserwowanych zjawisk dotyczących odżywiania. Do najnowszych można zaliczyć: fleksitarianizm (dieta polegająca na ograniczaniu spożywania mięsa), ortoreksja (obsesja na punkcie zdrowego odżywiania), drunkoreksja (ograniczenia w żywieniu, aby móc pić więcej alkoholu i nie przybierać na wadze), hiperfagia hedoniczna (objadanie się dla przyjemności), czy selektywne odżywianie. Proces ten zawsze ma charakter performatywny.

Skoro jesteśmy przy nowościach warto również zwrócić uwagę na zjawisko mody i promowania różnych produktów. Nie tylko propaguje się różne diety (szczególnie w badanym okresie dietę 5:2), ale również nieznane czy też niepopularne w naszym kraju produkty, takie jak. woda kokosowa, kielki, algi, awokado, melon, olej ryżowy, pestki winogron, zupa miso, dziczyzna,

jagody Goji czy miłorząb. Wspominano już o rozpowszechnieniu się zwyczaju grillowania, który również jest wspierany na omawianych stronach internetowych. W związku z tym procesem pojawiają się dwa znaczące aspekty: sponsorowane treści oraz odwoływanie się do popularności rozwiązań dietetycznych wśród gwiazd. Pierwszy aspekt stanowi mechanizm wpływający na to jakie treści i jak są prezentowane. Poza reklamami, które pojawiają się nieuchronnie podczas przeglądania stron WWW (których analiza przekracza możliwości techniczne niniejszych badań), wyróżnić możemy jeszcze dwa sposoby wpływu (najczęściej) firm na popularyzację produktów: określone artykuły reklamowe oraz artykuły czy też ich fragmenty, w których reklama nie jest wprost deklarowana. Drugi sposób z pewnością jest trudniejszy do uchwycenia, ale oba wywołują wątpliwości. Tylko trzy artykuły wśród badanych (co stanowi ok. 1%) pojawiły się z etykietą reklama (preparat przeciwko starzeniu, woda butelkowana, wędliny drobiowe). Problemy w ich wypadku dotyczą graficznej oprawy, która jest identyczna z innymi artykułami oraz treści, która miesza ze sobą elementy naukowe i reklamowe, prawdę i sugestię. Przykładowo producent wody butelkowanej, który podaje wiele faktów dotyczących szkodliwości soli dla zdrowia, producent preparatu przeciwko starzeniu, który na potwierdzenie jego działania przywołuje autorytet naukowców i przeprowadzonych badań, czy też producent wędlin drobiowych przywołujący powszechnie uznane zalecenia zdrowotne. W każdym z tych przypadków jednak powiązanie między produktem a dostarczanymi informacjami pozostaje w dość luźnej relacji (woda jest niskosodowa, preparat buduje swoją skuteczność na wątpliwych wnioskach, unika się wspomniania o procesach przetwarzania wędlin i jakiegokolwiek ich szkodliwości). Drugi rodzaj sponsorowanych treści jest mniej uchwytne, ale w niektórych przypadkach możemy się go domyślać. Tak jest np. w przypadku badań dotyczących szkodliwości e-papierosów sponsorowanych przez ich producenta, czy badań dotyczących czasu przeznaczanego na niezdrowe przekąski sponsorowanych przez producenta suplementu diety, jak również gdy opisywane są płatki śniadaniowe mające zwiększać potencję, czy też prezentowana jest książka zachęcająca do określonej diety. Oczywiście prezentowane tu przykłady nie są jednoznaczne z badaniami, które były by w stanie bardziej wiarygodnie zbadać to zjawisko, nie mają też być moralizatorskim wytykaniem błędów dziennikarskich. Raczej mają zwrócić uwagę na możliwości manipulacji które mogą wystąpić. Przykłady takich manipulacji możemy zresztą zaobserwować w oderwaniu od konkretnych produktów i producentów. Pierwszy z przykładów opisywanych w kilku artykułach będzie dotyczył produktów dietetycznych, zwanych produktami light lub fit. Produkty te są definiowane jako zawierające mniej niż 40 kcal (20 kcal w przypadku płynów) w 100 g. produktu, pozbawione wartości odżywczych "naszpikowane są chemią", np. zamiast cukru zawierają sztuczne substancje słodzące. Badania stwierdzają nie tylko nieskuteczność odżywiania się tego typu produktami, ale

również ich szkodliwość. Drugi przykład dotyczy tzw. oczyszczania organizmu czyli detoksu. Wbrew nazwie nie chodzi tu o medyczną detoksykację ani psychologiczną, którą odbywają osoby uzależnione (np. od narkotyków), ale o domniemane zbierające się w naszym organizmie toksyny, będące skutkiem złego odżywiania (niezdrowe jedzenie, zwłaszcza chemicznie przetwarzane, używki) oraz stresu występującego w naszym życiu. Detoksykacja tak rozumiana nie jest pojęciem naukowym (co nie znaczy, że w pewnych okolicznościach nie może być skuteczna), ale zbiorem praktyk odwołujących się do holistycznego rozumienia zdrowia i kładące nacisk głównie na sferę duchową. Składa się na nie właściwa dieta (pozbawionej chemii i używek, czasami głodówka), ćwiczenia (takie jak joga czy tai chi) oraz medytacja. Tym czym wydaje się tak rozumiana detoksykacja, to pod maską naukowości propagowanie praktyk dalekowschodnich, choć warto podkreślić prozdrowotność niektórych z nich.

Drugi z wspomnianych aspektów odżywiania dotyczący kreowania mody, a konkretnie odwoływania się do popularności niektórych produktów i diet wśród gwiazd, zwraca naszą uwagę na sposoby motywacji ludzi do przejmowania propagowanych nawyków. Sfera rozrywkowa wydaje się tu być naturalnym wyborem: nie tylko życie gwiazd wzbudza powszechną ciekawość, a to co robią i co im się przytrafia jest szeroko komentowane przez media masowe, ale bardzo często są też grupami odniesienia. Spośród popularnych artystek pojawiają się Lady Gaga, Beyoncé, Jennifer Lopez, Kirsten Dunst, Demi Moore, Cindy Crawford, Mariah Carey, Kate Winslet i wiele innych. W tym miejscu należy też zwrócić uwagę na ważne z perspektywy socjologicznej mechanizmy wpływu jednostek na siebie nawzajem. Wymiar ten marginalnie, ale pojawia się w badanym materiale i dotyczy m.in. wsparcia psychicznego i praktycznego członków rodziny w czasie choroby, motywowania własnych zachowań opinią i dobrem najbliższych, pozytywnego wpływu na zdrowie posiadania wielu znajomych czy też porad jak wpływać na prozdrowotne zmiany w zachowaniach partnerów.

Mechanizmem, który może być postrzegany jako (potencjalna) forma manipulacji jest ilościowy proporcjonalny udział poszczególnych rodzajów produktów w całym przekazie. Przykładem takiego wypaczania mogą być produkty do picia. Przekaz dotyczący zaleceń spożywania wody pozostawia najmniej wątpliwości co do jej prozdrowotnego wpływu (dotyczą one jej składu czy dziennych norm ilości), ale znacznie więcej artykułów poświęconych jest kawie, herbacie oraz słodkim napojom. Mimo więc bardziej pozytywnego przekazu dotyczącego wody, ginie on w masie innych propozycji, przedstawianych również często w bardziej atrakcyjny sposób.

Kolejna kwestia związana z odżywianiem dotyczy suplementów diety. Suplementy mają jak sama nazwa wskazuje stanowić uzupełnienie diety, ale nierzadko opisywane są jako jej częściowe zamienniki lub też niezbędne części. Pomimo dominującego sceptycyzmu wobec skuteczności

suplementów diety pojawiającego się w treści artykułów, pozostają one w społecznym odbiorze jako substancje z pogranicza nauki i odżywiania, będące (bezzasadnie) lepszą wersją żywności.

Interesująco przedstawia się w analizowanych artykułach kwestia ujmowania podmiotowości jednostek w relacji do zdrowia, czyli jak postrzegany jest współczesny człowiek i jaką rolę przypisuje mu się w wymiarze zdrowia. Dominujący przekaz określa człowieka jako wyraźnie oddzielonego od reszty społeczeństwa i jego otoczenia, którego nakazem powinno być zaspokajanie własnych pragnień (“życie ma być przyjemne”) i dla samego siebie (“dążyć do bycia doskonałą dla siebie, nie dla mediów, znajomych, przyjaciół”). Prawdy o sobie możemy i powinniśmy więc szukać w sobie, bo to kim jesteśmy, nasza istota, nasza natura, nie powinna być tłamszona. “W każdej z nas drzemie doskonałość”, chodzi więc tylko o to by ją obudzić w sobie. Samorealizacja staje się hasłem przewodnim, wolny wybór metodą, natomiast zdrowie obowiązującą formą (normą). Równocześnie ta nasza natura może nas zwodzić na manowce, możemy być ofiarami “kłamstw” mózgu” np. “większość z nas utraciła zdolność do regulowania spożycia kalorii w oparciu o sygnały głodu i sytości wysyłane przez ciało”, czego następstwem jest “zjawisko hiperfagii hedonicznej, tj. nadmiernego objadania się dla przyjemności, a nie z potrzeby zaspokojenia głodu”. W dodatku “(w)iele osób rozładowuje napięcie z pomocą jedzenia...(co) prowadzi do nadwagi, a ta, będąc źródłem stresu i kompleksów, obniża nastrój, który znowu jest ‘leczonej’ jedzeniem”. Aby uciec z pułapki błędnego koła powinniśmy mieć nad naszą naturą kontrolę: “sięgajmy po jedzenie nie wówczas, kiedy podpowiada to nam nasza głowa albo emocje, a wtedy, gdy nakazuje nam to nasze ciało”, powinniśmy wręcz postępować wbrew sobie. Samokontrola wymaga od nas nie tylko wiedzy (“ważne jest to, by w sklepie spożywczym dokonywać świadomych wyborów”), ale przede wszystkim silnej woli (“Liczy się to co robisz, jak to robisz i jakim jesteś z natury człowiekiem (..) czy walczysz czy odpuszczasz”), która również okazuje się częścią naszej natury (“niektórzy z nas mają po prostu silniejszą wolę”). Własną wolę możemy na szczęście wspomagać przy pomocy ekspertów i sprytnych sposobów. Eksperci mają wspomóc nas w sytuacji gdy sami nie dajemy sobie rady (“większość osób wymaga opieki specjalisty, ponieważ przyczyna nadmiaru kilogramów jest ‘wielopoziomowa’”), pokładamy także nadzieję w ich produktach (“preparaty ograniczające apetyt na niezdrowe przekąski”). Jeśli natomiast nie stać nas na usługi specjalisty (dietetyka, trenera, lekarza - najlepiej wszyscy razem) możemy skorzystać ze sposobów, które pomogą nam oszukać samych siebie i których prezentowany przekaz jest pełen. Najprostsze z nich mówią o unikaniu miejsc i produktów, które są szkodliwe (“Lepiej nie robić sobie smaku”), szukaniu rozwiązań zastępczych (“musimy też znaleźć alternatywę dla jedzenia w konkretnej sytuacji”) czy spisywaniu własnych zachowań i planowanie działań, po wykorzystaniu liczb czy zawiązanie sznurka wokół pasa w celu większej kontroli nad

sobą, oraz bardziej szczegółowe (jak spożywanie innych przypraw zamiast soli, przyrządzanie samodzielnie łatwych i szybkich posiłków, sprawdzanie zawartości produktów, właściwe łączenie ze sobą produktów, itp.) i wyrafinowane jak wyobrażanie sobie pokarmu lub jego zdjęciowa prezentacja, czy też jedzenie codziennie tej samej potrawy.

Ważne miejsce w tym opisie zajmują społecznie formułowane normy dotyczące naszych zachowań wyznaczających nasze zdrowie. Nieodmiennie pojawia się starożytna formuła złotego środka, czasem formułowana wprost (“Nie promujemy skrajnych postaw: ani chorobliwej chudości, ani otyłości. Chcemy, aby każda z kobiet dążyła do złotego środka.”). Nie należy być za chudym, ani za grubym, jeść za dużo, ani za mało, należy być aktywnym fizycznie, ale nie przesadzać itp. Tego rodzaju schemat w odniesieniu do aspektów zdrowotnych wiąże się powszechnie i automatycznie z patologią, czyli określaniem tych stanów i zachowań jako choroby. Oznacza to skategoryzowanie poszczególnych jednostek przez ocenę ich odstępstwa od normy oraz oczekiwanie poddania ich kontroli medycznej i przywrócenia do “stanu normalności”. Pojawiający się tu dylemat bardzo dobrze obrazuje problemy osób z otyłością, które z jednej strony obarczane są powszechnie winą za swoją wagę i dyskryminowane (“sensacja: grube kobiety na wybiegu”), z drugiej natomiast otyłość nie jest stanem wyłącznie estetycznym, ale ma silne korelaty zdrowotne. Przekraczanie norm wiąże się z gorszym traktowaniem i oczekiwaniem, że uznamy to, iż jesteśmy gorsi (“Najpierw trzeba zrozumieć, że mamy problem”) i podejmiemy stosowne działania (nie sprząając w domu “osoby otyłe rezygnują z możliwości, by w ciągu roku zgubić aż 13 kg!”).

Przy głębszym wniknięciu w opisane zjawiska okazuje się, że niezależność jednostek jest jednak pozorna (“Witajcie w świecie obfitości.”; “Żyjemy w świecie, gdzie znacznie szybciej i taniej jest kupić opakowanie tłustego śmieciowego jedzenia, niż usiąść i samemu przygotować coś zdrowego”; ”Przemysł spożywczy poprzetrzącał nasze kubki smakowe”) a proponowane rozwiązania normatywne dalekie od spójnych rozwiązań (“Diet jest tyle, ilu dietetyków na świecie”; “Reakcja na leki to sprawa indywidualna i nie każdemu to samo szkodzi.”; ” każdy na własnym organizmie powinien sprawdzić prawdziwość tych teorii”; “naturalna waga człowieka funkcjonującego normalnie, a nie zamkniętego w sztucznych ośrodkach życia, w których powstają jakieś obozy badawcze”). W tym kontekście pojawia się pytanie: czy jednostronne, nakładanie odpowiedzialności, obarczanie winą i wpędzanie w kompleksy ludzi, którzy wykraczają poza oczekiwania, przez podkreślanie ich wolnej woli i wyboru (uciekając od pytań o rozwiązania systemowe), jest zasadne i skuteczne jako metoda działania? Jednym z głównych powodów tego stanu rzeczy jest niewątpliwie obserwowane zanikanie sfery publicznej kosztem sfery prywatnej...

Być może z tym również wiąże się, niejednokrotnie radykalne, utożsamianie jednostki z tym co robi: “jesteśmy tym, co jemy i czujemy się tak jak jemy”, “Jesteś tym co jesz”, a “szczupłość to nie

ilość kilogramów, które pokazuje waga, a sposób życia i myślenia o sobie”. Trudno się temu dziwić skoro “karmisz (...) nie tylko swoje ciało, ale też duszę”, a “jedzenie rozładowuje emocje”, “jedzenie to leczenie”, “jedzenie działa jak naturalna zapora, chroniąca organizm przed szkodliwym wpływem stresującego stylu życia”, natomiast “niedożądanie może na nowo odnaleźć nasze własne ‘ja’ ”.

ROZDZIAŁ 3: Dyskusja i wnioski

Zagadnienie zdrowego stylu życia jest złożonym i skomplikowanym problemem epistemologicznym, które zarazem współcześnie znajduje się w samym centrum praktyk społecznych, na wszystkich poziomach życia społecznego (od jednostek po system globalny). Na początku niniejszej pracy przyjęto założenie o istnieniu zjawiska zdrowego stylu życia, które ma znaczny wpływ na ludzkie zdrowie (wg szacunków wahający się od 40 do 53 %), a pod postacią różnorodnych wskaźników jest przedmiotem analizy badawczej (jako tzw. czynniki ryzyka), służy do lokalizowania grup ryzyka, określania prozdrowotnych norm zachowań oraz formułowania dyrektyw skierowanych do jednostek, grup i instytucji. Bazując na tych wytycznych opisano zjawisko zdrowego stylu życia wychodząc od pojęć zdrowia i stylu życia, oraz przytoczono badania wskazujące wpływ różnorodnych praktyk na zdrowie. W części empirycznej na początku podjęto próbę ujęcia zdrowego stylu życia w jednym wymiarze, pod postacią indeksu Zdrowotności Stylu Życia, na który składają się główne zachowania zdrowotne powiązane ze zdrowiem (palenie papierosów, masa, aktywność fizyczna, używanie narkotyków, nadużywanie alkoholu, strategie radzenia sobie ze stresem), określono wpływ zróżnicowanych czynników na jego wartość, a także opisano różne grupy i kategorie społeczne w relacji do tego indeksu. W kolejnej empirycznej części poddano analizie przekaz, dotyczący szeroko pojętych zachowań będących składowymi zdrowego stylu życia, jaki formułowany jest w internecie. Zaprezentowane wyniki stawiają pytania, z których część odnosi się do ich zgodności z innymi badaniami empirycznymi, część natomiast ma bardziej ogólny charakter, teoretyczny i ideologiczny.

Pierwsza kwestia dotyczy wiarygodności samego pojęcia zdrowego stylu życia i zbudowanych na jego podstawie narzędziach badawczych. Nie jest dziś kwestionowany, przez poważnych naukowców, ani wpływ samego stylu życia na zdrowie, ani wyróżnionych i opisanych wcześniej jego aspektów. Szereg badań daje względnie jasny obraz tego, których zachowań unikać oraz które podejmować aby zwiększyć szanse na dłuższe, mniej naznaczone chorobami i niesprawnością, a także (w szerokim znaczeniu) bardziej wydajne życie. Ustalenia te pozwalają nie tylko coraz lepiej przewidywać przyszłe zdrowie, ale także stają się coraz częściej podstawą do formułowania zaleceń oraz planowania działań przez jednostki i instytucje. W tym względzie szczególnie dwa aspekty zasługują na uwagę. Przede wszystkim badania nad zdrowym stylem życia dotyczą każdego z jego aspektów oddzielnie i w relacji do innych (zwyczajowo) problemów zdrowotnych. Czyli bada się np. wpływ papierosów na różne choroby układu krążenia, różne rodzaje nowotworów itd., a w dodatku stosunkowo rzadko uwzględnia się jeszcze np. nawyki związane z odżywianiem, spożycie

alkoholu czy aktywność fizyczną oraz ich wzajemne interakcje. Tego rodzaju postawa jest z jednej strony rezultatem postępującej specjalizacji w naukach medycznych, co wiąże się z dążeniem do bardziej szczegółowych informacji dotyczących coraz to węższych aspektów zdrowia, oraz trudnościami metodologicznymi w zbudowaniu odpowiedniego narzędzia (modelu) badawczego. Ponadto badania wykazują, że coraz więcej sfer ludzkiego życia w taki lub inny sposób wiąże się ze zdrowiem, to znaczy włączają w obszar zdrowego stylu życia kolejne jego wymiary (zdrowie ma totalizujący charakter). Konsekwencje są różnorodne, między innymi pojawia się problem z formułowaniem uniwersalnych reguł postępowania, co jest możliwe jedynie tam gdzie dane są niesprzeczne względem aspektów zdrowia i stylu życia, gdy ich wpływ odnosi się do negatywnego wymiaru zdrowia (czyli dotyczy chorób i/lub śmierci, zwłaszcza tych o podłożu biofizycznym i powszechnie występujących), gdy zdaje się pozostawać pod kontrolą pojedynczych jednostek oraz gdy został zaakceptowany przez główny trzon środowiska medycznego. Walka rozgrywa się o przede wszystkim o prawomocność zaleceń, z czym związane są instytucjonalne rozwiązania i grupy interesów.

Istnieją (rzadkie) próby przewyciężenia tego stanu rzeczy przy pomocy budowy nieco bardziej złożonych narzędzi badawczych, ale mają one dość ograniczony i często czysto instrumentalny charakter. Krótki przegląd, choć z pewnością nie wyczerpujący wart jest tu prezentacji.

Pierwszym przykładem może być wykorzystywany przez grupę łódzkich naukowców Indeks Stylu Życia, na który składają się cztery prozdrowotne zachowania: niepalenie, prawidłowa waga (mierzona przy pomocy BMI), codzienne spożycie warzyw i owoców (lub błonnika) i regularna aktywność fizyczna, pozwalające przypisać badanym wartości 0-4. Badacze opisują relacje między tak zdefiniowanym wskaźnikiem a zdolnościami pracowniczymi (work ability) [1], samooceną statusu zdrowotnego [2], ryzykiem kardiometabolicznym [3].

Łódzkie podejście odwzorowuje amerykańskie rozwiązanie zaproponowane przez Reevesa i Rafferty'ego do scharakteryzowania społeczeństwa amerykańskiego przy pomocy jednego wskaźnika, będącego sumą czterech wymienionych wcześniej prozdrowotnych aktywności (Healthy Lifestyle Characteristic HLC) [4]

Również inni amerykańscy naukowcy dostrzegli potrzebę bardziej całościowego ujęcia zachowań prozdrowotnych i zaproponowali całościowy wskaźnik stylu życia (composite lifestyle index CLI), który został opracowany na podstawie sześciu elementów: aktywności fizycznej, spożycia owoców i warzyw, odpowiedniego snu, zarządzania stresem, spożywania alkoholu i palenia tytoniu, i wstępnie przetestowany, z intencją wykorzystania go w odniesieniu do wskaźników jakości życia.[5].

Inny przykład może stanowić grupa niemieckich naukowców z Munster (oraz w

zmodyfikowanej wersji naukowiec ze Szwecji), która posługuje się całościowym indeksem stylu życia, zawierającym następujące wymiary: aktywność fizyczna, nawyki żywieniowe, BMI, palenie tytoniu i spożywanie alkoholu, w badaniach nad pamięcią i mózgiem [6, 7].

Wreszcie ciekawym przykładem może być również singapurska organizacja Health Promotion Board, która jako część rządowego programu, opierając się na badaniach naukowych i wykorzystując internet w celu wskazywania ryzyka i możliwości poprawy swoich zachowań bierze pod uwagę: BMI, aktywność fizyczną, dietę, palenie papierosów, picie alkoholu, sen, stres, objawy depresji, społeczne emocjonalne wsparcie oraz badania profilaktyczne [8].

Opisane próby uwzględnienia większej liczby zachowań w jednym wskaźniku są nieliczne, pojawiają się w różnych częściach świata i w niewielkim stopniu odnoszą się do siebie, a także bazują na zróżnicowanych elementach cząstkowych i wartościach skal oraz służą odmiennym celom. W konsekwencji porównywanie ich ze sobą ma bardzo ograniczony charakter. Możemy natomiast zauważyć, że wartości optymalne przyjmuje od 2 do 8% populacji, co jest mniej więcej zgodne z rezultatami otrzymanymi w niniejszych badaniach, gdzie liczba ta oscylowałaby w okolicach 4%. Problem jednak, który w tym miejscu staje się widoczny to zmniejszające się prawdopodobieństwo znalezienia się w tej grupie wraz z rosnącą liczbą wymiarów zawartych we wskaźniku.

Następna kwestia odnosi się do złożonej relacji między stylem życia a zdrowiem. Jak w przypadku większości zjawisk społecznych również w odniesieniu do tych dwu występuje wzajemna współzależność, to znaczy nie tylko styl życia może być przyczyną zdrowia, ale również zdrowie wpływa na styl życia. Przykładem może być sytuacja gdy osoba nieaktywna fizycznie zwiększa prawdopodobieństwo otyłości, ale również gdy osoba otyła przestaje podejmować aktywności fizyczne np. ze względu na kontuzje. Do innych zakłóceń w określeniu relacji między stylem życia i zdrowiem należą także inne zjawiska które mogą ją zniekształcać. Bardzo często stwierdza się zależność stylu życia od pozycji społeczno-ekonomicznej (czasami jako przynależność klasowa), której dany styl życia jest przejawem. Tym samym stwierdza się, że sam styl życia pełni jedynie rolę pośredniczącą, a rzeczywista zależność występuje między pozycją społeczno-ekonomiczną a zdrowiem. Wśród innych takich podstawowych zjawisk, na które zwraca się uwagę, znajdują się cechy psychiczne czy też genetyczne. Wreszcie nie styl życia, ale inne zjawiska mogą pełnić rolę zmiennych pozornych. Dobrze zaprojektowane badanie pozwala na określenie kolejności wystąpienia poszczególnych zdarzeń, czy też wyeliminowanie potencjalnego wpływu innych zmiennych, ale często może oznaczać po prostu stwierdzenie wzajemnej zależności. Przed wiarygodnym potwierdzeniem nie powinniśmy wykluczać nie tylko możliwego wpływu innych zjawisk, ale również naddeterminacji, czyli sytuacji w której dany stan zależy od wielu

czynników równocześnie, z których każdy może być samodzielnie wystarczający jako przyczyna. Przykładowo choroby układu krążenia wśród swoich czynników ryzyka mają zarówno palenie papierosów, nadmierne spożycie alkoholu, jak i otyłość, każde z nich z osobna może być odpowiedzialne za wystąpienie tych problemów, lecz gdy występują wspólnie ryzyko wzrasta, natomiast szansa na określenie który z nich odgrywa główną rolę maleje.

Ze względu na współzależność zbudowano dwa modele wyjaśniające, z których model główny zakładał wpływ zdrowia na zdrowotność stylu życia, natomiast drugi model zakładał odwrotną zależność. Oba modele wykazały swoją przydatność pod tym względem, przy czym o ile żaden pojedynczy wymiar stylu życia (papierosy, masa, radzenie sobie ze stresem, aktywność fizyczna, alkohol i narkotyki) nie osiągnął samodzielnie lepszego wyjaśnienia (R^2) niż indeks Zdrowotności Stylu Życia, o tyle wymiary stylu życia potraktowane oddzielnie, ale uwzględniając ich współzależności, mają większą moc wyjaśniającą zdrowie niż zestawione w jeden wskaźnik.

Wreszcie pojawia się też problem (innych poza zdrowiem) czynników od których zależy styl życia. Większość badań stosuje pewien automatyzm uznając wskaźniki demograficzne takie jak wiek czy płeć za stałe punkty odniesienia, często równie automatycznie zwraca się jeszcze uwagę na rasę/ etniczność, wykształcenie, zawód czy dochód. Ten automatyzm o tyle jest uzasadniony o ile nie jest rozumiany jako niezmienny (i naturalny) element struktury społecznej, ale jako czynnik, który w ramach tej struktury może zmieniać swoją pozycję (por. rozdz. 2).

W tym kontekście warto krótko opisać wpływ poszczególnych z tych czynników, to jest płci, wieku, statusu społeczno-ekonomicznego oraz stopnia zintegrowania jednostki w systemie społecznym na zdrowotność zachowań.

Generalnie zwraca się uwagę na bardziej prozdrowotne zachowania kobiet niż mężczyzn [9], co przypisuje się takim czynnikom jak:

- socjalizacja odmiennych ról społecznych, narzucająca kobietom większe zainteresowanie własnym ciałem, jego wyglądem i prawidłowym funkcjonowaniem oraz odpowiedzialnością za zdrowie i opiekę nad członkami rodziny (dzieci, chorzy, niepełnosprawni i osoby w podeszłym wieku);
- bardziej represyjne normy dotyczące ryzykownych zachowań, podczas gdy w odniesieniu do mężczyzn ryzykowne zachowania są kulturowo oczekiwane;
- różnice w oczekiwanych zawodach i podejmowanej pracy: to z jednej strony zawody mniej szkodliwe ze względu na środowisko i wysiłek fizyczny, z drugiej strony zawody związane z opieką i zdrowiem, oraz edukacją i kontaktem z innymi ludźmi;
- odmienne wzorce zarządzania zdrowiem (ciało, psychika, relacje międzyludzkie) i

korzystania z opieki zdrowotnej.

Głównie te aspekty odpowiadają za niższą śmiertelność kobiet i dłuższe, w Polsce o ponad 8 lat, życie [10]; przy czym nie oznacza to, że kobiety w innych wymiarach nie mają gorszego zdrowia, ani że czynniki biologiczne również nie wpływają na różnice w zdrowiu między kobietami i mężczyznami [11]. Jak potwierdzają to badania, kobiety w naszym kraju rzadziej palą papierosy (i mniejsze ilości), mniej piją alkoholu, częściej mają BMI w normie, częściej spożywają warzywa i owoce, ale w mniejszym stopniu są aktywne fizycznie [12]. Takie same rezultaty w odniesieniu do płci uzyskano w niniejszej pracy w odniesieniu do całościowego indeksu Zdrowotności Stylu Życia. Kobiety nie tylko osiągają średnią lepszą niż mężczyźni, ale również wśród kobiet grupa, którą można określić jako posiadającą prozdrowotny styl życia jest proporcjonalnie większa niż wśród mężczyzn (4,5% do 2,7%).

Z kolei wiek tworzy, do pewnego stopnia naturalną, oś wokół której przebiega ludzkie życie wyznaczone kolejnymi etapami (niemowlęctwo, dzieciństwo, młodość, dojrzałość, wiek starszy), z których każdy określony jest nowymi rolami i wyzwaniem społecznymi oraz wiąże się z odmiennym ryzykiem. Z perspektywy stylu życia kluczowe stają się tu odmiennie grupy uczestnictwa kulturowego, zróżnicowane dostępne zasoby czy poziom aktywności społecznej. Na przykład młodość wiąże się szczególnie z podejmowaniem ryzykownych zachowań (papierosy, alkohol, narkotyki, kontakty seksualne, ryzykowne zachowania na drodze itp.), ale również ze stopniowym wchodzeniem w dorosłość, stabilizacją rodzinną i zawodową. Natomiast starość z wycofaniem z istotnych aktywności społecznych takich jak aktywności zawodowe, rodzinno-wychowawcze i międzyludzkie, pogarszającą się rezerwą czynnościową, rosnącą zależnością od innych osób oraz dyskryminacją ze względu na wiek [13]. W przypadku wieku nie ma prostoliniowych zależności w relacji do prozdrowotnych zachowań np. w odniesieniu do palenia papierosów oraz picia alkoholu od momentu osiągnięcia dorosłości do wieku 40-50 lat rośnie odsetek ich użytkowników by następnie spaść w starszych grupach, natomiast narkotyki znacznie większym stopniu rozpowszechnione są wśród młodych ludzi [14, 15, 16]. Co ciekawe całościowy indeks Zdrowotności Stylu Życia zestawiony z wiekiem pokazuje, że osoby młodsze osiągają wyraźnie lepsze wyniki; wśród młodzieży 12,6% stanowią osoby, które możemy określić jako posiadające prozdrowotny styl życia, natomiast wśród najstarszej grupy zaledwie 0,4%. Potencjalne przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być bardzo zróżnicowane, najbardziej prawdopodobne jest jednak, że jest to efekt całego kompleksu przyczyn. Z jednej strony może być to funkcją samego wieku, który w powiązaniu ze zdrowiem stwarza mniejsze możliwości prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Z drugiej strony możliwe jest, że pozycja społeczna osób w podeszłym wieku oraz przekonania dotyczące starości w społeczeństwie nie sprzyjają posiadaniu

prozdrowotnego stylu życia. Wreszcie prawdopodobne jest także wyjaśnienie tych różnic w kategoriach pokoleniowych: starsze osoby posiadają mniej prozdrowotne nawyki, ponieważ wychowywały się w innych czasach, gdy zdrowie miało inne znaczenie, a prozdrowotny styl życia nie był powszechnie propagowany, lub też inne czasy odpowiadają za odmienne dostępne zasoby i odmienne sposoby rozporządzania nimi. To ostatnie wyjaśnienie daje największą nadzieję na zdrowie, jeśli chodzi o zachowania prozdrowotne osób, które zestarzeją się za kolejne kilkadziesiąt lat.

Status społeczno-ekonomiczny, wyznaczany najczęściej na podstawie poziomu wykształcenia, wykonywanego zawodu oraz dochodów, wpływa nie tylko na status zdrowotny, co wskazują wszelkie badania przeprowadzane nad tym zjawiskiem na całym świecie, ale w oczywisty sposób również na styl życia (warto tu podkreślić, że wpływ stylu życia i statusu społeczno-ekonomicznego na zdrowie, jak dowiedziono, występuje w powiązaniu tych dwóch czynników, jak i niezależnie od siebie nawzajem). W odniesieniu do stylu życia status społeczno-ekonomiczny określa szanse życiowe, wpływając m. in. na wartości, przekonania i wiedzę, materialne warunki życia (mieszkaniowe, żywieniowe, odzieżowe, itp.), poziom kontroli sytuacji, dyspozycyjny czas, władzę, prestiż itd. [17, 18]. Wśród, niestety nielicznych, badań w Polsce wspomniane zależności dobrze ilustruje zależność oczekiwanej długości życia od poziomu wykształcenia w wieku 25 lat, między osobami z wykształceniem podstawowym i powyżej średniego, która w przypadku mężczyzn wynosiła w 2002 roku 13,1 lat, natomiast w przypadku kobiet 8,9 lat, przy tym różni ich również liczba lat bez niepełnosprawności [19]. Pałacy, otyli lub z nadwagą, spożywający mniejsze ilości warzyw i owoców stanowią znacznie większą część wśród osób gorzej wykształconych i z gorszym uposażeniem [20]. Również w niniejszych badaniach zaobserwowano różnicę w poziomie zdrowotności stylu życia, i tak jeśli chodzi o posiadany Kapitał Ekonomiczny wśród osób posiadających najwyższą pozycję było to 5,3% podczas gdy z najniższą pozycją 2,3%. Natomiast w odniesieniu do Kapitału Kulturowego różnica była jeszcze większa, było to 9,5% do 0,1%.

Kilka cech może odzwierciedlać poziom integracji jednostki ze społeczeństwem. Z jednej strony będzie to kapitał społeczny, z drugiej natomiast takie aspekty jak poziom infrastruktury, cyfryzacji, czy prekaryzacji, które reprezentują stopień inkluzji jednostki w system społeczno-ekonomiczno-technologiczny oraz trwałość tej inkluzji. Szereg potencjalnych mechanizmów może oddziaływać w tej sytuacji zarówno na zdrowotność stylu życia jak i zdrowie bezpośrednio, począwszy od psychicznego poczucia przynależności, przydatności i wsparcia, przez zróżnicowany poziom stresu, rzeczywiście otrzymywane wsparcie (materialne, emocjonalne, informacyjne itp.), na większej dostępności do zasobów, większej stabilności życiowej i wyższym statusie społecznym kończąc. Za skrajnie negatywny przykład wykluczenia może być uznana izolacja społeczna, która

na różne sposoby wpływa na zdrowie (vide choroba sieroca), ale generalnie zwraca się uwagę na gorsze zdrowie osób bardziej samotnych. [21-25]. W Polsce, chociaż wśród osób mieszkających na wsi niższy jest odsetek osób palących papierosy oraz wyższy poziom aktywności fizycznej w czasie wolnym, to wskaźniki zdrowotne są generalnie gorsze (m. in. przewidywana długość życia, współczynniki śmiertelności oraz niepełnosprawności) [26]. Z kolei osoby samotne z badań przeprowadzonych w naszym kraju wykazują gorszą kondycję psychiczną [27]. Prozdrowotny styl życia, traktowany całościowo w niniejszej pracy okazuje się być powiązany z wyróżnionymi wymiarami integracji jednostki ze społeczeństwem. Zarówno w odniesieniu do kapitału społecznego (8,7% do 0,7%), jak i cyfryzacji (12% do 0,7%), prekaryzacji (5% do 1,9%) oraz poziomu infrastruktury (5,5% do 2,5%). Także w odniesieniu do liczby osób zamieszkującej gospodarstwo można zauważyć podobną zasadę, choć nie jest ona tak liniowa; wśród osób zamieszkujących samotnie bądź z jedną osobą jest to około 2,2%, potem wzrasta w gospodarstwach trzyosobowych do 4,3% i 4,8% w czteroosobowych, by następnie maleć ale pozostawać na względnie wysokim poziomie w gospodarstwach z większą ilością osób (pieciosobowe 4,2%; sześciosobowe 4%, siedmio i więcej-osobowe 3,1%).

Niestety na podstawie dostępnych danych nie udało się wyznaczyć całościowej zmiany indeksu Zdrowotności Stylu Życia w poprzednich latach, a tym samym nie była możliwa wiarygodna prognoza jego dalszych stanów. Z danych osiągalnych dzięki wcześniejszym publikacjom Diagnozy Społecznej udało się prześledzić zmiany dotyczące papierosów, alkoholu, narkotyków oraz zachowań w stresie. Uwzględniając dodatkowo badania przeprowadzane przez innych naukowców [28, 29] możemy stwierdzić generalne polepszanie się poziomu zdrowotności stylu życia, ale nie w tym samym tempie i tylko w niektórych aspektach tzn. spadła ilość palących papierosy (ale już nie ilość wypalanych przez poszczególne palące osoby sztuk papierosów), rośnie liczba osób określających się jako niepijący alkoholu (choć również liczba osób pijących nadmierne ilości alkoholu - następuje radykalizacja zachowań), rośnie liczba osób spożywających substancje psychoaktywne (szczególnie widoczne wśród młodych pokoleń) oraz coraz większa grupa osób w sytuacji stresowej mobilizuje się do działania, polega na sobie [Załącznik 1]. Z innych danych wiemy, że rośnie liczba osób poszukujących pomocy z problemami psychicznymi, ale w równym stopniu może to być efekt medykalizacji i wzrostu dostępności do usług leczniczych jak i rzeczywisty wzrost (przyjmuje się powszechnie oba wyjaśnienia). Aktywność fizyczna pozostaje na stosunkowo niskim poziomie, choć pojawiają się doniesienia o wzroście niektórych form (szczególnie mówi się o modzie na bieganie) w lepiej sytuowanych grupach społecznych. Wreszcie jesteśmy krajem o dużej dynamice przyrostu osób otyłych (co szczególnie alarmujące jest wśród dzieci), i o ile świadomość dotycząca zdrowego odżywiania się poprawia, o tyle rośnie też podaż

spożywanych produktów żywnościowych oraz ich poziom przetworzenia i wypełnienia szkodliwymi w nadmiarze składnikami (sól, cukier, tłuszcz, 'sztuczne' związki chemiczne).

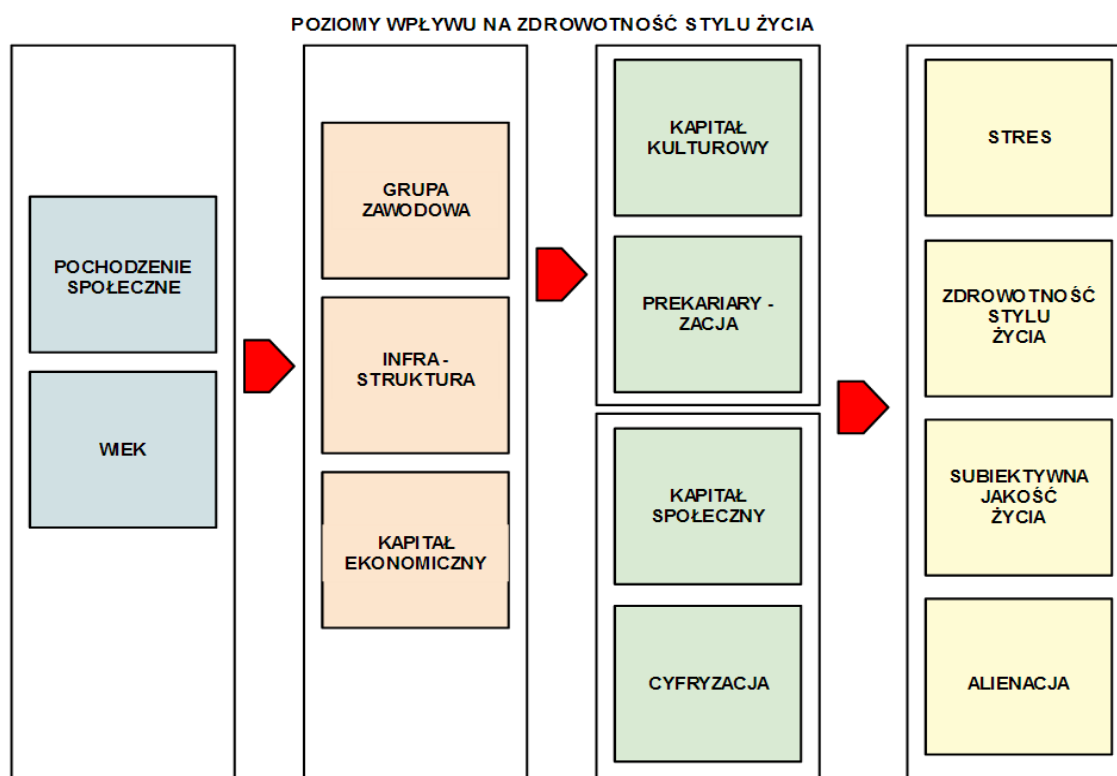
Aby przezwyciężyć niektóre z powyżej opisanych problemów zastosowano dwie analizy, modelowanie równań strukturalnych oraz gradacyjną analizę danych, które na swój sposób, każda odmiennie, próbują sobie z nimi radzić.

Modelowanie równań strukturalnych pozwala na testowanie całej matrycy czynników wspólnie, uwzględniając wzajemny wpływ każdego z nich w projektowanym modelu. Dzięki temu możliwe jest nie tylko statystyczne wyznaczenie całościowej siły wpływu, ale równocześnie kontroli podlegają pozorne zależności między uwzględnionymi w modelu zmiennymi. Dwudziestotrzyprocentowe wyjaśnienie zmienności zdrowotności stylu życia, może być postrzegane jako niewystarczające, jeśli jednak uwzględnimy skomplikowanie badanego zjawiska i uświadomimy sobie liczbę potencjalnych cech, które mogą na nie wpływać, uzyskany wynik nie wydaje się bagatelny. Warto jeszcze raz zwrócić uwagę, że w różnych konfiguracjach kulturalnych czy społeczeństwach te same czynniki mogą odgrywać odmienną rolę.

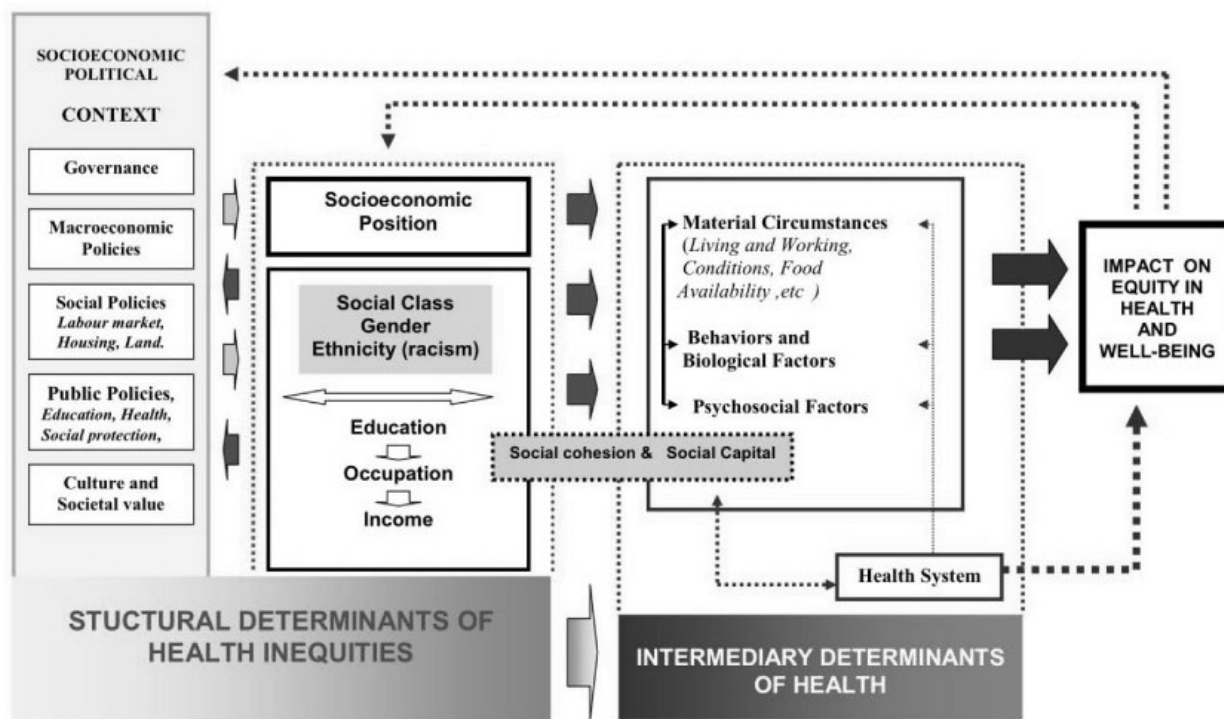
W zaproponowanym modelu, który spełnił wszystkie formalne wymogi stawiane w ramach tego podejścia, kluczowymi czynnikami okazały się płeć, wiek, religijność, a także cyfryzacja. W mniejszym stopniu wpływ okazały się mieć różne wymiary zdrowia, społeczne ułożenie (pozycja zawodowa, alienacja, zaufanie, pochodzenie czy infrastruktura) oraz wyróżnione formy kapitałów (społeczny, kulturowy, ekonomiczny). Modelowanie równań strukturalnych okazuje się więc weryfikować niektóre z osobno wyznaczanych zależności. Nadal co prawda duże znaczenie mają zmienne 'demograficzne': płeć i wiek, co umocowuje wcześniej opisane mechanizmy ich wpływu, ale poza nimi znacznego znaczenia nabierają religijność i cyfryzacja, cechy które stosunkowo rzadko postrzegane są jako ważne wyznaczniki prozdrowotnego stylu życia, a tym samym są ignorowane jako potencjalne sposoby oddziaływania. Szczególnie zaskakujący jest, jak mogło by się wydawać, przeciwstawny charakter tych dwu ostatnich zmiennych. Religijność kojarzona jest zazwyczaj z konserwatyzmem i zakorzeniem w tradycji, podczas gdy zaangażowanie w nowe technologie z liberalizmem i modernizmem. Być może wyjaśnienia tej sprzeczności należy szukać w różnych formach społecznych, które odpowiadały by klasycznemu tonniesowskiemu wyróżnieniu dwóch rodzajów więzi społecznych, w przypadku religijności była by to wspólnota (Gemeinschaft), natomiast w przypadku cyfryzacji stowarzyszenie (Gesellschaft) [30]. Nie rozwijając tego w tym miejscu warto zauważyć, że może nie charakter tych więzi ma znaczenie, ponieważ każda działa na swój sposób, ale samo ich istnienie - problemem był by po prostu ich brak. Wreszcie można wyobrazić sobie projekt w którym jakaś mieszanka tych więzi

(wspólnoty i stowarzyszenia) dawała by lepsze rezultaty. Modelowanie równań strukturalnych pozwoliło określić także zmienne o mniejszym wpływie, jak i te których bezpośredni wpływ na poziom zdrowotności stylu życia jest znikomy. Zaskakująca jest w tej ostatniej grupie obecność czynników opisujących różne wymiary zdrowia jak i pozycję ekonomiczną (Grupa Zawodowa, Kapitał Ekonomiczny, a także Pochodzenie Społeczne).

Bazując na sile oraz potencjalnych logicznych zależnościach można wyznaczyć dwie główne ścieżki wpływu w zaproponowanym modelu, z czego jedna powiązana jest ze zdrowotnością stylu życia. Wiodła by ona przez poszczególne poziomy, które wyznaczane były by przez poziomy wcześniejsze.



Ścieżka ta w sposób niezamierzony zbliża się do propozycji Komisji do Spraw Społecznych Uwarunkowań Zdrowia przy Światowej Organizacji Zdrowia, która pod postacią poniższego schematu przedstawia główne kategorie determinantów zdrowia i nierówności zdrowotnych [31]. W podobny sposób argumentują również epidemiolodzy społeczni oraz niektórzy socjologowie medycyny.



Na rzecz takiego ujęcia, poza wynikami empirycznymi, przemawia z jednej strony czasowy porządek zdarzeń (pochodzenie społeczne poprzedza kapitał kulturowy), z drugiej zaś pewna nadrzędność (fundamentalność) niektórych zjawisk nad innymi (wiek może wpływać na kapitał ekonomiczny, ale nie odwrotnie).

Natomiast gradacyjna analiza danych wyznaczając kilka podstawowych skupień pozwala scharakteryzować na ich podstawie główne grupy społeczne w relacji do poziomu zdrowotności stylu życia, nie uprzywilejowując żadnej z badanych cech, ale bazując na jak najlepszym dopasowaniu poszczególnych skupień. Ogólne zależności znajdują także w tym podejściu badawczym swoje potwierdzenie. Klastry z bardziej prozdrowotnym stylem życia to młodzi ludzie, zdrowi (we wszystkich wymiarach), o wyższym pochodzeniu społecznym, zintegrowani ze społeczeństwem (infrastruktura, cyfryzacja, alienacja), o wysokiej pozycji ekonomicznej, znacznych kapitałach społecznym i kulturowym, z wysokim poziomem zaufania i niskim poziomem prekariaryzacji oraz religijności.

Wielowymiarowa analiza treści pozwoliła określić podstawowe formy oraz zagadnienia prezentowane na stronach najpopularniejszych portali internetowych. Uwzględniając różne jednostki analizy (tytuły artykułów, artykuły, obrazki oraz całościowy przekaz), a także rozpatrując materię w sposób ilościowy oraz jakościowy można stwierdzić co następuje. Przede wszystkim wśród prezentowanych treści przeważają te dotyczące odżywiania, następnie aktywności fizycznej

oraz masy i sylwetki, natomiast w zdecydowanie mniejszym stopniu odnoszące się do palenia papierosów i spożywania alkoholu. Najczęściej występują tradycyjnie pisane artykuły z dodatkiem pojedynczych ilustracji, rzadziej serie ilustracji z krótkimi podpisami, sporadycznie natomiast strony zawierają pliki wideo (co będzie się wiązać przede wszystkim z charakterem samych portali). W badanym okresie najwięcej wyróżnionej tematyce artykułów zamieściły na swoich stronach (lub współpracujących z nimi) portale interia.pl i wp.pl, wyraźnie mniejszą ilość gazeta.pl oraz onet.pl.

W celu uwiarygodnienia podawanych informacji stosuje się przede wszystkim dwa zabiegi: powołuje się na opinie ekspertów oraz przywołuje się przeprowadzone badania. Dodatkowo pojawiają się jeszcze dwa mechanizmy: odwoływanie się do konkretnych przypadków oraz posługiwanie się liczbami. W tym kontekście warto również zwrócić uwagę na różny poziom stanowczości (nie zawsze uzasadnionych) z jaką formułowane są wskazówki dotyczące zachowań. Poza nakazami i zakazami, które są najbardziej kategoryczne, pojawiają się również zalecenia, ostrzeżenia oraz wyjaśnienia (mające głównie zaspokoić ciekawość).

Zarówno pod względem ilości opisywanych aspektów poszczególnych praktyk (m. in. składowe, zależności, sposoby wykonania, rodzaje, wpływ na zdrowie, normy i ryzyko, itd.), jak też liczby propozycji odnoszących się do tych aspektów (np. kilkanaście rodzajów form aktywności fizycznej, kilkadziesiąt rodzajów diet) z zaprezentowanego przekazu wyłania się obraz bardzo zróżnicowany i niejednoznaczny (sprzeczności oraz słabo uzasadnione konkluzje), a także złożony (ze względu na ilość elementów) i skomplikowany (ze względu na ilość zależności między elementami). Ma to swoje konsekwencje w możliwościach absorpcyjnych odbiorców, którzy wystawieni na te treści pozostają bezradni wobec braku jednoznacznych kryteriów na podstawie których mogliby je oceniać. Konieczność podejmowania decyzji w obliczu tak złożonej materii i jednocześnie w odniesieniu do codziennych zwykłych czynności musi wiązać się ze znacznym obciążeniem po stronie jednostek, zarówno jeśli chodzi o konieczne kompetencje (wiedzę na te tematy oraz umiejętności np. kulinarne, treningowe, zarządzania czasem itp.), jak i potrzebne do wdrożenia tych zaleceń zasoby. Nie dziwi zatem fakt, iż jest on zauważany przez nadawców przekazu, że wiele jednostek nie jest w stanie sprostać tym oczekiwaniom. Dla tych osób proponowane są dwie podstawowe formy pomocy: eksperci, którzy oferują swoje usługi oraz różnorodne, zazwyczaj traktowane jako doraźne, sposoby i triki.

Biorąc pod uwagę dominujące treści (czy to opisywane aspekty zachowań, czy prezentowane produkty) zasadne jest stwierdzenie, że przekaz odbiega od potrzeb zdrowotnych (w zakresie w jakim określane są one przez główne determinanty zdrowia oraz dyrektywy higieniczne). Szczególnie widoczne jest to w odniesieniu do niewielkiego udziału w badanym komunikacie

aspektów dotyczących tytoniu oraz alkoholu, jak również w nadreprezentacji (w stosunku do znaczenia) takich produktów jak kawa, herbata czy czekolada, oraz rzadkich (wręcz egzotycznych) aktywności (seksy dance) i produktów. W tym można upatrywać wpływu mechanizmów rynkowych, czy to postrzeganych jako presja finansowa ze strony producentów, czy też forma autoregulacji polegająca na doborze tematów przyciągających uwagę odbiorców (funkcja fatyczna komunikowania). Niewątpliwie ograniczona liczba artykułów dotyczących tytoniu oraz alkoholu wiąże się przede wszystkim z zakazami reklamowania tych produktów w mediach.

Formułowany komunikat charakteryzuje się również wyraźnie wyznaczonymi odbiorcami do których jest kierowany. Szczególnie wyróżnioną pod tym względem kategorią są kobiety, do których podstron przenoszą linki trzech z badanych portali oznaczone jako "Styl życia" (np. podkategoria 'Styl Życia' na głównej stronie portalu gazeta.pl przenosi do podstrony kobieta.gazeta.pl). Ponad 2/3 wszystkich zamieszczonych ilustracji pokazuje kobiety, a spośród domniemanych odbiorców artykułów kobiety dwukrotnie górują nad mężczyznami. Również treści prezentowane w odniesieniu do ról płciowych powielają powszechne przekonania z nimi związane (np. na ilustracjach kobiety ponad trzykrotnie częściej pojawiają się w kontekście masy i sylwetki, natomiast mężczyźni ponad dwukrotnie częściej w odniesieniu do aktywności fizycznej). Wśród innych ważnych kategorii społecznych zdecydowanie dominują ludzie młodzi, dobrze sytuowani i w pełni sprawni.

Ilościowa analiza występowania słów, czy to blisko siebie, czy też w podobnym kontekście, wskazuje na występowanie pewnego kontinuum znaczeń, którego jeden kraniec wyznaczają pojęcia Zdrowia, Życia, zmiany wagi (Odchudzanie i Tycie) oraz Diety, obok (ale bardziej równoległe do niej) znajduje się grupa pojęć związanych z Ciałem i Ćwiczeniami, dalej natomiast pojęcia Medycyny, Choroby i Badań, a na drugim końcu pojęcia Papierosów, Narkotyków, Alkoholu i Śmierci. Łącuch ten można analizować z jednej strony jako wskazywanie zależności, gdzie poszczególne grupy powiązanych pojęć tworzą całościowe ogniwa: Zdrowie i Życie wyznaczone przez Dietę i zmianę wagi, Ciało połączone z Ćwiczeniami, a szkodliwe substancje ze Śmiercią. Z drugiej zaś strony jako sekwencję zdarzeń, w której Medycyna, Badania i Choroby pośredniczą między Zdrowiem i Życiem a Śmiercią. Wskazuje, to także, że nadal rozpowszechnione jest wyobrażenie o zasadniczej odmienności zdrowia i choroby (a nie chorobie jako tego negatywnego wymiaru zdrowia), a medycynie przypisuje się wciąż głównie rolę naprawczą (a nie zapobiegawczą). Zdrowy styl życia, zgodnie z tym kontinuum, w prozdrowotnym wymiarze zawiera dietę, zmianę wagi i ćwiczenia, w antyzdrowotnym natomiast papierosy, alkohol i narkotyki.

W tym kontekście warto również zastanowić się jakie motywacje pojawiają się w

uzasadnieniach dla podejmowania prozdrowotnych działań i wyróżnić poza zdrowiem, opisywanym jako dobre samopoczucie, unikanie dolegliwości i chorób, także aspekty estetyczne, sprawnościowe oraz społeczne (dla innych). Sygnalizuje to także złożoność tych motywacji i ich zakorzenienie w systemie aksjonormatywnym (wartości i norm).

W samym centrum praktyk związanych ze zdrowym stylem życia znajduje się podmiotowość jednostek. Jest ona nie tylko podstawowym motorem działania i zmiany, ale również obiektem wpływu graczy rynkowych czy instytucji publicznych, w tym działających na rzecz zdrowia. Jednostka powinna dokonywać słusznych wyborów bazując na zaleceniach formułowanych przez ekspertów i przekazywanych przez media. Wybór choć naznaczony paradoksami, nie w pełni racjonalny i świadomy, jest jednak nieuchronny, nie podjęcie określonych działań jest również wyborem; a ponieważ wiążą się z nim określone konsekwencje służy jako wyznacznik różnych ocen, począwszy od szacowania ryzyka zdrowotnego, przez ocenę sprawności, moralności, estetyki, na całości osoby kończąc. Za wyborami stoją więc konkretne mechanizmy zaufania, odpowiedzialności, winy czy wstydu, które regulują na poziomie podmiotu jego zachowania. Pojawia się w tym miejscu sprawa norm, które, nawet jeśli w sposób przypadkowy i niespójny, są formułowane. Pod względem treści, w przybliżeniu, jak już stwierdzono odpowiadają one współczesnym zaleceniom w tej materii, choć podkreśla się często niejednoznaczności oraz pojawiają się także niepotwierdzone dyrektywy, jak te które dotyczą opisywanych produktów light/fit, detoksu, czy suplementów diety. Znacznie ważniejsza jest jednak kwestia tożsamości, którą jednostki nabywają podążając za danymi wskazówkami oraz kontroli społecznej, która przez formułowanie i wdrażanie tych zaleceń jest sprawowana. Tożsamość jak już wcześniej wspomniano (por. rozdz. 1) jest ściśle powiązana z ciałem i jego zarządzaniem oraz przynależnością do danych grup społecznych. Tym samym tożsamość formułuje się wokół ciągłej pracy nad jednością i spójnością ciała, zachowań i auto-narracji, oraz w podobieństwie i odrębności pozycji społecznych. Bardzo wyraźnie zalecenia formułowane jako zdrowy styl życia zawierają wszystkie te elementy: unikanie szkodliwych zachowań, podejmowanie działań usprawniających, praca nad sobą, utrzymywanie równowagi w życiu, a także przynależność do ekskluzywnych grup społecznych, posiadanie i eksponowanie atrybutów oraz artefaktów związanych z określonymi praktykami (jak odpowiedni strój do ćwiczeń, przybory do przygotowywania posiłków, bywanie w określonych miejscach, znajomość i podejmowanie określonej tematyki itp.). Tożsamość stanowi wreszcie pierwszy poziom kontroli społecznej. Na kolejnych poziomach, mniej lub bardziej sformalizowanych i zinstytucjonalizowanych, nakazów, zakazów i sankcji, klasyfikacji i naznaczania społecznego czy też stymulujących i regulacyjnych działań mających na celu realizację różnorodnych funkcji, interesów i wartości (systemu, podsystemów czy zaangażowanych

podmiotów), zdrowy styl życia pozostaje punktem odniesienia dla tych zabiegów. Pod tym względem szczególną uwagę zwracają kwestie dotyczące biowładzy i biopolityki, ponieważ zdrowy styl życia wyznacza standardy produktywnego życia w imię utrzymania ładu i organizacji społecznej oraz dla dobra samych jednostek. Powszechny przekaz opiera się tutaj na wzajemnych sprzecznościach takich jak: bądź sobą, ale powściągnij swoje niewłaściwe pragnienia; podążaj za zaleceniami, ale rób to zgodnie z własnymi przekonaniem; dbaj o siebie, ale wiele rzeczy nie jest od ciebie zależnych.

Opis poziomu zdrowotności stylu życia w społeczeństwie polskim oraz zależności między tym poziomem a niektórymi cechami (badanymi oddzielnie oraz wspólnie), a także treści prezentowanych w przekazach internetowych, jako reprezentacja przekazu medialnego, nie może ograniczać się wyłącznie do powierzchownej analizy empirycznej tego społeczeństwa (pozostawiania na poziomie potocznego wyobrażenia), ale stawia pytania o istotę i znaczenie zjawiska zdrowego stylu życia, charakter jego relacji do takich zjawisk jak jednostka, ciało i umysł, społeczeństwo czy kultura, a także kwestie praktyczne, w jaki sposób skutecznie poszerzać i pogłębiać prozdrowotne zachowania, oraz kwestie ideologiczno-etyczne, czy w ogóle to robić, w jakim zakresie i jakimi środkami.

Pierwsza kwestia jakiej należy się przyjrzeć dotyczy natury, sedna samego stylu życia. Istota stylu życia leży w trwałości działań podmiotu, które stają się w skutek swojej nawracającej aktualizacji nośnikiem i rezerwuarem więzi społecznych, treści kulturowych oraz władzy (w szerokim sensie panowania nad rzeczywistością). Przekraczający różne wymiary charakter stylu życia, szczególnego znaczenie nabiera w odniesieniu do czasu, poziomów życia społecznego, stałości i unifikacji podmiotu oraz adaptacji zbiorowości. Pierwszy aspekt dotyczy czasu. Styl życia będąc zakorzeniony w przeszłości i aktualizowany w teraźniejszości, zarazem skierowany jest ku przyszłości. Łącząc te trzy odcinki czasu nie może być pozbawiony któregośkolwiek z nich, nie tylko z uwagi na to, że horyzont zdarzeń, które go wyznaczają obejmuje je wszystkie, ale przede wszystkim dlatego, że konkretne zachowania odwołują się do wcześniejszych oraz wyznaczają kolejne. Zarazem cykliczność stylu życia, rytualizacja powszedniości, odtwarzane w regularnych odstępach czasu, w stałych miejscach, przy użyciu tych samych przedmiotów i z tymi samymi podmiotami zachowania, dają jednostkom poczucie trwania, porządku i tożsamości; stanowią niejako rdzeń osobowości.

Drugi aspekt wiąże się z różnymi poziomami życia społecznego, które określają działania jednostek w ramach struktur społecznych: mikrostruktury (rodzina, przyjaciele, kręgi znajomych, współpracownicy), mezostruktury (zakłady pracy, związki zawodowe, społeczności lokalne,

stowarzyszenia, związki wyznaniowe itp.) i makrostruktury (klasy społeczne, warstwy społeczne, państwa, grupy etniczne, narody) a także struktury globalnej (ogólnoludzka, ziemską). Style życia jako elementy kulturowe immanentnie przyporządkowane tym poziomom, to jest nabywane i odtwarzane przez jednostki na skutek i poprzez przynależność do rozmaitych grup społecznych, w działaniach tych jednostek integrują, koordynują i utrzymują te struktury.

Trzeci aspekt odnosi się do samej osoby i odpowiada za utrzymanie jej w sprawności i gotowości do podejmowania działań oraz za wytwarzanie wizerunku, na co składa się m. in. koordynacja ruchów ciała, dbanie o higienę osobistą i psychiczną, wyznaczanie i dążenie do celów, posiadanie przekonań i woli, itd., itp. Kluczową rolę odgrywa tu praca nad sobą, która pozwala scalić w spójną całość zarówno odbierane bodźce (przy pomocy różnych zmysłów) jak i, na wyższym poziomie, treści, ukierunkowane działania poszczególnych mięśni synchronizujące ich aktywność, a także kontrola stanów psychicznych, czy też systematyczność sekwencji działań i umiejętności posługiwania się narzędziami.

Wreszcie ostatni aspekt oznacza przenikanie i łączenie przez styl życia takich wymiarów jak natura i kultura, jednostka i zbiorowość, działanie i struktura, materialne i duchowe, realne i idealne itd. Fundamentalne pod tym względem jest znaczenie stylu życia jako strategii, mechanizmu przy pomocy którego następuje przystosowanie środowiska życia i przystosowanie do środowiska życia przez poszczególne zbiorowości. Właściwą kategorią opisową, którą można zastosować do ich analizy wydaje się być proces emergencji, pojawiania się i rozprzestrzeniania różnorodnych zjawisk, w tym też zjawisk kulturowych (wartości, idei, postaw).

Nabywanie stylu życia wiąże się z typowymi mechanizmami i źródłami socjalizacyjnymi. Zarówno więc socjalizacja pierwotna, przebiegająca podczas pierwszych lat życia, zazwyczaj w rodzinie i będąca rezultatem interakcji z najważniejszymi w tym okresie dla dziecka osobami, jak i wtórna, odbywająca się w mniej lub bardziej sformalizowanych formach, takich jak grupy i instytucje edukacyjne, rówieśnicze, religijne, prawne, pracownicze itp., wpływają na kształt stylu życia. W trakcie tego procesu następuje internalizacja dostępnych w danej kulturze (grupie społecznej) umiejętności i przekonań, które zostają ucieleśnione. Opisywane w pierwszym rozdziale pojęcia przyzwyczajenia (Kaufmann) czy habitusu (Bourdieu), stają się bazą podmiotowości jednostki oraz elementem integracji, koordynacji i ukierunkowania działań zbiorowych.

Szczególnie przydatne są tu uwagi Catherine Malabou, odczytującej współcześnie Hegla: nawyk staje się warunkiem adaptacji przez pasywną absorpcję środowiska oraz sposobem ćwiczenia, informującym i transformującym otoczenie, przywłaszczającym dane warunki dla własnych funkcji. Nawyk daje jednostce wrażenie swojej istoty jako czegoś ciągłego - wrażenie

osobowości. Człowiek jest jedynie tym, co robi i jedynie wyraża to, co stanowi. Ciało człowieka staje się „znakiem duszy”. Nawyk, proces gdzie psychika i somatyka są transponowane na siebie nawzajem, to autentyczna plastyczność. Ta plastyczności jest spotkaniem między habitusem a ideałem. Przez władzę samo-powtarzania, nawyk tworzy w człowieku warunki dla odwracalności psychicznych i fizycznych właściwości. Przez przenikanie psychiki i fizyczności, osiągnane jako wynik powtarzalnych ćwiczeń, człowiek jest zdolny odkryć właściwą miarę swoich możliwości i zyskuje naturę przez mechanizm nawyku: „Nawyk jest trybem odczuwania przetworzonym w naturalną i mechaniczną egzystencję”. Zewnętrzna zmiana na skutek powtarzania staje się tendencją wewnętrzną dla podmiotu, jest przekształcana w dyspozycję, a podatność, poprzednio pasywna, staje się aktywna. Nawyk jest więc procesem przez który człowiek kończy na chceniu lub wybieraniu tego, co przychodzi do niego z zewnątrz; wola jednostki nie musi przeciwstawiać się presji zewnętrznego świata - wola uczy się stopniowo chcieć tego co jest. Nawyk tworzy wirtualną istotę, działając jako pośrednik w opozycyjnej strukturze (rzeczywiste-idealne) i zmniejsza dystans między przeciwnościami. W plastycznej jednostce, umysł (świadomość) czyni się widocznym przez styl, który reprezentuje dystynktywny sposób zachowania. Plastyczna jednostka ma, przez wpływ swojego stylu, władzę by przekazać to, co przedstawia. Ponowne połączenie nawyku z idealnym ma dwa znaczenia: idealne zostaje wcielone, daje swoją duchową formę osobliwemu podmiotowi, który ze swojej strony, przekształca idealne w formę. To co zaczyna się jako przypadkowy fakt, poprzez ciągle powtarzanie tych samych gestów, przez praktykę, osiąga integralność formy. Wytworzona przez nawyk, odrębność plastycznej jednostki staje się istotą po fakcie. Ta władza to władza nawyku. Nawyk zaś jest procesem, w którym warunkowe staje się konieczne [32].

Powyższy opis, oddawany w potocznym stwierdzeniu „przyzwyczajenie jest drugą naturą człowieka”, dobrze ukazuje jakie zależności występują między jednostką, w jej zarówno cielesnym jak i psychicznym wymiarze, a jej otoczeniem (również w materialnej jak i duchowej postaci). Nawyk (habitus) staje się kategorią centralną dla samej jednostki określając jej istotę w kategoriach zachowania, pokazując zarazem jej trwałość jak i zmienność, jej wewnętrzność jak i zewnętrżność. Plastyczność pozwala jednostce na dostosowanie się do zmieniających się warunków, co wymaga zaangażowania w tym procesie ciała i psychiki, lecz równocześnie przejmuje te warunki niejako na własność, stają się one, przez inkorporację, jej częścią. W tym miejscu pojawia się również proces emergencji, to sposób w jaki jednostka na bazie wypracowanych nawyków, które uaktywniane są (pół)automatycznie, nadbudowuje czy też nakłada, kolejne warstwy działania (np. korzystając z umiejętności czytania i poruszania się oddaje głos w wyborach). We współczesnym ujęciu ta plastyczność zostaje przekształcona (zaprężnięta) w projekt, którym staje się sama jednostka, a więc w mniej lub bardziej precyzyjnie zaplanowaną wizję tego czym dana jednostka powinna się

stać, przy pomocy jakich zasobów, w jakim czasie i jakim nakładem pracy (odnosi się to zarówno do kryteriów samorealizacji jednostek w ramach klasy średniej, jak i osób wykluczonych). Oczywiście nie tylko ona sama, ale również inne osoby i instytucje zaangażowane są w ten proces.

Styl życia można zdefiniować jako manifestowaną w działaniu uogólnioną postawę wobec świata (w tym samego siebie), która posiada określony kierunek i moc, czyli znaczenie i władzę. Kierunek stylu życia należy rozumieć jako atraktor, czyli ośrodek wokół którego ogniskuje się główna aktywność podmiotu (często mamy do czynienia z policentrycznością, czyli wyróżnia się więcej ośrodków, które powinny pozostawać w równowadze, ale czasami możemy mówić o monocentryczności, np. uzależnienia, depresja, trauma, itp.). Potencjalne badania mogłyby polegać na analizie aktywności podmiotów w różnych przestrzeniach topologicznych (np. geograficznych, czasowych, nabywania i wydatkowania energii, zdobywania i wydawania pieniędzy, użytkowania przedmiotów, kontaktów z innymi ludźmi, instytucjami itp.). Tym samym styl życia jest całością składającą się z części, która wskutek wzajemnego odniesienia ich do siebie nawzajem oraz otoczenia, wykuwa znaczenie w działaniu i wytwarza działanie przez znaczenie. Ponieważ wielopoziomowa cykliczność stylu życia oznacza spiralny i fraktalny charakter praktyk, możemy mówić o stabilności lub zdolności układu do utrzymania cykli (np. efekt Diderota). Zarazem styl życia jest płynnym układem względnie autonomicznym, co możemy obserwować np. gdy brak jest wymaganych zasobów (i następuje fabrykacja, sztukowanie zasobów) lub podczas konwersji (gdy mamy do czynienia z radykalną zmianą) itp., itd.

Na poziomie zbiorowości wytwarzane są wzory kulturowe, przeznaczone dla jednostek i wdrażane w życie w ramach poszczególnych podsystemów społecznych, a w dzisiejszych czasach, często na poziomie refleksyjnym, określane na podstawie badań naukowych. Wzory kulturowe (jako wartości, normy, postawy, zachowania, symbole) wyznaczają nie tylko ramy egzystencji, pod postacią preferowanych, dopuszczanych i narzucanych praktyk, sposobów percepcji i oceny, w odniesieniu do poszczególnych jednostek, ale również stanowią strategie i instrumenty działania dla zbiorowości. Przy pomocy tych strategii i instrumentów dochodzi do reprodukcji biologicznej, społecznej i kulturowej, a tym samym realizuje się freudowski popęd śmierci.

Zasadnicze zagadnienie dotyczy społecznych procesów i elementów kształtujących style życia. Przede wszystkim klasyczny podział na grupy społeczne i kategorie w odniesieniu do stylu życia zdaje się nie wypełniać swojej funkcji. O ile tradycyjne elementy takie m. in. jak rodziny, grupy zawodowe, klasy i warstwy społeczne, płeć, wiek, rasa i etniczność, nadal odgrywają bardzo ważne role, o tyle wyraźnie tracą na znaczeniu na rzecz 'nowych' form społecznych takich jak sieci społeczne czy właśnie style życia. Co więcej nie jest to tylko efekt zmiany percepcji w polu naukowym, ale również efekt przemian zachodzących w tych, traktowanych jak tradycyjne,

elementach (szczególnie w rodzinie i klasach społecznych). W rozdziale drugim zaproponowano jeszcze dwie formy zbiorowości: rój i wielość, które nie tyle mają być alternatywami dla klasycznych pojęć, co raczej ich dopełnieniem. Do ich zalet można zaliczyć przede wszystkim większą elastyczność i uwzględnianie zjawisk sieciowych. Nie są to jednakże koncepty kompletne, ani też zgodne ze sobą nawzajem. Formy te w większym stopniu niż pozostałe wydają się być wrażliwe na działania systemowe, nie przyjmując jednoznacznie podrzędnej czy też nadrzędnej w stosunku do nich pozycji, a także odwołują się wyraźnie do podmiotowości jednostek. W tym sensie stanowią też pewną odpowiedź na proces indywidualizacji. Rój wydaje się zbieżny ze stylem życia ze względu na wyznaczany kierunek oraz podejmowane działanie, zarazem nie jest od wewnątrz centralnie sterowany, a w określaniu kierunku podmioty orientują się na siebie nawzajem oraz środowisko. Natomiast wielość, analogicznie jak styl życia, opiera się na powiązaniu życia i sfery symbolicznej, i oznacza polityczne oraz ekonomiczne zaangażowanie, które pozostaje niezależne od działań systemu. Względna swoboda, która cechuje te formy zbiorowości pozostaje także głównym potencjalnym źródłem emancypacyjnym stylu życia: w stopniu w jakim formy te mogą opierać się działaniom systemowym oraz je ukierunkowywać. Wspomniana wcześniej emergencja jest sposobem w jaki samoistnie może dochodzić do wyłaniania się nowych struktur społecznych i rozwiązań. Różnice w stylach życia między poszczególnymi grupami społecznymi stanowią nie tylko element spajający od wewnątrz te grupy, ale również pozwalający orientować się im w relacji do innych grup i wyodrębniać na zewnątrz. Tym samym istnienie odrębnych i przeciwstawnych stylów życia jest nieodzownym zjawiskiem związanym z istnieniem różnic społecznych, które nie mogą być zniesione bez usunięcia tych różnic.

W tym kontekście pytanie o prawomocne style życia dotyka kwestii władzy, dominacji, hegemonii i autorytetu. Jak już wcześniej wspomniano styl życia w jego popularnej (zindywidualizowanej i opartej na wyborze) wersji jest wybitnie koncepcją przynależącą do klasy średniej (tj. przedsiębiorców, prawników, architektów, lekarzy itd., szczególnie tzw. nowej klasy średniej opartej na wiedzy), jest wyrazem jej przekonania o swobodzie kształtowania własnego losu. Dwie pozostałe klasy, w uproszczeniu, albo nie są zainteresowane zmianą własnego losu (klasa wyższa), albo nie mają po temu środków (klasa niższa). W stopniu w jakim klasa średnia jest głównym stabilizatorem systemu demokracji liberalnej wyznacza prawomocne standardy dla siebie samej oraz klasy niższej (klasa wyższa dysponuje odpowiednimi zasobami żeby skutecznie je ignorować). Nie drążąc zagadnienia zależności stylów życia od pozycji klasowej, zauważyć należy, że styl życia może być analizowany oddzielnie od pojęcia stylizacji, rozumianego jako proces kształtowania swojego życia przez dokonywanie takich, a nie innych wyborów, w danych warunkach i przy wykorzystaniu danych zasobów. Możemy mówić tu o stylizacji pierwotnej, która

oznacza tworzenie nowych praktyk (dizajn) oraz wtórnej, czyli naśladowczej (stylizować się na kogoś). Pojęcie stylizacji pozwala wyszczególnić dwa dodatkowe elementy: strefy wyborów, czyli aspekty życia dostępne względnie swobodnym decyzjom podmiotów oraz źródła stylizacji, czyli podmioty kreujące upowszechnione i prawomocne rozwiązania.

Prowadzi to do pytania o zakres wpływu systemu i jego komponenty. W relacji do stylu życia główne aspekty systemu dotyczą rynku, nauki, technologii i mediów, które pozostają ze sobą oraz innymi elementami (system edukacyjny, prawny, religijny, polityczny, zdrowotny itd.) w bezpośrednich zależnościach i tworzą całościowo jeden system. W pierwszym rozdziale opisano najważniejsze procesy, które przetaczają się przez współczesne społeczeństwa (globalizacja, hiperkapitalizm, technicyzacja, detradycjonalizacja i racjonalizacja, ryzyko, mediatyzacja i usieciowienie) i które nadają kształt współczesnemu życiu.

Nie przypadkiem drugim ważnym zjawiskiem współczesnego świata obok stylu życia, który odzwierciedla samą egzystencję, kondycję cielesną i duchową człowieka, jest zdrowie. Zdrowie definiowane tu jako zdolność do efektywnego działania - przy czym działanie odnosi się do całego podmiotu (wraz z poszczególnymi jego układami) w relacji do jego otoczenia, systemu społecznego. Problematyka zdrowotna dawno wykroczyła już nie tylko poza negatywny (choroba) i naprawczy wymiar, ale również, przez działania prewencyjne, higieniczne, związane z promocją zdrowia i zdrowiem publicznym, poza wymiar jednostkowy. Wszechstronne pomiary, kategoryzacje, orzeczenia i działania korygujące zarówno w odniesieniu do pojedynczych osób, grup ryzyka jak i samego środowiska stanowią zwyczajne działania w systemie zdrowotnym. Każda z tych aktywności wymaga podstawy do działania, wymaga legitymizacji, którą dostarczają przede wszystkim badania naukowe i tworzona na ich bazie wiedza oraz normy zdrowotne. Dla socjologii medycyny, inaczej niż dla innych subdyscyplin medycznych, naturalnym do analizy tego zjawiska pojęciem będzie medykalizacja i to w jej współczesnym wariacie określanym mianem biomedykalizacji oraz heltyzmu (healthism). Medykalizacja w swoim klasycznym ujęciu odnosiła się do przejmowania kontroli nad stanami i zachowaniami (głównie, choć nie tylko, dewiacyjnymi) przez instytucje medyczne, co wiązało się z wycofywaniem się z tych sfer życia innych instytucji (religijnych, prawnych, obyczajowych), rozbudowywaniem systemu zdrowotnego (rosnąca liczba szpitali, przychodni, lekarzy, testów medycznych itp.) oraz przyznawaniem większej władzy personelowi medycznemu, pozostającego na usługach grup dominujących [33]. Natomiast współczesna medykalizacja nie ogranicza się już wyłącznie do tych sfer i nie jest skoncentrowana na systemie medycznym. Z jednej strony rozwój wiedzy znacznie poszerzył sferę czynników odpowiedzialnych za zdrowie, do tego stopnia, że próba kontroli tych czynników na starych zasadach przez medycynę wiązała by się z koniecznością budowy jednego wielkiego światowego

szpitala (jednym z takich zjawisk mających ogromny wpływ na zdrowie i powszechnie dziś dyskutowanym jest bieda, co wskazuje potencjalne pole ingerencji). Z drugiej strony aspekty, które jeszcze niedawno pełniły rolę przyczyn, dziś stają się chorobami: nadciśnienie, hipercholesterolemia, otyłość, jak również depresja czy przewlekły stres. Granice zależności zdrowotnych oraz poziom interwencji medycznych nieustannie rosną, a sferami które w ostatnich latach budzą największe emocje i oczekiwania są genomika i nauki o mózgu. Podstawowe paradygmaty zdrowotne uległy przemieszczeniom, tworząc odmienne perspektywy ujmowania problemów zdrowotnych oraz odmienne praktyki społeczne z nimi powiązane. Do kluczowych różnic zaliczyć można orientację na zdrowie w jego wymiarze pozytywnym (nie na patologii jak dotychczas), działania nastawione na wzmacnianie zdrowia i unikanie potencjalnych kłopotów z nim związanych (raczej czynności wyprzedzające, niż naprawcze), oraz wykorzystanie zdobyczy naukowych i zaawansowanej technologii w procesie nadzorowania i wpływania na zdrowie. W konsekwencji współczesne zainteresowania koncentrują się na (bio-) polityce samego życia, biokapitale i bioekonomii, a także zaangażowaniu różnych grup społecznych w innowacyjne techno-naukowe działania [34].

Zjawisko zdrowego stylu życia, powiązane z promocją zdrowia i zakorzenione w zmianach systemu zdrowotnego zainicjowanych w latach 70-tych XX w., wpisuje się wyraźnie w proces medykalizacji, ukazując jej totalizujący i rozmyty charakter. Jako główny przejaw tego zjawiska należy uznać podporządkowywanie egzystencji człowieka wartości zdrowia, wyznaczanego i zarządzanego przez system zdrowotny, przy czym określanie wskaźników zdrowotnych, czynników ryzyka i dyrektyw prozdrowotnych nie odbywa się wyłącznie w ramach samej medycyny, ale dotyczy również takich dziedzin naukowych jak dietetyka, wychowanie fizyczne i fizjoterapia, czy psychologia. Wartość zdrowia w społeczeństwie polskim nieustannie rośnie, co oznacza również coraz większe przywiązywanie wagi do różnorodnych związanych z nim zaleceń i praktyk [35]. Stając się elementem, którym zainteresowane są nauki o zdrowiu, sam styl życia zaczął być traktowany w kategoriach patologii, w czym wtórują mu dotychczasowe sfery definiujące rzeczywistość w kategoriach dewiacyjnych: prawo (przestępstwo i wykroczenie), religia (grzech), normy zwyczajowe i obyczajowe (zwracanie uwagi, piętnowanie, ostracyzm towarzyski), a także niektóre nowsze, jak edukacja. Stygmatyzując niektóre zachowania jako antyzdrowotne (tradycyjnie np. palenie tytoniu, nadmierne picie alkoholu, rozwiązłość seksualna, czy konsumpcja substancji psychoaktywnych, oraz coraz częściej otyłość, objadanie się i brak aktywności fizycznej), określając grupy ryzyka i kierując do nich konkretne komunikaty oraz działania, wykluczając z niektórych praktyk społecznych, czy też dyskryminując w mniej lub bardziej otwarty sposób, zdrowy styl życia zaczął wyznaczać standardy dla egzystencji.

Zarazem postępująca świadomość wpływu codziennych zachowań i decyzji na zdrowie przekształca się pod naporem innych współczesnych procesów, zwłaszcza indywidualizacji, technicyzacji, globalizacji, hiperkapitalizmu czy też specyficznej medycznej anomii (np. brak norm estetycznych dotyczących wyglądu ciała pozostawia decyzję w rękach poszczególnych klientów chirurgii plastycznej). Oznaczają one w odniesieniu do zdrowego stylu życia pokładanie coraz większej odpowiedzialności za zdrowie w jednostkach, wyposażanie podmiotów w różnorodne zaawansowane technicznie urządzenia służące do wspomaganie całodobowej kontroli ich zachowań (w tym także dostępu do wiedzy), upowszechniania się na całym świecie głównych zaleceń prozdrowotnych jako uniwersalnych oraz rosnące mobilności i przepływy, a także utowarowienie zdrowia.

Proces medykalizacji również w odniesieniu do zdrowego stylu życia można rozpatrywać (zgodnie z analizami Michela Foucault i coraz większego grona jego kontynuatorów) jako element biowładzy. Egzystencja człowieka w wymiarze cielesnym i umysłowym staje się celem oddziaływania władzy, wykraczając poza regulacje prawne. Zdrowy styl życia staje się w tej perspektywie techniką siebie, wokół której podmioty tworzą własną tożsamość, uświadamiają sobie swoje pozycje i role społeczne oraz doświadczają siebie jako obiekty poddane władzy. Populacja zarządzana jest przy pomocy norm i praktyk dyscyplinujących, które w przypadku zdrowego stylu życia formułują standardy postępowania w relacji do swojego ciała (higiena, wygląd, odżywianie, aktywność fizyczna), psychiki (techniki radzenia sobie ze stresem, mobilizacji i koncentracji, czy substancje farmakologiczne) oraz innych ludzi (kontakty osobiste, rodzinne, zawodowe, seksualne itd.). Adekwatnie do wcześniejszych uwag na temat indywidualizacji, współcześnie przede wszystkim na jednostce spoczywa zadanie dopasowania się do wymogów i oczekiwań otoczenia, ale istnieje również system nadzoru, który przy pomocy różnych instrumentów stara się ukierunkować działania podmiotów i zbiorowości. Poza czynnościami socjalizującymi i związanymi z konstruowaniem prawomocnych grup odniesienia, w przypadku zdrowego stylu życia mamy jeszcze do czynienia z działaniami systemu zdrowotnego, czy to przez formułowanie ogólnych ostrzeżeń i zaleceń (prezentowanych pod postacią ulotek, plakatów, kampanii medialnych, czy też w artykułach prasowych, programach telewizyjnych, albo na stronach internetowych), przez aktywność zorientowaną na konkretne grupy ryzyka (uświadamiającą, skryningową), orzecznictwo medyczne (praca, niepełnosprawność, prawo jazdy, itd.), jak również przez działania kontrolne, które mają miejsce podczas kontaktów pracowników służby zdrowia z pacjentami (wówczas pomiar wskaźników zdrowotnych i ocena ryzyka zdrowotnego wiąże się w sposób spersonalizowany z poradami zdrowotnymi).

Pojęcie zdrowia i zdrowego stylu życia wiąże się z poważnymi ograniczeniami nad którymi nie

można przejść do porządku dziennego w analizie tych zjawisk. Z jednej strony zdrowie jest rezultatem procesu ewolucji, który w sposób czysto przypadkowy (jak twierdzą biolodzy) doprowadził do obecnego stanu w jakim znajduje się ludzkość. Świadczą o tym zarówno nieprzydatne części ciała jak wyrostek robaczkowy, procesy które nam towarzyszą jak pocenie, wypadanie dysku, czkawka czy schizofrenia, jak również tzw. śmieciowe DNA. Nie tylko więc nie możemy określić tego stanu jako ukończony, ale biorąc pod uwagę nieustannie zmieniające się warunki życia musimy uznać, że nie jest możliwe wyznaczenie danych parametrów biologicznych czy psychicznych jako docelowe z ewolucyjnego punktu widzenia. Co więcej coraz wyraźniej do publicznej debaty przebijają się tezy, że współczesna medycyna przyczynia się do pogarszania się genetycznej puli populacji. Z procesem ewolucji wiążą się także różnice osobnicze między ludźmi, będące wynikiem mutacji i tworzące nieredukowalne do jednej normy spektrum cech (np. mutacja w genie CTFR: odporność na odwodnienie i dur brzuszny, a ryzyko mukowiscydozy). Z drugiej strony większość zaleceń zdrowotnych wiąże się z zasadą złotego środka, albo imperatywem dążenia do harmonii lub równowagi (ma to swój odpowiednik w definicjach zdrowia odwołujących się do homeostazy, jak również w definicjach holistycznych), oznacza to prymat umiarkowania nad ekscytem, podczas gdy to, co zapewnia człowiekowi rozwój i odróżnia go od zwierząt to ciągle przekraczanie granic, dążenie do niemożliwego i nadmiaru, który wykracza poza to co jest konieczne, zwykłe lub normalne [36, 37]. W ten sposób należy rozumieć nie tylko zejście człowieka z drzew i polowania na sawannie, podbój kosmosu czy himalaizm, ale również oddanie się pracy, poświęcenie się dla innych oraz testowanie nieznanymi rozwiązań. Tak więc zarówno ze względu na ewolucję jak i istotę człowieka (nie muszą być to oddzielne aspekty) zdrowie oraz zdrowy styl życia definiowane w kategoriach finalnych i umiarkowania wydają się wątpliwe. Mówiąc wprost, żadne z tych rozwiązań nie gwarantuje nam najlepszej strategii przeżycia gatunku oraz rozwoju cywilizacyjnego, chociaż w odniesieniu do pojedynczych jednostek, a także coraz większej części ludzkości oznaczają zmniejszenie śmiertelności, wydłużenie oraz poprawę jakości życia. Problemy z określeniem uniwersalnego zestawu norm dla wszystkich ludzi widoczne są nie tylko w wymiarze zdrowia społecznego, gdzie zasadnicze różnice kulturowe nie pozwalają stworzyć jednego skutecznego modelu instytucjonalnego (np. system demokratyczny, zdrowotny itp.), ale coraz częściej w wymiarach psychicznym (nauki o mózgu) i biologicznym (szczególnie wyraźne w genomice).

Z tymi ograniczeniami wiąże się ostatnie zagadnienie, które wymaga prezentacji, czyli ideologia. Ideologię należy rozumieć jako wytwarzającą matrycę, która reguluje relacje między widzialnym i niewidzialnym, wyobrażalnym i niewyobrażalnym, oraz przekształcenia w tych relacjach [38]. Jest ona względnym zamknięciem na poziomie reprezentacyjnym w określonych

warunkach historycznych, które strukturalnie ograniczają produkcję znaczeń w danych społeczeństwach i ich klasach społecznych [39]. Sformułowanie, które oddaje klasyczne znaczenie tego pojęcia jest marksowskie „oni tego nie wiedzą, ale to robią”, przy czym nie oznacza to, że rzeczywistość jest ukryta pod zniekształcającą ją maską, ale że zniekształcenie to wpisane jest w samą tę rzeczywistość, to nasza spontaniczna relacja do świata społecznego - to jakie nadajemy mu znaczenie. Kluczowe dla ideologii, jest to, że nie jest ona złudzeniem które ukrywa rzeczywisty stan rzeczy, ale że składa się ona z (nieuświadomianej) fantazji, która strukturalizuje naszą rzeczywistość społeczną. Przykładem może być fetyszizm towarowy, który stwierdza, że nie znamy, czy też błędnie rozpoznajemy samą rzeczywistość społeczną, gdzie nasza aktywność w wymianie towarowej ukierunkowana jest przez fetyszystyczne złudzenia. To, że przy pomocy pieniędzy możemy nabywać produkty, nie wynika z własności samego obiektu-pieniądza, ale miejsca jakie pieniądze (towary) zajmują w złożonej strukturze społeczno-ekonomicznych relacji. Towar nie jest po prostu zwykłym obiektem, który kupujemy i konsumujemy, ale obiektem pełnym metafizycznych subtelności. Co więcej współczesne jednostki są świadome, że pieniądze (towary) są uprzedmiotowioną formą odzwierciedlającą stosunki społeczne, to znaczy, że pod pozorem “relacji między rzeczami” znajdują się “relacje między ludźmi”. Współczesna uwzględniająca wszechobecny cynizm wersja opisującego ideologię hasła brzmiała by “oni wiedzą bardzo dobrze co robią, a jednak to robią” [40]. Przede wszystkim ideologia obecna jest w naszych działaniach, chociaż możemy ją również obserwować w przekazach medialnych i naszym myśleniu o świecie. Fetyszystyczne wyparcie: „wiem bardzo dobrze, ale mimo wszystko” jest podstawą codziennego postępowania; nawet gdy przewidujemy jego negatywne konsekwencje i tak zakładamy, że jakoś się ułoży (np. kryzys ekonomiczny może zdeprecjonować zaoszczędzone dotąd pieniądze, ale idę do pracy; katastrofa ekologiczna może zniszczyć świat, ale nie będę oszczędzać prądu; rak stanowi drugą w kolejności przyczynę zgonu, ale palę papierosy itp.). Nie jest przy tym niezbędna wiara w to co robimy; w wielu codziennych rutynowych działaniach czy też odświętnych rytuałach, bierzemy udział ze względu na innych, żeby podtrzymać relację, ale też wiarę drugiej strony. Często wystarcza nam przekonanie, że rzeczy działają niezależnie od naszej wiary w ich skuteczność. A jeśli zachowujemy się zgodnie z regułami pomimo tego, że w nie nie wierzymy (np. gwiazdka), na zasadzie samosprawdzających się przepowiedni, okazują się rzeczywiście skuteczne. Ideologia działa jako nie-ideologia, jako konieczność i użyteczność, a składają się na nią zarówno oficjalne reguły, jak i niewypowiedziane obsceniczne zasady drugiego poziomu, które mówią nam jak traktować te oficjalne. Podstawowym zadaniem ideologii jest radzenie sobie (ukrywanie, maskowanie) z antagonizmami, niekonsekwencjami, sprzecznościami i konfliktami społecznymi. Ideologia stanowi wyidealizowaną wizję ‘społeczeństwa’ które naprawdę nie może istnieć.

Ideologia wiąże się bezpośrednio nie tylko z organizacją społeczeństwa, ale również z podmiotowością jednostek, przez odwołanie się do wielkiego Innego (big Other) i produkcję przyjemności (enjoyment). Dzisiejszy człowiek traktowany jest przez autorytety (prawomocną władzę) jako podmiot przyjemności, a nie jako ten który powinien wypełniać swoje obowiązki, czy też poświęcać się. Ośrodek kontroli przesunął się z zewnętrznych strażników reguł działania w stronę wewnętrznego ośrodka (indywidualizacja), co oznacza, że podmiot powinien dążyć do tego by być sobą, realizować swój potencjał, wieść szczęśliwe i satysfakcjonujące życie. Konsekwencją tej zmiany jest nie tylko oczekiwanie by podmiot zachowywał się zgodnie z dominującymi zasadami życia społecznego, ale również by czerpał z tego przyjemność - nakłada na niego zobowiązanie do odczuwania przyjemności. Niemożność spełnienia przez jednostki tego nakazu w wystarczającym stopniu i zgodnie z oczekiwaniami, staje się powodem odczuwania winy. Wielki Inny jest zakorzeniony w porządku symbolicznym; a jako ideologia odnosi się do relacji między identycznością i odmiennością, oraz wynikającymi z nich stosunkami władzy (przez klasyfikacje, wykluczenia). Pojawia się on w dwóch wzajemnie wyłączających się modalnościach. Z jednej strony pod postacią ukrytego ośrodka oddziaływania, który kontroluje sytuację zza sceny (pod postacią Bożej Opatrzności, “niewidzialnej ręki rynku”, “logiki dziejów”, “żydowskiego spisku”), z drugiej natomiast jako ośrodek czystej zewnętrznej reprezentacji, która musi być za wszelką cenę chroniona. Wielki Inny jest zdecentralizowaną wiarą (zaufaniem w zewnętrzny porządek), którą podmiot przypisuje innym jednostkom i na którego przenosi swoją wiarę. To uogólniona postać, przed którą udajemy i utrzymujemy pozory (np. gdy jesteśmy sami) i która służy jako nasz powiernik, rejestruje nasze kłopotliwe położenie.

W interesującym nas temacie możemy mówić o ideologii przede wszystkim, w samej obietnicy zachowania zdrowia w przypadku podążania za zaleceniami dotyczącymi zdrowego stylu życia. Obietnica ta nie jest nigdy składana wprost, zawsze obwarowana jest prawdopodobieństwem, mówi się o czynnikach ryzyka, które zwiększają szanse na daną chorobę. Pomimo tego, zarówno w przekazach medialnych jak i w trakcie lekarskich wizyt stwierdzenie występowania danego czynnika traktowane jest jako wystarczająca przesłanka do uznania go za źródło choroby (w tym momencie przekonanie o jego mocy wyjaśniającej wzrasta). Zdrowy styl życia stawia wymagania i narzuca jednostkom odpowiedzialność, jednocześnie nie gwarantując im niczego pewnego i ukrywając fakt, że nie posiadają one wszystkich koniecznych środków do jego kształtowania. Ten ostatni aspekt przywołuje dwie własności najczęściej pomijane w potocznym oraz praktyczno-medycznym odwoływaniu się do zdrowego stylu życia jako wyboru jednostki: minimum środków materialnych niezbędnych do podążania za zaleceniami (dotyczy to zresztą wszelkich skutecznych działań medycyny), oraz zbiorowego z istoty jego charakteru. Zwłaszcza zbiorowy charakter

zdrowego stylu życia pozostaje elementem systematycznie i powszechnie ignorowanym. Nie uwzględnia się nie tylko stylów życia jako odzwierciedlenia miejsca w strukturze społecznej, wynikającego z ciągłości kulturowej podtrzymywanej przez posiadane kapitały i habitusy, a tym samym pozostającego nieuchronnie w opozycji do odmiennych grup społecznych, ale również ich systemowego uwikłania w mechanizmy gospodarczo-technologiczno-polityczne, odpowiedzialne za kształtowanie egzystencji ludzi. Zdrowy styl życia jest pod tym względem wykorzystywany ideologicznie przynajmniej na dwa powiązane ze sobą sposoby: jako strategia napędzania konsumpcji oraz zwiększania produktywności pracowników. W pierwszym przypadku tworzy się rynek dóbr i usług oferowanych konsumentom pod hasłem zachowania i polepszenia zdrowia, przez używanie tych towarów oraz korzystanie z danych porad, zabiegów i procedur - nie istnieje przy tym żadne jednoznaczne kryterium wyznaczające zbiór i charakter wykorzystanych dóbr i usług. W drugim przypadku mamy natomiast do czynienia z powiększaniem zdolności działania jednostek pod względem fizycznym, psychicznym jak i społecznym, stosując w tym celu m. in. takie środki jak stołówki zakładowe, darmowe karnety na siłownię, baseny i kluby fitness oferowane przez pracodawców, wyjazdy integracyjne i szkolenia, dostęp do lekarzy, suplementy (oraz nielegalne substancje) wspomagające koncentrację, kreatywność czy wytężony długotrwały wysiłek umysłowy. W obu sytuacjach stykamy się z utowarowieniem zdrowia, które włącza zarządzanie nim w obieg gospodarczy. Dodatkowo poprzez działania firm ubezpieczeniowych dokonujących szacunków ryzyka i na tej podstawie określających stawki ubezpieczeniowe (lub w ogóle możliwość ubezpieczenia), poprzez opłaty podatkowe na niektóre szkodliwe produkty (papierosy, alkohol) ustalane przez rządy, jak też decyzje pracodawcy o przydatności pracownika do pracy, następuje ogólna wycena zachowań jednostek ze względów zdrowotnych. Jako ideologiczne można określić wyznaczenie zakresu możliwych wyborów, które są dostępne jednostkom i które narzucają im macierz możliwych działań; pojawiają się aspekty, które nie podlegają wyborom, te które muszą być wybrane, te które są preferowane oraz te których wybór nie ma praktycznego znaczenia, ale angażuje aktywność jednostek, zajmuje je (np. pepsi czy coca). W relacji do zdrowia wybory, które nie podlegają decyzjom jednostek to aspekty zbiorowe i strukturalne (obowiązujące style życia w danych zbiorowościach, normy społeczne i wartości, system instytucji, czy warunki materialne i środowiskowe życia), te które muszą być wybrane to m. in. obowiązkowa prewencja (szczepienia) czy badania okresowe (dopuszczające) oraz klasyfikujące, preferowane odnoszą się do zdrowego stylu życia oraz poddania się rygorowi zdrowienia w chorobie, natomiast te które nie mają znaczenia prowadzą się do wyborów: który suplement diety, jaka forma detoksu, itp.

Pojęciem, które podporządkowuje życie wartości zdrowia, włączając wszystkie inne wartości pod jej bezpośrednią ocenę oraz czyni jednostkę odpowiedzialną za dążenie do jego realizacji

poprzez zdrowy styl życia, co również ma pozwolić osiągnąć jej dobrostan, autonomię oraz dobre obywatelstwo jest heltyzm (healthism). Heltyzm traktowany jest jako część medykalizacji i ideologia, która narzuca rozwiązania zdrowotne, jako obowiązujące formy życia [41, 42].

Szczególne miejsce przypisywane zdrowemu stylowi życia wynika nie tylko z jego rzeczywistego wpływu na zdrowie, ale w znacznym stopniu z założenia odpowiedzialności jednostek za jego kształt: w tym kontekście pojawia się (obce w istocie samej medycynie) obarczanie winą za powodowane nim problemy zdrowotne. Jednakże nacisk jaki się kładzie na styl życia jest nieproporcjonalnie większy niż jego znaczenie, co jest ogólną tendencją współczesnego społeczeństwa związaną z indywidualizacją (w podobny sposób przerzuca się odpowiedzialność na jednostki za problemy z ekologią, pracą, biedą itd.). Mamy tu do czynienia ze zjawiskiem, które można określić jako enkapsulacja, czyli próbie zamknięcia możliwych działań i znaczeń w formie nadrzędnej, czy też wyłączenia niektórych z nich jako nieprawomocnych; jest to jedna z cech ideologii, która służy jako pojemnik na różnorodne treści, którymi można go wypełnić, ale który sam w sobie nie jest neutralny. To co jest wyłączone z dyskursu nad stylem życia to wszystkie czynniki poza-jednostkowe, które obejmuje kategoria dobra wspólnego i których nieobecność wiąże się z zanikaniem sfery publicznej (na rzecz sfery prywatnej). Cztery obszary ludzkiego życia będące współcześnie szczególnie ważne dla życia ludzi (ludzkości) to środowisko, geny, kultura (własność intelektualna) oraz nierówności społeczne. Główny problem z tymi obszarami dotyczy ich prywatyzowania, to jest traktowania ich jak wydzielonej strefy działania podmiotów i nieuwzględnianie konsekwencji tych działań dla reszty ludzi (tzw. efekty zewnętrzne). Każdy z tych obszarów powiązany jest w sposób bezpośredni ze zdrowiem i wymaga myślenia oraz działania w kategoriach nie tylko publicznych, ale również ogólnoludzkich, w przeciwnym razie będą stanowić zagrożenie dla samego życia, dla gatunku ludzkiego, istnienia i trwania społeczeństwa.

Tak jak każda przyjemność i aktywność (a także system wartości nadający im kierunek) kształtowane są w toku socjalizacji oraz urzeczywistniane w relacjach z otoczeniem społeczno-kulturowym, tak samo elementy (pro- i anti-)zdrowotnych zachowań przenikające styl życia człowieka. Ale styl życia pełni też rolę wzorca kulturowego, oficjalnego modelu propagowanego wprost na różne sposoby (przy pomocy różnych mediów i instytucji) w społeczeństwie. W obu tych sytuacjach pojawia się pytanie czym jest wielki Inny zdrowego stylu życia, ten porządek symboliczny, w imię którego to działanie jest podejmowane. Ponieważ współczesność podporządkowana jest doczesności oraz przekraczającym wszelkie granice przepływom (pieniędzy, towarów, ludzi i idei), a ich następstwem, które musi być pod stałą kontrolą (przez refleksyjne monitorowanie ryzyka i trzymanie pragnień w ryzach), jest tymczasowość podążająca za zmiennymi ideałami zdrowia, piękna, moralności i produktywności, jedynym stałym punktem

odniesienia pozostaje niekończąca się i niekwestionowana pogoń za rozwojem gospodarczym, który jako jedyny nie może ustać i musi być podtrzymany wszelkimi środkami (jako idea i wektor praktyk). Zalecenia zdrowotne dotyczące stylu życia wprowadzają ograniczenia, zakazy, czy to w bezgranicznym folgowaniu pokusom, czy też podejmowaniu groźnych przedsięwzięć, ale zarazem nie pozwalają na zupełną beczynność, nakazując refleksyjne praktyki związane z utrzymaniem i poprawianiem zdrowia (stąd depresja, jako brak woli działania, przeradza się w jeden z ważniejszych problemów). Wydajne życie stając się głównym celem działań czyni nas równocześnie więźniami życia samego, którym nie możemy bezkarnie szafować czy to podejmując ryzykowne zachowania, czy też decydując się na egzystencję poza głównym nurtem życia.

Urzeczowienie zdrowia, podporządkowywanie go logice opłacalności oraz umiejscowienie jego rezultatów w przyszłości, nie tylko włącza je w sferę przepływów, ale pozwala także na analizowanie go jako formy kapitału. Kapitał zdrowotny, definiowany w kategoriach biopsychicznych będący elementem kapitału ludzkiego, traktowany jest jako zasób jednostkowy oraz przedmiot biopolityki i bioekonomii [43]. Mechanizmem który łączy zdrowy styl życia z kapitałem zdrowotnym oraz szerzej z systemem społecznym jest dług. Jak pisze Lazaratto władza długu jest tak opisana jak gdyby nie była wykonana ani przez represję, ani przez ideologię. Dłużnik jest wolny, ale jego działania są wyznaczone przez granice długu, w którym się znalazł. Te same zależności odnoszą się do jednostki, jak i populacji czy grupy społecznej. Jesteś wolny dopóki przyjmiesz sposób życia (konsumpcja, praca, wydatki publiczne, podatki itp.) zgodny ze zwrotem długu. Dług oznacza automatycznie tworzenie ekonomii subiektywnej, ponieważ dług jest relacją która, aby istnieć, narzuca urabianie i kontrolę subiektywności, w taki sposób, że “praca” staje się nieodróżnialna od “pracy nad sobą”. To co definiuje się jako ekonomia, byłoby niemożliwe bez produkcji i kontroli subiektywności i jej form życia. Produkcja subiektywności, stylów życia, form egzystencji, nie jest częścią gospodarczej nadbudowy, ale raczej infrastruktury. Ponadto produkcja subiektywności okazuje się być podstawową i najważniejszą formą aktywności, ‘towarem’, który bierze udział w produkcji i konsumpcji wszystkich innych towarów. Dług zakłada upodmiotowienie, pracę człowieka nad sobą, auto-tresurę. Ta praca produkuje indywidualny podmiot, odpowiedzialny i zadłużony u swego wierzyciela. Dług angażuje proces upodmiotowienia, który naznacza równocześnie ‘ciało’ i ‘umysł’. Ekonomia zadłużenia, jest opisywana przez podwójną ekspansję wyzysku upodmiotowienia: ekstensywną (obejmującą każdą aktywność i stan) i intensywną (zawierającą relację do siebie, w przebraniu zarządzania sobą: podmiot jest równocześnie odpowiedzialny za swój kapitał i winny złego zarządzania). Kredyt pociąga za sobą “ocenę moralną” dokonaną przez wierzyciela na dłużniku, tzn. subiektywną miarę wartości. Ale nie tylko umiejętności i wiedza pracownika są oceniane, również jego działania w

społeczeństwie, to znaczy jego styl życia, jego społeczne zachowanie, jego wartości, jego prawdziwa egzystencja. To przez dług kapitał jest w stanie przypisywać fizyczne i intelektualne zdolności, które zostaną użyte w pracy, ale również jego społeczne i życiowe (egzystencjalne) moce. Kredyt nie tylko używa relacji społecznych w ogóle, ale również unikalność egzystencji, eksploatuje proces upodmiotowienia przez wpływanie na indywidualizację samego istnienia, a moralna ocena odnosi się do życia. Badane życie nie jest biologicznym życiem (zdrowie, narodziny, śmierć), jak w pojęciu biopolityki, ale 'egzystencjalnym' życiem. Egzystencja oznacza tu władzę samoafirmacji, siłę samo-pozycjonowania się, wybory i związane z nimi style życia. Istotą obrotu pieniężnego staje się nie praca, ale egzystencja, indywidualność i ludzka moralność. W relacji kredytowej, to nie pieniądze są przenoszone na człowieka, ale człowiek sam jest obrócony w pieniądź, pieniądze są w niego wcielone. Jednostkowość człowieka, jego moralność, stała się zarówno obiektem handlu jak i materiałem poprzez który pieniądze istnieją. Nie papierowe czy wirtualne pieniądze, ale moja własna egzystencja, moje ciało i wysiłek, moja społeczna cnota i znaczenie, konstytuują materialną, ucieleśnioną formę idei pieniądza. Wiara i zaufanie to odnoszące się do przyszłości siły, które kształtują teraźniejsze działania [44]. W tym kontekście zdrowy styl życia służy jako kryterium oceny egzystencji człowieka (również jego oceny moralnej, wartości) oraz rezerwuar i gwarant zwrotu długu. Dług nie ogranicza się jednak tylko do wymiaru pieniężnego (czy też jego form: towaru i pracy), ale ma nieco szerszy charakter, dotyczy zobowiązania jednostki wobec wspólnoty i systemu społecznego, do dbania o własne zdrowie i zdrowie swojego otoczenia.

Fundamentalną własnością zdrowia i stylu życia jest ich powiązanie z egzystencją człowieka, stąd zdrowy styl życia w naturalny sposób staje się przedmiotem zainteresowań i praktyk społecznych. W stopniu w jakim zdrowy styl życia odnosi się do środowiska, relacji społecznych, ciała czy tożsamości człowieka wiąże się z ustalaniem norm i regulacją tych sfer. Równocześnie, każda taka regulacja pozostaje włączona w procesy medykalizacji, biowładzy i ideologii, a tym samym odgrywa znaczącą rolę w systemie polityczno-gospodarczym. System ten, pogłębiając i radykalizując procesy związane z modernizacją, napędzany jest obecnie przez globalizację, hiperkapitalizm, technicyzację, detradycjonalizację i mediatyzację, które wyznaczają (i poszerzają) ramy zdrowego stylu życia.

Postępująca fragmentaryzacja życia, pod postacią zdekomponowanych i luźno powiązanych ze sobą statusów, ról i aktywności, które spajane są przez jeden podmiot, lecz które funkcjonują nie tylko według odmiennych logik, w kontaktach z innymi ludźmi i w różnych światach przeżywanych, ale również nie dające się zbić w jedną spójną narrację tożsamościową, ani wspólnotową, stwarza sytuację 'płynności bytu'. Dotychczasowe formy społeczne (rodziny, klasy i

warstwy społeczne, ale również podmioty), zarówno w swoich strukturach jak i funkcjonowaniu, ulegają rozmyciu (być może po prostu przekształcają się), wskutek wyłaniania się nowych warunków życia. Płynność granic społecznych, w tym również tych dotyczących zdrowia, życia, śmierci, samego podmiotu, czy też przenikania się spraw politycznych i intymnych (sfer publicznej i prywatnej), zmusza jednostki i zbiorowości do stałej czujności (refleksyjność) oraz gotowości do zmian własnych przyzwyczajzeń, wyobrażeń i praktyk (elastyczność) w imię utrzymania swoich pozycji i tożsamości. Rośnie nacisk na doświadczenie wewnętrzne jako wyznacznik wartości, choć tym samym mistyfikacji ulega jego autentyczność, będąca obiektem manipulacji rynkowych czy ideologicznych. Refleksyjność (racjonalizacja) nie chroni jednak przed nieprzewidywalnymi konsekwencjami, które mogą być zarazem wynikiem jej braku jak i skutkiem ubocznym jej działania. Ryzyko nie zostaje zniesione przez samą o nim wiedzę, ani nie może być wyabstrahowane ze swojej zbiorowej nowożytniej zawartości.

Zawieszenie w wiecznej terażniejszości (achroniczny, momentalny czas) wydziedzicza z innych czasów i powoduje skupienie na bieżących osobistych przeżyciach. Przepływy uczuć, nastrojów i wrażeń wpisują się w całościową logikę systemu, gdzie mobilności wiedzy, towarów, ludzi, pieniędzy czy także emocji generują "hybrydowe strumienie" i wyznaczają ruch w systemie. Pomimo tego, iż istnieją ogólne standardy i zalecenia, często pozostają one ambiwalentne i względne, zmuszają do stałej kontroli i ciągłych wyborów (często pozornych) ponieważ reguły i stawki mogą się zmieniać w trakcie gry. Posługując się bardziej formalnym językiem możemy stwierdzić, że dana norma oscyluje wokół atraktora, do czasu gdy na skutek zmiany warunków początkowych (tu paradygmatu), lub warunków brzegowych, dochodzi do bifurkacji i pojawia się nowy atraktor. Z perspektywy współczesnego systemu społecznego ważniejsza nawet od funkcji regulacyjnej (która pozwoliła mu np. włączyć kontrkulturę w ramy systemowe polityki i ekonomii) jest funkcja stymulacyjna (mobilizacyjna). Główne wyzwanie (i wysiłek) we współczesnym świecie zachodnim to utrzymanie zainteresowania podmiotów, walka o ich uwagę i zaangażowanie w działania systemu gospodarczo-politycznego. Tym samym pożądanie (pragnienie, dążność) samo w sobie, jako przedmiot oddziaływania wysuwa się na pierwszy plan. Inaczej mówiąc ze względu na przepływy celem staje się sam ruch: różnorakie mody, diety, treningi, zrzucanie i nabieranie wagi, folgowanie sobie i restrykcyjne ograniczenia, których kierunek każdorazowo wyznaczany jest zewnątrz. W dobie 'kultury nadmiaru', gdy ilość wyborów w ramach dopuszczalnych możliwości (enkapsulacja) i brak jednoznacznych kryteriów oceny nie pozwalają na trwałe postawy (to co wczoraj było pro, dziś okazuje się anty) ideałem osobowości staje się elastyczny podmiot, plastycznie dostosowujący się do zmieniających się prądów. W takim świecie potrzeba orientacji i stałości stają się jednymi z podstawowych. Ważne okazują się strategie poprzez które podmioty

radzą sobie z tą niestałością: oparcie na zewnętrznych (uznawanych) ośrodkach kategoryzacji i selekcji m. in. eksperci, media, kolekcjonowanie dostępności, czy interpasywność. Jednocześnie jednostki i zbiorowości społeczne mają ograniczone możliwości dostosowawcze, potrzebują czasu, środków i energii na wykształcenie nowych nawyków i wypracowanie kolejnych struktur organizacyjnych.

Wobec powyższych zagadnień staje współczesne społeczeństwo i państwo, które stawia sobie za cel zwiększanie zdrowia populacji. Przy wykorzystaniu dostępnych instytucji zdrowotnych takich jak system leczniczy (opieka ambulatoryjna i szpitalna, ratownictwo medyczne), prewencja i promocja zdrowia, zdrowie publiczne, edukacja zdrowotna, higiena oraz orzecznictwo, podstawowe normy zdrowotne tworzone są przez praktykę i w oparciu o naukowe badania. Medycyna rozdarta między swoją, przez długi czas pasywną, naprawczą i skoncentrowaną na ciele działalnością, a coraz większymi możliwościami prewencji, poprawiania i ingerencji w życie ludzi, próbuje sprostać oczekiwaniom społecznym (które sama w znacznym stopniu wzbudza), zwiększać własne wpływy (rywalizując z innymi sferami) oraz zarządzać dostępnymi jej zasobami (głównie kwestie finansowe). W nie mniejszym stopniu niż reszta systemu społecznego, medycyna 'staje się płynna', inkorporując kolejne sfery życia, dzieląc się na kolejne specjalizacje, tracąc z widoku interes publiczny, na rzecz partykularnych interesów i funkcji narzucanych przez instytucje państwowe oraz będąc poddawana coraz powszechniej zasadom rynkowym. Równocześnie z postępującą wiedzą medyczną rośnie dostępność do tej wiedzy, przy czym systemowi medycznemu, który nie sprawuje nad tym kontroli, media nierzadko przeciwstawiają alternatywne poglądy, lub prezentują je w zniekształconej formie. W odniesieniu do zdrowego stylu życia główne problemy koncentrują się wokół samych norm zdrowotnych oraz przerzucania odpowiedzialności z niewydolnego finansowo i organizacyjnie systemu na jednostki. Społeczny charakter nie tylko problemów zdrowotnych, które ściśle powiązane są z pozycją społeczną i warunkami życia, lecz również samej medycyny i praktyk zdrowotnych, niesie ze sobą konsekwencje stygmatyzacji, wykluczenia oraz dyskryminacji. Brak powszechnej dyskusji, w której uczestniczyłyby zróżnicowane podmioty społeczne (poza środowiskiem medycznym, również pacjenci, zaangażowane grupy, organizacje pozarządowe, instytucje państwowe oraz po prostu obywatele), nad kształtem systemu zdrowotnego, potrzebami i możliwościami ich zaspokojenia, powoduje, że ważne tematy związane ze zdrowiem są ignorowane, a ich rozstrzygnięcia pozostają w gestii wąskich grup decyzyjnych. Między innymi z tego powodu sfera zdrowotna pozostaje wysoce zideologizowana, a kwestie nierówności zdrowotnych, odpowiedzialności zbiorowej i wpływu otoczenia społecznego na zdrowie człowieka sprowadza się do jednostkowych decyzji związanych ze stylem życia.

Przeprowadzone analizy pozwalają na sformułowanie poniższych głównych wniosków.

Główne wnioski:

Wniosek 1

Przedstawiany w internecie obraz zdrowego stylu życia jest bardzo zróżnicowany i niejednoznaczny, a także złożony i skomplikowany.

Wniosek 2

Zdrowy styl życia, jako całościowy wzorzec zachowania, nie jest szczególnie rozpowszechniony we współczesnym społeczeństwie polskim; zgodnie z nim żyje ok. 4% Polaków, ale prozdrowotny styl życia staje się coraz powszechniejszy w społeczeństwie polskim, przy czym zmiana nie następuje we wszystkich aspektach i nie w tym samym tempie.

Wniosek 3

Największy znaczący wpływ na prowadzenie prozdrowotnego stylu życia przez Polaków mają cztery czynniki: płeć, wiek, cyfryzacja oraz religijność.

Wniosek 4

Grupy i kategorie społeczne charakteryzujące się młodym wiekiem, lepszym zdrowiem, wyższym pochodzeniem społecznym, większym zintegrowaniem ze społeczeństwem, wyższą pozycją ekonomiczną, znacznymi kapitałami społecznym i kulturowym, wysokim poziomem zaufania i niskim poziomem prekariaryzacji oraz religijności podejmują bardziej prozdrowotne działania.

Wniosek 5

Treści prezentowane w internecie odnoszące się do aspektów zdrowego stylu życia w największym stopniu dotyczą odżywiania, następnie aktywności fizycznej oraz masy i sylwetki, natomiast w zdecydowanie mniejszym stopniu palenia papierosów i spożywania alkoholu. Tym samym w zakresie w jakim potrzeby zdrowotne określane są przez główne determinanty zdrowia oraz dyrektywy higieniczne, treści te odbiegają od tych potrzeb.

Wniosek 6

Przekaz internetowy dotyczący zdrowego stylu życia adresowany jest do wyróżnionych grup społecznych, szczególnie kobiet, ludzi młodych, dobrze sytuowanych i w pełni sprawnych, a jego

uwiarygadniani mają służyć przede wszystkim takie zabiegi jak powoływanie się na ekspertów oraz badania naukowe.

Wniosek 7

Przekaz internetowy związany ze zdrowym stylem życia, w swojej treści jak i formie, odwołuje się do elementów związanych z podmiotowością jednostek: tożsamości, przynależności, odpowiedzialności i codziennych praktyk, przy czym motywacje odnoszące się do prozdrowotnych zachowań są złożone i zakorzenione w całym systemie przekonań, wartości i norm, a poza samym zdrowiem (dobrym samopoczuciem, brakiem dolegliwości i chorób) dotyczą również kwestii estetycznych, sprawnościowych i społecznych.

Wniosek 8

Przekazom internetowym dotyczącym zdrowego stylu życia towarzyszy mniej lub bardziej otwarcie reklama produktów oraz usług, która nie zawsze zgodna jest z oficjalnym stanowiskiem nauki dotyczącym zdrowia i prozdrowotnych zachowań.

Wniosek 9

Przestrzeń znaczeń dotycząca zdrowego stylu życia tworzona jest przez dwa koncepcyjne bieguny: prozdrowotny, związany z życiem, zdrowiem, dietą, zmianą wagi, ciałem i aktywnością fizyczną oraz antyzdrowotnym, związanym ze śmiercią, papierosami, alkoholem i narkotykami, które są zapośredniczone przez chorobę, medycynę i badania, służące celom naprawczym.

Wniosek 10

Zdrowy styl życia zakorzeniony jest w habitusie i refleksyjności, a także w funkcjonowaniu (realizacji zadań) systemu społecznego, a jego zbiorowy charakter ignorowany w przekazach medialnych, potocznych wyobrażeniach oraz działaniach instytucjonalnych systemu zdrowotnego, co jest wyrazem postępującej indywidualizacji.

Wniosek 11

Zdrowy styl życia pełni istotną rolę w procesach medykalizacji i biopolityki, a także jako aspekt ideologii podporządkowany rozwojowi gospodarczemu, jako dyscyplinująca prawomocna norma zachowania. Mechanizmem, który włącza zdrowy styl życia w obręb systemu społecznego jest dług, wiążąc ze sobą podmiotowość (subiektywność) jednostki, wiarę, zaufanie oraz podporządkowanie władzy i ideologii.

Wniosek 12

Rosnąca płynność granic między normalnością i patologią, oraz poszerzające się pole działań zdrowotnych, powodują, że zdrowy styl życia jako norma odnosząca się do egzystencji człowieka wymaga powszechnej dysputy na temat jego miejsca w strukturze współczesnego świata oraz demistyfikacji czynników i warunków, które go kształtują.

Bibliografia

Rozdział 1

1. Schütz A., Luckmann T., *The Structures of the Life-World. (Strukturen der Lebenswelt)* Northwestern University Press 1973
2. Blaxter M., *Health and Lifestyles*, Taylor & Francis 1990
3. Blaxter M., *Zdrowie*. Wydawnictwo Sic! Warszawa 2009:18-24
4. Uramowska-Żyto B., *Sojologiczne koncepcje zdrowia i choroby. w: Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy.* Red. Antonina Ostrowska. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009:66-69
5. Garner L., *The NHS: Your Money or Your Life*. New York: Penguin, 1979:14
6. Wood P., *Health and Disease and Its Importance for Models Relevant to Health Research.* In *Scientific Approaches to Health and Health Care*, Copenhagen, Denmark: World Health Organization 1986:57
7. Pannenberg C., *A New International Health Order: An Inquiry into the International Relations of World Health and Medical Care.* The Netherlands: Sijthoff and Noordhoff. 1979
8. Patrick D., Erickson P., *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation.* New York: Oxford University Press. 1993
9. Larson J., *The Conceptualization of Health.* *Med Care Res Rev* 1999: 129
10. Goldsmith S., *The Status of Health Indicators.* *Health Service Reports* 87. 1972:13
11. Navarro V., *Health and Medical Care in the U.S.: A Critical Analysis.* Farmingdale, NY: Baywood. 1977:13-14
12. Abanobi O., *Content Validity in the Assessment of Health States.* *Health Values* 1986:37-40
13. Seyle H., *The Stress of Life.* New York: McGraw-Hill. 1975
14. Parsons T., *Patients, Physicians and Illness*, ed. E.G. Jaco, 107-27. New York: Free Press. 1972
15. Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969:326
16. Sokołowska M., *Socjologia medycyny.* PZWL, Warszawa 1986:96-99
17. Wilkinson R., Pickett K., *Duch równości.* Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011
18. Uramowska-Żyto B., *Sojologiczne koncepcje zdrowia i choroby. W: Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy.* Red. Antonina Ostrowska. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009:75-78
19. Goffman E., *Rytuał interakcyjny.* Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 2006
20. Goffman E., *Charakterystyka instytucji totalnych, w: Elementy teorii socjologicznych.* Red.

- Derczyński W., Jasińska-Kania A., Szacki J., Warszawa. 1975:150-177
21. Weber M., *Gospodarka i społeczeństwo*. Wydawca: PWN Warszawa 2002:228-234
 22. Merton R., *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. PWN Warszawa 1982:255-266
 23. Crozier M., *Strategies for Change: The Future of French Society*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1982
 24. Sokołowska M., *Granice medycyny*. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1980
 25. Uramowska-Żyto B., *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Red. Antonina Ostrowska. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009:80-85
 26. Blaxter M., *Zdrowie*. Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2009:10-17
 27. Pitts J., *Social Control: The Concept*. Pp. 381 – 96 in D. L. Sills (ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, vol. 14 . New York : Macmillan and Free Press. 1968
 28. Freidson E., *Profession of Medicine*. University of Chicago Press, 1970
 29. Zola, I. K., *Medicine as an institution of social control* . *The Sociological Review*, 20. 1972: 487–504
 30. Illich I., *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon 1976
 31. Conrad P., *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2007:3-6
 32. Conrad P., Schneider J., *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press 1992
 33. Barsky A., Boros J., *Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care*. *Journal of the American Medical Association*, 1995:1931-1934
 34. Furedi F., *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. London : Routledge 2004:14-18
 35. Turner B., *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. Blackwell 1984:115-136
 36. Weber M., *Klasy, stany, partie – podział w obrębie wspólnoty*, w: *Elementy teorii socjologicznych*. Red. Derczyński W., Jasińska-Kania A., Szacki J., Warszawa. 1975:415-428
 37. Dahrendorf R., *Life chances: Approaches to social and political theory*. University of Chicago Press, 1979:65-73
 38. Cockerham 1997:321-342 Cockerham W., Rütten A., Abel T., *Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving beyond Weber*. *The Sociological Quarterly* 38, 1997:321–342.
 39. Abel T., *Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and*

- empirical findings. *Social Science & Medicine*, 1991:899-908
40. Abel T., Cockerham W., Lifestyle or Lebensführung? *The Sociological Quarterly* 34 (3), 1993:551-556
41. Cockerham W., Abel T., Lüschen G., Max Weber, formal rationality, and health lifestyles. *The Sociological Quarterly* 34 (3), 1993:413-425
42. Rutten A., The Implementation of Health Promotion: A new structural perspective. *Social Science and Medicine* 41(12), 1995:1627-1637
43. Shields, R., Spaces for the subject of consumption . In R. Shields (Ed.), *Lifestyle Shopping: the Subject of Consumption*, Routledge, London, 1992:14
44. Hojrup T., *State, Culture, and Life Modes: The Foundations of Life Mode Analysis*. London, UK: Ashgate, 2003:13-61
45. Siciński A., Styl życia, kultura, wybór – szkice. IFiS PAN, Warszawa, 2002:22-23
46. Siciński A., Styl życia, kultura, wybór – szkice. IFiS PAN, Warszawa, 2002:32
47. Jawłowska A., *Drogi kontrkultury*. PIW, Warszawa, 1975:224
48. Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians*. Health and Welfare Canada, Ottawa, 1974:32
49. WHO, *The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization. Geneva, 1998
50. Crawford R., *A Cultural Account of Health: Control, Release and the Social Body*. Issues in the Political Economy of Health Care, ed. J. B. McKinlay, New York: Tavistock, 1984:60-103
51. Beck U., *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Wyd. Scholar, Warszawa, 2002:204
52. Bauman Z., *Zindywidualizowane społeczeństwo*. GWP, Gdańsk, 2008:14-15
53. Frohlich K., Corin E., Potvin L., A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health and Illness*, 23, 2001:783-784
54. Cockerham W., Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior* 46, 2005:53
55. Mirowsky J., Ross C., *Education, Social Status, and Health*. New York: Aldinede Gruyter 2003
56. Emirbayer M., Mische A., What Is Agency? *The American Journal of Sociology*, Vol. 103, No. 4, 1998:963-970
57. Sewell W., *A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation*. *The American Journal of Sociology*, Vol. 98, No. 1, 1992:19

58. DiClemente R., Crosby R., Kegler M., *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed.) San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2009:3-16
59. Frohlich K., Potvin L., *Collective lifestyles as the target for health promotion. Canadian Journal of Public Health*, (90), 1999:11-14
60. Lupton D., *Consumerism, commodity, culture and health promotion. Health Promotion International*, 9(2), 1994:117
61. Cockerham W., Ritchey F., *Dictionary of Medical Sociology*, Greenwood Press. Connecticut: Westport 1997:57
62. Cockerham W., Rutten A., Abel T., *Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving beyond Weber.* *The Sociological Quarterly* 38:, 1997:321-342
63. Cockerham W., *Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. Journal of Health and Social Behavior* 46, 2005:55
64. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności.* PWN, Warszawa, 2010:115
65. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności.* PWN, Warszawa, 2010:80-82
66. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji.* Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:43-46
67. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji.* Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:84
68. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji.* Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:89-92
69. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji.* Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:94-99
70. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji.* Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:102
71. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji.* Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:129
72. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji.* Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:110-135
73. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji.* Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:106-109
74. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności.* PWN, Warszawa, 2010:83-84

75. Goffman E., *Relations in public*. London: Allen Lane, 1971:250
76. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:138
77. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:91-93
78. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:138-139
79. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:16
80. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:139-142
81. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:20
82. Kaufmann J-C., *Ego. Socjologia jednostki*. Oficyna Naukowa, Warszawa, 2004:151 i nast.
83. Elias N., *Społeczeństwo jednostek*. PWN, Warszawa 2008
84. Giddens A., *Życie w społeczeństwie posttradycyjnym*. w: *Modernizacja refleksyjna*. PWN, Warszawa, 2009:103-104
85. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji*. Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:51-52
86. Giddens A., *Życie w społeczeństwie posttradycyjnym*. w: *Modernizacja refleksyjna*. PWN, Warszawa, 2009:104
87. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:117-120
88. Giddens A., *Życie w społeczeństwie posttradycyjnym*. w: *Modernizacja refleksyjna*. PWN, Warszawa, 2009:80
89. Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji*. Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań, 2003:154-189
90. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:36-37
91. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. PWN, Warszawa, 2010:40-46
92. Salecl R., *Choice*. London - New York, Profile Books 2010
93. Hardin G., *The Tragedy of the Commons*. *Science, New Series*, Vol. 162, No. 3859. 1968:1243–1248

94. Bourdieu P., Medytacje pascaliańskie. Oficyna Naukowa, Warszawa, 2006:197-201
95. Bourdieu P., Medytacje pascaliańskie. Oficyna Naukowa, Warszawa, 2006:202-208
96. Bourdieu P., Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005:216-222
97. Bourdieu P., Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005:237-244
98. Bourdieu P., Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005:260-279
99. Bourdieu P., Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005:280-290
100. Bourdieu P., Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005:298-302
101. Bourdieu P., Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005:310
102. Fuchs V., 1974 Who Shall Live? Health Economics and Social Change . New York: Basic Books.1974; McKinlay J., Marceau L., A Tale of 3 Tails. American Journal of Public Health 89, 1999:295–298
103. Gromadecka-Sutkiewicz M., Elementy stylu życia wpływające na zdrowie młodzieży szkół ponadpodstawowych. Wydawnictwo Akademii Medycznej. Poznań 1999:21-23
104. Mechanic D., Medical Sociology. 2nd ed. New York: Free Press 1978:164
105. McGinnis J., Foege W., Actual causes of death in the United States. Journal of the American Medical Association, 270, 1993: 2207–2212
106. Mokdad A., et al. Actual causes of death in the United States, 2000. Journal of the American Medical Association, 291; 2004:1238-1245
107. WHO Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, 2009
108. Centers for Disease Control and Prevention, Facts about Cigarette Mortality. Atlanta, 1997a
109. Murray C., Lopez A., The global burden of disease. Geneva: World Health Organization.1996
110. Centers for Disease Control and Prevention, Fact Sheet, Smoking and Pregnancy, Atlanta,1997b
111. Environmental Protection Agency Environmental Protection Agency, Office of

- Research and Development Respiratory Health Effects of Passive Smoking, Washington, D.C.: EPA.1992
112. Floyd R., Rimer K., Giovano G., Mullen P., Sullivan S., A Review of Smoking in Pregnancy: Effects on Pregnancy Outcomes and Cessation Efforts. *Annual Review of Public Health* 14, 1993:379-411
 113. LeClere, F.B. and Wilson, J.B. (1997). Smoking behavior of recent mothers, 18–44 years of age, before and after pregnancy: United States, 1990. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 9, 323–326.
 114. Ventura, S.J., Peters, K.D., Martin, J.A., and Maurer, J.D. (1997). Births and deaths: United States, 1996. *Monthly Vital Statistics Report*, 46. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
 115. Centers for Disease Control and Prevention, Facts about Cigarette Mortality. Atlanta, 1997a
 116. USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (1986). *The Health Consequences of Involuntary Smoking. A Report of the Surgeon General* Rockville, MD: Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health.
 117. USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (2000). *Healthy People 2010: Understanding and improving health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
 118. USEPA, Guidelines for Ecological Risk Assessment. U.S. Environmental Protection Agency, Washington, DC 1998
 119. Hu, Frank B., Meir J. Stampfer, JoAnn E. Manson, Eric Rimm, Graham A. Colditz, Bernard A. Rosner, Charles H. Hennekens, and Walter C. Willett 1997 “Dietary Fat Intake and the Risk of Coronary Heart Disease in Women.” *New England Journal of Medicine* 337:1491–1499.
 120. Ascherio, Alberto, Eric B. Rimm, Edward L. Giovannucci, Donna Spiegelman, Meir Stampfer, and Walter C. Willett 1996 “Dietary Fat and Risk of Coronary Heart Disease in Men: Cohort Follow Up Study in the United States.” *British Medical Journal* 313:84–90.
 121. Kolonel, Laurence N. 1997 “Fat and Cancer: The Epidemiologic Evidence in Perspective.” Pp. 1–19 in American Institute for Cancer Research, ed., *Dietary Fat and Cancer*. New York: Plenum.
 122. Ziegler, Regina G. 1991 “Vegetables, Fruit, and Carotenoids and the Risk of Cancer.” *American Journal of Clinical Nutrition* 53:251S–295S.

123. Hankin, Jean H. 1993 "Role of Nutrition in Women's Health: Diet and Breast Cancer." *Journal of the American Dietetic Association* 93:994–999.
124. Kaplan, G., Seeman, T., Cohen, R., Knudsen, L., and Guralnik, J. (1987). Mortality among the elderly in the Alameda County Study: Behavioral and demographic risk factors. *American Journal of Public Health*, 77, 307–312.
125. Kaplan, G.A., Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., and Hungerford, L.R. (1996). Natural history of leisure-time physical activity and its correlates: Associations with mortality from all causes and cardiovascular disease over 28 years. *American Journal of Epidemiology*, 144, 793–797.
126. Kujala, U.M., Kaprio, J., Sarna, S., and Koskenvuo, M. (1998). Relationship of leisure-time physical activity and mortality: The Finnish twin cohort. *Journal of the American Medical Association*, 279, 440–444.
127. Kushi, L., Fee, R., Folsom, A., Mink, P., Anderson, K., and Sellers, T. (1997). Physical activity and mortality in postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1287–1292.
128. Leon, A., Connett, J., Jacobs, D., and Rauramaa, R. (1987). Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: The Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Journal of the American Medical Association*, 258, 2388–2395.
129. Lindsted, K., Tonstad, S., and Kuzma, J. (1991). Self-report of physical activity and patterns of mortality in Seventh-Day Adventist men. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 355–364.
130. Paffenbarger, R., Jr., Hyde, R., Wing, A., Lee, I.-M, Jung, D., and Kampert J. (1993). The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *New England Journal of Medicine*, 328, 538–545.
131. Sherman, S.E., D'Agostino, R.B., Cobb, J.L., and Kannel, W.B. (1994). Physical activity and mortality in women in the Framingham Heart Study. *American Heart Journal*, 128, 879–8
132. Slattery, M., Jacobs, D., and Nichaman, M. (1989). Leisure time physical activity and coronary heart disease death: the US Railroad Study. *Circulation*, 79, 304–311
133. Hahn, R., Teutsch, S., Rothenberg, R., and Marks, J. (1990). Excess deaths from nine chronic diseases in the United States, 1986. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2654–2659.
134. Berlin, J. and Colditz, G. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132, 612–628.

135. Kushi, L., Fee, R., Folsom, A., Mink, P., Anderson, K., and Sellers, T. (1997). Physical activity and mortality in postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1287–1292.
136. Manson, J.E., Hu, F.B., Rich-Edwards, J.W., Colditz, G.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C., Speizer, F.E., and Hennekens, C.H. (1999). A prospective study of walking compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *The New England Journal of Medicine*, 341, 650–658.
137. Hagberg, J., Montain, S., Martin, W.I., and Ehsani, A. (1989). Effect of exercise training in 60–69-year-old persons with essential hypertension. *American Journal of Cardiology*, 64, 348–353.
138. Marceau, M., Kouame, N., Lacourciere, Y., and Cleroux, J. (1993). Effects of different training intensities on 24 hour blood pressure in hypertensive subjects. *Circulation*, 88, 2803–2811.
139. Matsusaki, M., Ikeda, M., Tashiro, E., Koga, M., Miura, S., and Ideishi, M. (1992). Influence of workload on the antihypertensive effect of exercise. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 19, 471–479.
140. USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
141. Kohl, H.I., Powell, K., Gordon, N., Blair, S., and Paffenbarger, R.J. (1992). Physical activity, physical fitness, and sudden cardiac death. *Epidemiologic Reviews*, 14, 37–58.
142. Giovannucci E1, Ascherio A, Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC. Intake of carotenoids and retinol in relation to risk of prostate cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1995 Dec 6;87(23):1767-1776.
143. Lee IM1, Paffenbarger RS Jr, Hsieh C. Physical activity and risk of developing colorectal cancer among college alumni. *J Natl Cancer Inst*. 1991 Sep 18;83(18):1324-1329.
144. Martinez ME, Giovannucci E, et al. Leisure-time physical activity, body size, and colon cancer in women. Nurses' Health Study Research Group. *J Natl Cancer Inst*. 1997;89(13):948–955.
145. Buchner, D.M. (1997). Preserving mobility in older adults. *Western Journal of Medicine*, 167, 258–264.
146. LaCroix, A.Z., Guralnik, J.M., Berkman, L.F., Wallace, R.B., and Satterfield, S. (1993). Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical

- activity, and body mass index. *American Journal of Epidemiology*, 137, 858–869.
147. Nelson, M.E., Fiatarone, M.A., Morganti, C.M., Trice, I., Greenberg, R.A., and Evans, W.J. (1994). Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1909–1914.
148. Ettinger, W.J. Jr., Burns R., Messier S.P., Applegate, W., Rejeski, W.J., Morgan, T., Shumaker, S., Berry, M.J., O’Toole, M., Monu, J., and Craven, T. (1997) A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The Fitness Arthritis and Seniors Trial. *Journal of the American Medical Association*, 277, 25–31
149. Ettinger, W.H. Jr. and Afbale, R. (1994). Physical disability from knee osteoarthritis: The role of exercise as an intervention. *Medicine and Science of Sports and Exercise*, 26, 1435–1440.
150. Fisher, N. and Pendergast, D. (1994). Effects of a muscle exercise program on exercise capacity in subjects with osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75, 792–797.
151. Minor, M. (1991). Physical activity and management of arthritis. *Annals of Behavioral Medicine* , 13, 117–124.
152. Must, A., Spandano, J., Coakley, E.H., Field, A.E., Colditz, G., and Dietz, W.H. (1999) The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1523–1529.
153. Kopelman, P.G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, 404, 635–643.
154. Leong, K.S. and Wilding, J.P. (1999). Obesity and diabetes. *Baillieres Best Practices Research Clinical Endocrinology Metabolism*, 13, 221–237.
155. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity (2000). Overweight, obesity, and health risk. *Archives of Internal Medicine*, 160, 898–904.
156. Scheen, A.J. (2000). From obesity to diabetes: Why, when and who? *Acta Clinica Belgica*, 55, 9–15.
157. USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (1980) Behavioral and Psychosocial Issues in Diabetes: Proceedings of the National Conference. B.A.Hamburg, L.F.Lipsett, G.E.Inoff, and A.L.Drash(Eds.). NIH publication no. 80–1993
158. NCHS (National Center for Health Statistics) (1998a). Health, United States, 1998: With Socioeconomic Status and Health Chartbook. Hyattsville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services.
159. Barnes-Josiah, D., Potter, J.D., Sellers, T.A., and Himes, J.H. (1995). Early body size

- and subsequent weight gain as predictors of breast cancer incidence (Iowa, United States) . *Cancer Causes and Control*, 6, 112–118.
160. Huang, Z., Hankinson, S.E., Colditz, G.A., Stampfer, M.J., Hunter, D.J., Manson, J.E., Hennekens, C.H., Rosner, B., Speizer, F.E., and Willett, W.C. (1997). Dual effects of weight and weight gain on breast cancer risk. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1407–1411.
161. Le Marchand, L., Wilkens, L.R., and Mi, M.-P. (1991). Early-age body size, adult weight gain and endometrial cancer risk. *International Journal of Cancer*, 48, 807–811.
162. USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (2000). *Healthy People 2010: Understanding and improving health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
163. Foreyt, J.P., Poston, W.S.C., II, and Goodrick, G.K. (1996). Future directions in obesity and eating disorders. *Addictive Behavior*, 21, 767–778.
164. McGinnis J., Foege W., Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1993: 2207–2212
165. Mertens, I.L. and Van Gaal, L.F. (2000). Overweight, obesity, and blood pressure: The effects of modest weight reduction. *Obesity Research*, 8, 270–278.
166. Oster, G., Thompson, D., Edelsberg, J., Bird, A.P., and Colditz, G.A. (1999). Lifetime health and economic benefits of weight loss among obese persons. *American Journal of Public Health*, 89, 1536–1542.
167. de Leiva, A. (1998). What are the benefits of moderate weight loss? *Experimental And Clinical Endocrinology and Diabetes*, 106 Suppl. 2, 10–13.
168. Goldstein, D.J. (1992). Beneficial health effects of modest weight loss. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 16, 397–415.
169. Allison, D.B., Fontaine, K.R., Manson, J.E., Steverns, J., and VanItallie, T.B. (1999) Annual deaths attributable to obesity in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1530–1538
170. Calle, E.E., Thun, M.J., Petrelli, J.M., Rodriguez, C., and Heath, C.W. (1999) Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1097–1105.
171. Must, A., Spandano, J., Coakley, E.H., Field, A.E., Colditz, G., and Dietz, W.H. (1999) The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1523–1529.
172. Saadatamand, F., Stinson, F.S., Grant, B.F., and Dufour, M.C. (1997). Surveillance

- Report #45: Liver Cirrhosis Mortality in the United States: 1970–1994. Rockville, MD: NIAAA Division of Biometry and Epidemiology, Alcohol Epidemiological Data System.
173. Roizen, J. (1993). Issues in the epidemiology of alcohol and violence. In: Martin S (ed.). *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*. (NIAAA Research Monograph No. 24, pp. 3-36). Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services.
174. Roizen, J. (1993). Issues in the epidemiology of alcohol and violence. In: Martin S (ed.). *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*. (NIAAA Research Monograph No. 24, pp. 3-36). Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services.
175. Stratton, Kathleen, Cynthia Howe, and Frederick Battaglia, eds. 1996 *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*. Washington, D.C.: National Academy Press.
176. Zakhari, S. (1997). Alcohol and the cardiovascular system: Molecular mechanisms for beneficial and harmful action. *Alcohol Health and Research World*, 21, 21–29.
177. Doll, R. (1997). One for the heart. *The British Medical Journal*, 315, 1664–1668
178. Thun, M., Peto, R., Lopez, A., Monaco, J.H., Henley, S.J., Heath, C.W., Jr., and Doll, R. (1997). Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *New England Journal of Medicine*, 337, 1705–1714.
179. Rimm, E.B., Stampfer, M.J., Ascherio, A., Giovannucci, E., Colditz, G.A., and Willett, W.C. (1993). Vitamin E consumption and the risk of coronary heart disease in men. *New England Journal of Medicine*, 328, 1450–1456.
180. Hendriks, H.F., Veenstra, J., Velthuis-te Wierik, E.J., Schaafsma, G. and Kluft, C. (1994). Effect of moderate dose of alcohol with evening meal on fibrinolytic factors. *British Medical Journal*, 308, 1003–1006.
181. Meade, T.W., Imeson, J., and Stirling, Y. (1987). Effects of changes in smoking and other characteristics on clotting factors and the risk of ischaemic heart disease. *Lancet*, 2 (8566), 986–988.
182. Renaud, S., Beswick, A., Fehily, A., Sharp, P., and Elwood, P. (1992). Alcohol and platelet aggregation: the Caerphilly prospective heart disease study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 1012–1017.
183. A Public Health Approach To Drug Control in Canada. Health Officers Council of British Columbia, 2005:3-5
184. Nutt David J., King Leslie A., Phillips Lawrence D. “Drug harms in the UK: a

- multicriteria decision analysis” *The Lancet*, Volume 376, Issue 9752, Pages 1558 - 1565
185. Laumann, E. (1994). *The Social Organization of Sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
 186. Fish, A., Fairweather, D., Oriel, J., and Ridgeway, G. (1989). Chlamydia trachomatis infection in a gynecology clinic population: Identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 31, 67–74
 187. Handsfield, H., Jasman, L., Roberts, P., Hanson, V.W., Kothenbeutel, R.L., and Stamm, W.E. (1986). Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *Journal of the American Medical Association*, 255, 1730–1734.
 188. Stamm, W. and Holmes, K. (1990). Chlamydia trachomatis infections in the adult. In K. Holmes, P.A. Mardh, P.Sparling, P.Weisner, W.Cates, S.Lemon et al. (Eds.) *Sexually Transmitted Diseases*, 2nd edition (pp. 181–193). New York: McGraw-Hill, Inc.
 189. Morrison, C., Schwingl, P., and Cates, W.J. (1997). Sexual behavior and cancer prevention. *Cancer Causes and Control*, 8, S21–S25.
 190. IOM (Institute of Medicine) (1997). *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*. T.R.Eng and W.T.Butler (Eds.). Washington, DC: National Academy Press.
 191. Brunham, R., Holmes, K., and Embree, J. (1990). Sexually transmitted diseases in pregnancy. In K.Holmes, P.Mardh, P.Sparling, P.Weisner, W.Cates, S.Lemon et al. (Eds.) *Sexually Transmitted Diseases*, 2nd edition. New York: McGraw-Hill.
 192. Goldenberg, R.L., Andrews, W.W, Yuan, A.C., MacKay, H.T., and St. Louis, M.E. (1997). Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy. *Clinics in Perinatology*, 24, 23–41
 193. Zieliński Andrzej Najczęściej spotykane błędy w badaniach przesiewowych. „Przegląd Epidemiologiczny”. 56, 2002:193-198
 194. Marcinkowski J. T., Rosada Juszkat R., Higiena pracy i zagadnienia pokrewne. w: Marcinkowski J. T. (red.): *Podstawy higieny*. Volumed, Wrocław 1997:375-427
 195. Kaplan, G.A. and Keil, J.E. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of the literature. *Circulation*, 88, 1973–1998.
 196. Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
 197. Davey Smith, G., Wentworth, D., Neaton, J.D., Stamler, R., and Stamler, J. (1996).

- Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. I. and II White and Black men. *American Journal of Public Health*, 86, 486–504.
198. Mackenbach, J.P., Stronks, K., and Kunst, A.E. (1989). The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Social Science and Medicine*, 29, 369–376.
199. Berkman, L. and Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In L.Berkman and I.Kawachi (Eds.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
200. Baumeister, R.F. and Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin* 117, 497– 529.
201. Cohen, S. and Syme, L. (Eds.). (1985). *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press.
202. Seeman, T. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6, 442–451.
203. Reis, H.T. and Judd, C.M. (Eds.) (2000). *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology*. New York: Cambridge University Press.
204. Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269–297.
205. Cohen, S. and Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychology Bulletin*, 98, 310–357.
206. Vaux, A. (1988). Social and emotional loneliness: The role of social and personal characteristics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 722–734.
207. Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 53–79.
208. Pierce, G.R., Sarason, B.R., and Sarason, I.G., (Eds.) (1996). *Handbook of Social Support and the Family*. New York: Plenum Press.
209. Pierce, G.R., Lakey, B., Sarason, I.G., and Sarason, B.R. (Eds.) (1997). *Sourcebook of Social Support and Personality*. New York: Plenum Press.
210. Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J., and Chaudhary, B. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552–559.

211. Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., and Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 2 (8668), 888– 891.
212. Hirsch B.J. and DuBois, D.I. (1992). The Relation of Peers Social Support and Psychological Symptomatology during the Transition to Junior High School: A Two-year Longitudinal Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 20, 333–347.
213. Rhodes, J.E., Contreras, J.M., and Mangelsdorf, S.C. (1994). Natural mentor relationships among Latina adolescent mothers: Psychological adjustment, moderating processes, and the role of early parental acceptance. *American Journal of Community Psychology*, 22, 211–227.
214. Walker, K.N., MacBride, A., and Vachon, M.L.S. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*, 11, 35–41.
215. Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. Bonneau, R.H., Malarkey, W., Kennedy, S., and Hughes, J. (1992). Stress-induced modulation of the immune response to recombinant hepatitis B vaccine. *Psychosomatic Medicine*, 54, 22–29.
216. Kiecolt-Glaser, J.K., Malarkey, W.B., Cacioppo, J.T., and Glaser, R. (1994). Stressful personal relationships: Immune and endocrine function . In R.Glaser and J.Kiecolt-Glaser (Eds.) *Handbook of Human Stress and Immunity* (pp. 321–339). San Diego: Academic Press.
217. Berkman, L. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245–254.
218. Taylor, S.E., Repetti, R.L., and Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411–447.
219. Buysse, D.J., Reynolds, C.F., 3rd, Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193–213.
220. Cacioppo, J.T., Ernst, J.M., Burleson, M.H., McClintock, M.K., Malarkey, W.B., Hawkley, L.C., Kowalewski, R.B., Paulsen, A., Hobson, J.A., Hugdahl, K., Spiegel, D., and Bernston, G.G. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: The MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35, 143–154.
221. Berkman, L. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245–254.

222. Cohen, S. and Herbert, T.B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology* 47, 113–142.
223. Kang, D.H., Coe, C.L., Karaszewski, J., and McCarthy, D.O. (1998). Relationship of social support to stress responses and immune function in healthy and asthmatic adolescents. *Research in Nursing and Health*, 21, 11–28.
224. Kiecolt-Glaser, J.K., Malarkey, W.B., Cacioppo, J.T., and Glaser, R. (1994). Stressful personal relationships: Immune and endocrine function . In R.Glaser and J.Kiecolt-Glaser (Eds.) *Handbook of Human Stress and Immunity* (pp. 321–339). San Diego: Academic Press.
225. Seeman, T. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6, 442–451.
226. Seeman, T.E. and McEwen, B.S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58, 459–471.
227. Uchino, B.N., Cacioppo, J.T., and Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.
228. Helminen, A., Rankinen, T., Mercuri, M., and Rauramaa, R. (1995). Carotid atherosclerosis in middle-aged men. Relation to conjugal circumstances and social support. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23, 167–172.
229. Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K., and Glaser, R. (1996). Psychosocial modulation of cytokine-induced natural killer cell activity in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 58, 264–272.
230. Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., and Gwaltney, J.M., Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1940–1944.
231. Theorell, T., Blomkvist, V., Jonsson, H., Schulman, S., Berntrop E., and Stigendal, L. (1995). Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57, 32–36.
232. Seeman, T., Berkman, L., Blazer, D., and Rowe, J. (1994). Social ties and support as modifiers of neuroendocrine function. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 95–106.
233. Seeman, T. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6, 442–451.
234. Kamarck, T.W., Manuck, S.B., and Jennings, J.R. (1990). Social support reduces

- cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, 52, 42–58.
235. Lepore, S.J., Mata Allen, K.A., and Evans, G.W. (1993). Social support lowers cardiovascular reactivity in an acute stressor. *Psychosomatic Medicine*, 55, 518–524.
236. Ryff, C.D. and Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry* 9, 1–28.
237. Singer, B. and Ryff, C.D. (1999). Hierarchies of life histories and associated health risks. *Annals of the New York Academy of Science*, 896, 96–115.
238. Ryff, C.D. and Singer, B. (Eds.) (2000). *Emotion, Social Relationships, and Health*. New York: Oxford University Press.
239. Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., and Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.
240. Berkman, L. and Syme, S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186–204.
241. Berkman, L. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245–254.
242. Berkman, L. and Kawachi, I. (Eds.) (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press .
243. Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684–694.
244. Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269–297.
245. House, J., Robbins, C., and Metzner, H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123–140.
246. House, J.S., Landis, K.R., and Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
247. Kaplan, G., Salonen, J., Cohen, R., Brand, R., Syme, S., and Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128, 370–380.
248. Orth-Gomer, K. and Johnson, J. (1987). Social network interaction and mortality: A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 949–957.

249. Pennix, B.W., van Tilburg, T., Kriegsman, D.M., Deeg, D.J., Boeke, A.J., and van Eijk, J.T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study, Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146, 510–519.
250. Schoenbach, V., Kaplan, B., Freedman, L., and Kleinbaum, D. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123, 577–591.
251. Seeman, T., Kaplan, G., Knudsen, L., Cohen, R., and Guralnik, J. (1988). Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714–723.
252. Sugisawa, H., Liang, J., and Liu, X. (1994). Social networks, social support and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology*, 49, S3–13.
253. Welin, L., Tibblin, G., Svardsudd, K., Tibblin, B., Ander-Peciva, S., Larsson, B., and Wilhelmsen, L. (1985). Prospective study of social influences on mortality: The study of men born in 1913 and 1923. *Lancet*, 1 (8434), 915–918.
254. Berkman, L.F., Leo-Summers, L., and Horwitz, R.I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction: A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 117, 1003–1009.
255. Case, R.B., Moss, A.J., Case, N., McDermott, M., and Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 267, 515–519.
256. Krumholz, H.M., Butler, J., Miller, J., Vaccarino, V., Williams, C., Mendes, C.F., de Leon, C.F., Seeman, T.E., Kasl, S.V., and Berkman, L.F. (1998). The prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation*, 97, 958–964.
257. Orth-Gomer, K., Uden, A.L., and Edwards, M.E. (1988). Social isolation and mortality in ischemic heart disease. *Acta Medica Scandinavica*, 224, 205–215.
258. Oxman, T.E., Freeman, D.H., Jr., and Manheimer, E.D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57, 5–15.
259. Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J., and Chaudhary, B. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552–559.
260. Williams, R., Barefoot, J., Califf, R., Haney, T., Saunders, W., Pryor, D., Hlatky, M.A., Siegler, I.C., and Mark, D.B. (1992). Prognostic importance of social and economic

- resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 267, 520–524.
261. Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J., and Willett, W.C. (1996). A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the U.S.A. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 245–251.
262. Reed, D., McGee, D., Yano, K., and Feinleib, M. (1983). Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *American Journal of Epidemiology*, 117, 384–396.
263. Vogt, T.M., Mullooly, J.P., Ernst, D., Pope, C.R., and Hollis, J.F. (1992). Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke, and hypertension: incidence, survival and mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 659–666.
264. Colantonio, A., Kasl, S., and Ostfeld, A. (1992). Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 136, 884–894.
265. Colantonio, A., Kasl, S.V., Ostfeld, A.M., and Berkman, L.F. (1993). Psychosocial predictors of stroke outcomes in an elderly population. *Journal of Gerontology*, 48, S261–S268.
266. Friedland, J. and McColl, M. (1987). Social support and psychosocial dysfunction after stroke: Buffering effects in a community sample. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 475–480.
267. Glass, T., and Maddox, G.L. (1992). The quality and quantity of social support: Stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science and Medicine*, 34, 1249–1261
268. McLeroy, K.B., DeVellis, R., DeVellis, B., Kaplan, B., and Toole, J. (1984). Social support and physical recovery in a stroke population. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1, 395–413.
269. Morris, P., Robinson, R., Andrzejewski, P., Samuels, J., and Price, T. (1993). Association of depression with 10-year poststroke mortality. *American Journal of Psychiatry*, 150, 124–129.
270. Glass, T.A., Matchar, D.B., Belyea, M., and Feussner, J.R. (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*, 24, 64–70.
271. Pescosolido, B. (1986). Migration, medical care and the lay referral system: A network theory of adult socialization. *American Journal of Sociology*, 51, 523–590.
272. Pescosolido, B. (1991). Illness careers and network ties: A conceptual model of

- utilization and compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, 161–184.
273. Uehara, E. (1990). Dual exchange theory, social networks, and informal social support. *American Journal of Sociology*, 96, 521–557.
274. Berscheid, E. and Reis, H.T. (1998). Attraction and close relationships. In D.T.Gilbert, S.T.Fiske, and G.Lindzey (Eds.) *The Handbook of Social Psychology*, Vol. 2, 4th edition (pp. 193–281). Boston: McGraw-Hill..
275. Meyers D., Diener E., Who Is Happy? *Psychological Science*, vol. 6 no. 1, 1995:10-19;
276. Sternberg R., Hojat M., *Satisfaction in Close Relationships*. Guilford Press 1997
277. Kiecolt-Glaser, J.K., Page, G.G., Marucha, P.T., MacCallum, R.C., and Glaser, R. (1998). Psychological influences on surgical recovery. *Perspectives from psychoneuroimmunology*. *American Psychologist*, 53, 1209–1218.
278. Baumeister, R.F. and Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin* 117, 497– 529.
279. Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., and Cacioppo, J.T. (1997). Marital conflict in older adults: Endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine*, 59, 339–349.
280. Ewart, C.K., Taylor, C.B., Kraemer, H.C., and Agras, W.S. (1991). High blood pressure and marital discord: Not being nasty matters more than being nice . *Health Psychology*, 10, 155–163.
281. Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K., Pearl, D., and Glaser, R. (1994). Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones. *Psychosomatic Medicine*, 56, 41–51.
282. Cohen, S., Frank, E., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., and Gwaltney, J.M., Jr. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17, 214–223.
283. Glaser, R., Rabin, B., Chesney, M., Cohen, S., and Natelson, B. (1999). Stress-induced immunomodulation: Implications for infectious diseases? *Journal of the American Medical Association*, 281, 2268–2270.
284. Marangoni, C. and Ickes, W. (1989). Loneliness: A theoretical review with implications for measurement. *Journal of Personal and Social Relationships*, 6, 93–128.
285. Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., Malarkey, W.B., Mercado, A.M., Glaser, R. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346, 1194–1196.

286. Kiecolt-Glaser, J.K., Page, G.G., Marucha, P.T., MacCallum, R.C., and Glaser, R. (1998). Psychological influences on surgical recovery. Perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, 53, 1209–1218.
287. Kawachi, I. and Kennedy, B.P. (1997). Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: Why care about income inequality? *British Medical Journal*, 314, 1037–1040.
288. Kawachi, I. and Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital and health. In L. Berkman and I.Kawachi (Eds.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
289. Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
290. Sampson, R.J., Raudenbush, S.W., and Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918–924.
291. Seeman, T., Berkman, L., Kohout, F., LaCroix, A., Glynn, R., and Blazer, D. (1993). Intercommunity variation in the association between social ties and mortality in the elderly: a comparative analysis of three communities. *Annals of Epidemiology*, 3, 325– 335.
292. Schoenbach, V., Kaplan, B., Freedman, L., and Kleinbaum, D. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123, 577–591.
293. Reed, D., McGee, D., Yano, K., and Feinleib, M. (1983). Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *American Journal of Epidemiology*, 117, 384–396.
294. Karasek, R. and Theorell, T. (1990). *Healthy Work*. New York: Basic Books.
295. Buunk, B.P. and Verhoeven, K. (1991). Companionship and support at work: A microanalysis of the stress-reducing features of social interactions. *Basic and Applied Social Psychology*, 12, 243–258.
296. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job Strain and Cardiovascular Disease. *Annual Review of Public Health*; 15:381-411,1994.
297. Schnall PL, Landsbergis PA, Schwartz JE, Pickering TG. Job Strain and Hypertension
298. Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., and Stansfeld, S.A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal*, 314, 558–565.
299. Johnson, J.V., Stewart, W., Hall, E.M., Fredlund, P., and Theorell, T. (1996). Long-term psychosocial work environmental and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health*, 86, 324–331.

300. North, F.M., Syme, S.L., Feeney, A., Shipley, M., and Marmot, M. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 86, 332–340.
301. Theorell, T., Tsutsumi, A., Hallquist, J., Reuterwall, C., Hogstedt, C., Fredlund, P., Emlund, N., and Johnson, J.V. (1998). Decision latitude, job strain, and myocardial infarction: A study of working men in Stockholm. The SHEEP Study Group. Stockholm Heart epidemiology Program. *American Journal of Public Health*, 88, 382–388.
302. Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., and Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68–74.
303. Moser, K., Fox, A., and Jones, D. (1984). Unemployment and mortality in the OCPS Longitudinal Study. *Lancet*, 2 (8415), 1324–1329.
304. Moser, K., Fox, A., Jones, D., and Goldblatt, P. (1986). Unemployment and mortality: Further evidence from the OCPS Longitudinal Study 1971–1981. *Lancet*, 1 (8477), 365–367.
305. Moser, K., Goldblatt, P., Fox, A., and Jones, D. (1987). Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *British Medical Journal*, 294, 86–90.
306. Kasl, S. and Jones, B. (2000). The impact of job loss and retirement on health. In L. Berkman and I.Kawachi (Eds.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
307. Stefansson, C. (1991). Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980–1986. *Social Science and Medicine*, 32, 419–423.
308. Martikainen P. (1990). Unemployment and mortality among Finnish men, 1981–5. *British Medical Journal* 301:407-411.
309. Iversen, L., Andersen, O., Andersen, P., Christoffersen, K., and Keiding, N. (1987). Unemployment and mortality in Denmark, 1970–80. *British Medical Journal*, 295, 879–884.
310. Costa, G. and Segnan, N. (1987). Unemployment and mortality. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 294, 1550–1551.
311. Martikainen, P. and Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 348, 909–912.
312. Kasl, S. and Jones, B. (2000). The impact of job loss and retirement on health. In L. Berkman and I.Kawachi (Eds.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
313. Westin, S. (1990). The structure of a factory closure: Individual responses to job loss and unemployment in a 10-year controlled follow-up study. *Social Science and Medicine*,

- 31, 1301–1311.
314. Morris, J. and Cook, D. (1991). A critical review of the effect of factory closures on health. *British Journal of Industrial Medicine*, 48, 1–8.
315. Grayson, J. (1989). Reported illness after CGE closure. *Canadian Journal of Public Health*, 80, 16–19.
316. Ferrie, J., Shipley, M., Marmot, M., Stansfeld, S., and Davey Smith, G. (1995). Health effects of anticipation of job change and non-employment: Longitudinal data from the Whitehall II study. *British Medical Journal*, 311, 1264–1269.
317. Ferrie, J., Shipley, M., Marmot, M., Stansfeld, S., and Davey Smith, G. (1998). The health effects of major organisational change and job insecurity. *Social Science and Medicine*, 46, 243–254.
318. Mattiasson, I., Lindegarde, F., Nilsson, J., and Theorell, T. (1990). Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: Longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. *British Medical Journal*, 301, 461–465.
319. Vahtera, J., Kivimaki, M., and Pentti, J. (1997). Effect of organizational downsizing on health of employees. *Lancet*, 350, 1124–1128.
320. Heaney, C., Israel, B., and House, J. (1994). Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social Science and Medicine*, 38, 1431–1437.
321. Gall, T., Evans, D., and Howard, J. (1997). The retirement adjustment process: Changes in the well-being of male retirees across time. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, 110–117.
322. Kasl, S. and Jones, B. (2000). The impact of job loss and retirement on health. In L. Berkman and I. Kawachi (Eds.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
323. Wilkinson, R.G. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, 304, 165–168.
324. Wilkinson, R.G. (Ed.) (1986). *Class And Health: Research and Longitudinal Data*. London: Tavistock.
325. Kaplan, G.A., Pamuk, E., Lynch, J.W., Cohen, R.D., and Balfour, J.L. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: Analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*, 312, 999–1003.
326. Kennedy, B.P., Kawachi, I., and Prothrow-Stith, D. (1996). Income distribution and mortality: Cross-sectional ecologic study of the Robin Hood Index in the United States.

- British Medical Journal, 312, 1004–1007.
327. Lynch, J., Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Cohen, R.D., Heck, K.E., Balfour, J.L, and Yen, I.H. (1998). Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *American Journal of Public Health*, 88, 1074–1080.
328. Soobader, M.J. and LeClere, F.B. (1999). Aggregation and the measurement of income inequality: Effects on morbidity. *Social Science and Medicine*, 48, 733–744.
329. Kennedy, B.P., Kawachi, I., Glass, R., and Prothrow-Stith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: Multilevel analysis. *British Medical Journal*, 317, 917–921.
330. Kawachi, I. and Kennedy, B.P. (1997). Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: Why care about income inequality? *British Medical Journal*, 314, 1037–1040.
331. Kawachi, I., Kennedy, B.P., and Lochner, K. (1997). Long live community: Social capital as public health. *The American Prospect*, 35, 56–59.
332. Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K., and Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87, 1491–1498.
333. Dressler, W.W. (1996). Culture and blood pressure: Using consensus analysis to create a measurement. *Cultural Anthropology Methods*, 8, 6–8.
334. Kawachi, I., Levine, S., Miller, S.M., Lasch, K., and Amick, B.C.I. (1994). *Income Inequality and Life Expectancy: Theory, Research, and Policy*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
335. Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
336. Jencks, C. (1992). *Rethinking Social Policy: Race, Poverty, and the Underclass*. Cambridge: Harvard University Press.
337. Krieger, N. (2000). Discrimination and health: A U.S. perspective on concepts, methods, and measures for epidemiologic research on health consequences of embodying racism, sexism, and other forms of social inequality. In L.Berkman and I.Kawachi (Eds.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
338. Krieger, N. and Sidney, S. (1996). Racial discrimination and blood pressure: The CARDIA study of young black and white adults. *American Journal of Public Health*, 86, 1370– 1378.
339. Krieger, N. (1990). Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? *Social Science and Medicine*, 30, 1273–1281.

340. Krieger, N., and Sidney, S. (1997). Prevalence and health implications of anti-gay discrimination: A study of black and white women and men in the CARDIA cohort. *Coronary Artery Risk Development in Young Adults. International Journal of Health Services*, 27, 157–176.
341. LaVeist, T. (1992). The political empowerment and health status of African-Americans: Mapping a new territory. *American Journal of Sociology*, 97, 1080–1095.
342. Diez-Roux, A.V., Nieto, F.J., Muntaner, C., Tyroler, H.A., Comstock, G.W., Shahar, E., Cooper, L.S., Watson, R.L., and Szklo, M. (1997). Neighborhood environments and coronary heart disease: A multilevel analysis. *American Journal of Epidemiology*, 146, 48–63.
343. Nayef R.F. Al-Rodhan and G. Stoudmann, *Pillars of Globalization*. Geneva: Slatkine, 2006
344. Albrow, M. (1990) 'Introduction', in M. Albrow and E. King (eds) *Globalization, Knowledge and Society*. London: Sage. 1990:8
345. Kempny M., *Globalizacja [w:] Encyklopedia socjologii*. Oficyna Naukowa, Warszawa, 1998:241
346. Giddens A., *Socjologia*. PWN, Warszawa, 2004:74-75
347. Giddens A., *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity.1990:64
348. Robertson R., 1992. *Globalization: Social Theory and Global Culture*. London: Sage. 1992:8
349. Rakesh Mohan J., *International Business*, Oxford University Press, New Delhi and New York 2009
350. Riley T., *Year 12 Economics*. Tim Riley Publications, 2005:9
351. Hardt M., Negri A., *Imperium*. Wydawnictwo WAB, Warszawa, 2005
352. Stiglitz J., *Szalone lata dziewięćdziesiąte*. PWN, Warszawa 2006
353. Murakami Wood D., (red.) *Raport o społeczeństwie nadzorowanym*. Sporządzony przez Surveillance Studies Network dla Rzecznika ds. Informacji, 2006
354. Szumańska M., Głowacka D., *Nadzór 2011. Próba podsumowania*. Fundacja Panoptykon 2011
355. Galtung J., *Świat w kryzysie ekonomicznym*. Wyd. NHK, Warszawa 2000:9, 24
356. Dumenil G., Levy D., *Capital Resurgent: Roots of the Neoliberal Revolution*. Cambridge and London: Harvard University Press. 2004:41-63
357. Weber M., *Etyka protestancka a duch kapitalizmu*, Lublin, 1994:175, 180-184
358. Foucault M., *Nadzorować i karać*, Wydawnictwo Fundacji Aletheia, Warszawa 2009

359. Bauman Z., Płynne czasy. Życie w epoce niepewności. Wydawnictwo Sic! Warszawa, 2007
360. Krawczyk – Wasilewska V., Współczesna wiedza o folklorze, Warszawa: LSW 1986:50
361. Beck U., Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności. Wyd. Scholar, Warszawa, 2002
362. Mills C. W., Elita władzy. Wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1961
363. Gasset J. O., Bunt mas. Wyd. Muza, Warszawa. 2002
364. Beniger J. R., The Control Revolution, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1986
365. Castells M., Społeczeństwo sieci. PWN, Warszawa, 2010
366. Goban-Klas T., Społeczeństwo masowe, informacyjne, sieciowe czy medialne? Ethos 1-2 (69-70), 2005
367. Rifkin J., Wiek dostępu. Nowa kultura hiperkapitalizmu, w której płaci się za każdą chwilę życia. Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław, 2004
368. Urry J., Socjologia mobilności. PWN, Warszawa, 2009
369. Jacyno M., Kultura indywidualizmu. PWN, Warszawa, 2007:135
370. Donabedian A., Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them. w: Zola I., McKinlay J., Organizational Issues in the Delivery of Health Services NY: Prodist, 1974
371. Harding J., Bodies at risk, sex surveillance and hormone replacement therapy, w: Petersen A., Bunton R., Foucault, Health and Medicine, London and NY: Routledge, 1997
372. Jacyno M., Kultura indywidualizmu. PWN, Warszawa, 2007:139

Rozdział 2

1. Rada Monitoringu Społecznego (2011). Diagnoza społeczna: zintegrowana baza danych. www.diagnoza.com [07.2012]
2. Szczepański J., Elementarne pojęcia socjologii. PWN, Warszawa, 1970
3. Elias N., Społeczeństwo jednostek. PWN, Warszawa 2008
4. Bauman Z., Przyczynek do fenomenologii roju. Krytyka Polityczna 2010
5. Tarde G., Opinia i tłum. Biblioteka Tygodnika Ilustrowanego, Warszawa 1904
6. Hardt M., Negri A., Imperium. Wydawnictwo WAB, Warszawa, 2005
7. Bourdieu P., The forms of capital. in: J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education, New York: Greenwood, 1986:241-258
8. Bourdieu P., The forms of capital. in: J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research

- for the Sociology of Education, New York: Greenwood, 1986:249
9. Bourdieu P., Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2005:55, 460-461, 450-456, 608-610
 10. Babbie E., Badania społeczne w praktyce. PWN, Warszawa, 2007
 11. Hair J., Multivariate Data Analysis. Prentice Hall, 2010
 12. Książek J., Matyja O., Pleszyńska E., Wiech M., Analiza danych medycznych i demograficznych przy użyciu programu GradeStat. Instytut Podstaw Informatyki PAN i Instytut 'Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka', Warszawa, 2005
 13. Babbie E., Badania społeczne w praktyce. PWN, Warszawa, 2007:343-353

R3

1. Kaleta D., Makowiec-Dąbrowska T., Jegier A., Lifestyle Index And Work Ability. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 19(3), 2006:170-177
2. Kwaśniewska M., Kaleta D., Dzikowska-Zaborszczyk E., Drygas W., Makowiec-Dąbrowska T., Lifestyle Index And Self-Rated Health Status. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 20(4), 2007:349-356
3. Kwaśniewska M., Kaczmarczyk-Chałas K., Dzikowska-Zaborszczyk E., Kucharczyk K., Drygas W., Healthy behaviours, lifestyle index and cardiometabolic risk. The results of the WOBASZ project 2003-2005. Polish Journal of Cardiology. 2010:103-108
4. Reeves M., Rafferty A., Healthy Lifestyle Characteristics Among Adults in the United States, 2000. Arch Intern Med. 165(8), 2005:854-857
5. Lenz T., Gillespie N., Skradski J., Viereck L., Packard K., Monaghan M., Development of a Composite Lifestyle Index and Its Relationship to Quality of Life Improvement: The CLI Pilot Study. ISRN Preventive Medicine, 2013
6. Flöel A., Witte A.V., Lohmann H., Wersching H., Ringelstein E.B., Berger K., Knecht S., Lifestyle and Memory in the Elderly. Neuroepidemiology, 31, 2008:39-47
7. Burgos J.R., Healthy Lifestyle Index and Caloric Intake Associated with Brain Structure and Function in an Elderly Swedish Population. Uppsala University, 2011
8. <https://www.healthylifestyleindex.sg/> z dnia 10.10.2013
9. Tobiasz-Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2000:61-63
10. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny

Warszawa, 2012:52-55

11. Tobiasz-Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2000:123-127
12. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -Państwowy Zakład Higieny Warszawa 2012:287-304
13. Tobiasz-Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2000:120-123
14. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012:291
15. CBOS, Postawy wobec narkotyków. Komunikat z badań BS/89/2011, Warszawa, 2011
16. Sytuacja narkotykowa w Polsce. Raport krajowy 2009. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2009
17. Tobiasz-Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2000:127-129
18. Wilkinson R., Marmot M., Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization, Geneva, 2003
19. Social inequalities in health in Poland World Health Organization 2012:84-90
20. Social inequalities in health in Poland World Health Organization 2012:37-47
21. Brummett BH., Barefoot JC., Siegler IC., Clapp-Channing NE., Lytle BL., Bosworth HB., Williams RB. Jr., Mark DB., Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosom Med*, 63, 2001:267–272
22. Berkman LF., Glass T., Social integration, social networks, social support, and health. in: Berkman LF., Kawachi I., eds. *Social Epidemiology*. New York: Oxford, 2000
23. Jaremka L., Fagundes C., Glaser R., Bennett J., Malarkey W., Kiecolt-Glaser J., Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38 (8), 2013:1310–7
24. Udell J., Steg P., Scirica B., et al, Living Alone and Cardiovascular Risk in Outpatients at Risk of or With Atherothrombosis. *Arch Intern Med*. 2012:1086-95.
25. Hawkley L., Cacioppo J., Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. In: *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 2010

26. Social inequalities in health in Poland. World Health Organization 2012i; GUS, Trwanie życia w 2012 roku. Warszawa, 2013
27. GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., Warszawa, 2011
28. CBOS, Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. Komunikat z badań BS/110/2012 , Warszawa, 2012
29. GUS, Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. Warszawa, 2011
30. Tönnies F., Wspólnota i stowarzyszenie. Rozprawa o komunizmie i socjalizmie jako empirycznych formach kultury. PWN, Warszawa, 1988
31. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, DRAFT, 2007:48
32. Malabou C., The Future of Hegel. Plasticity, Temporality and Dialectic. Routledge, London and NY, 2005:21-76
33. Sokołowska M., Socjologia medycyny. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1986:224-228
34. Clarke A., Shim J., Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine in: Pescosolido B., at all, Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing, Springer, 2011
35. CBOS, Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. Komunikat z badań, Warszawa, 2012
36. Ingarden R., Książeczka o człowieku. Wydawnictwo Literackie, Kraków, 2009
37. Bataille G., Erotyzm. (L'Érotisme, Éditions de Minuit, Paris 1957; X) Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk, 1999
38. Žižek S., The Spectre of Ideology. Verso, 1995:1
39. Jameson F., Imaginary and symbolic in Lacan. in: Jameson, F., The ideologies of theory. Vol. 1. Situations of theory, Minneapolis: University of Minnesota Press, 1989
40. Žižek S. Sublime object of ideology. Verso, London-NY, 2008
41. Crawford R., Healthism and the Medicalization of Everyday Life. Int'l J of Health Services, 10(3), 365-388, 1980
42. Crawford R., Health as a Meaningful Social Practice. Health, t. 10, nr 4, 2006
43. Galama T., A Contribution to Health Capital Theory. RAND working papers, 2011
44. Lazzarato M., The Making of the Indebted Man. Semiotext(e), LA, 2012

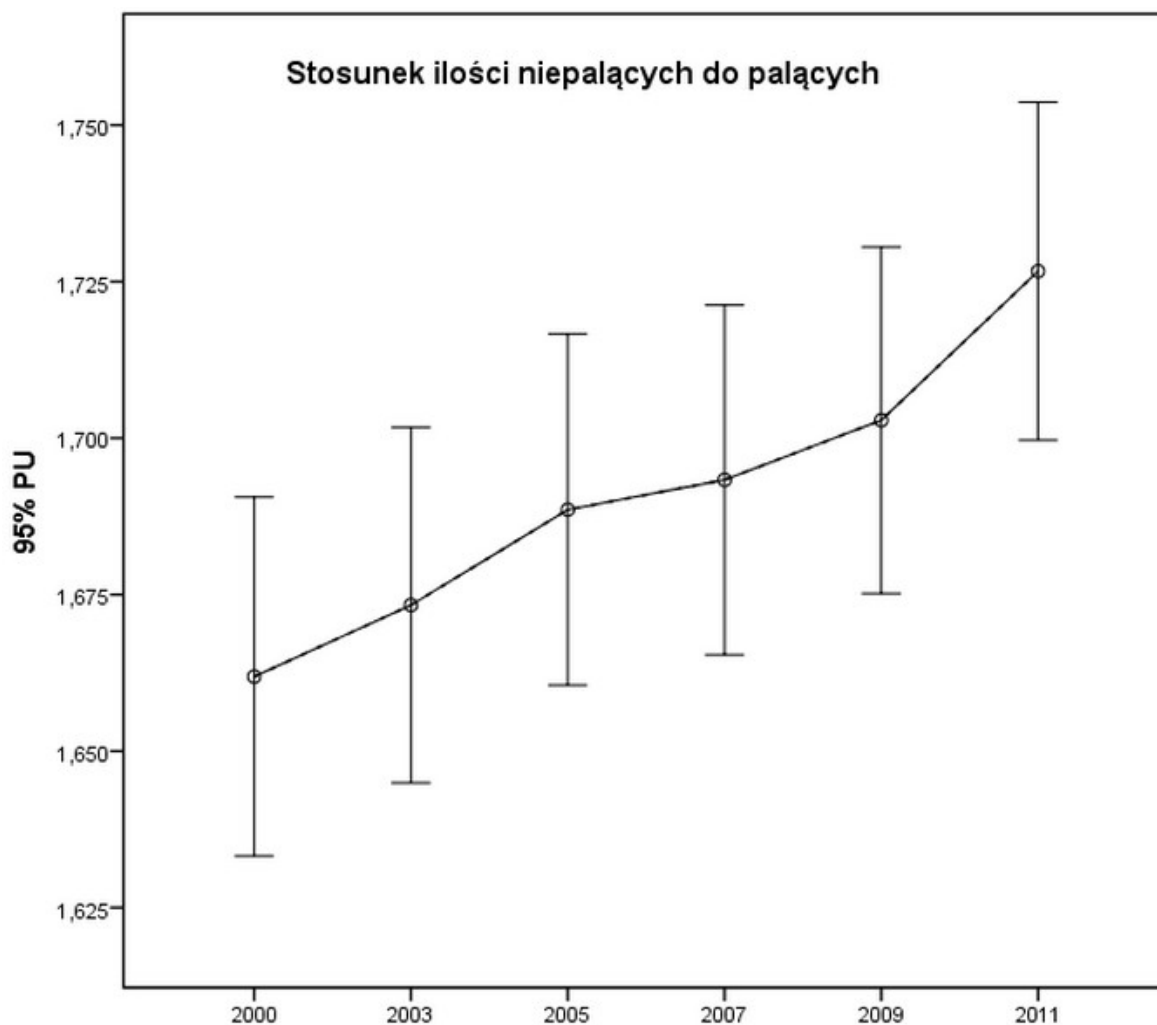
Załączniki

Załącznik 1

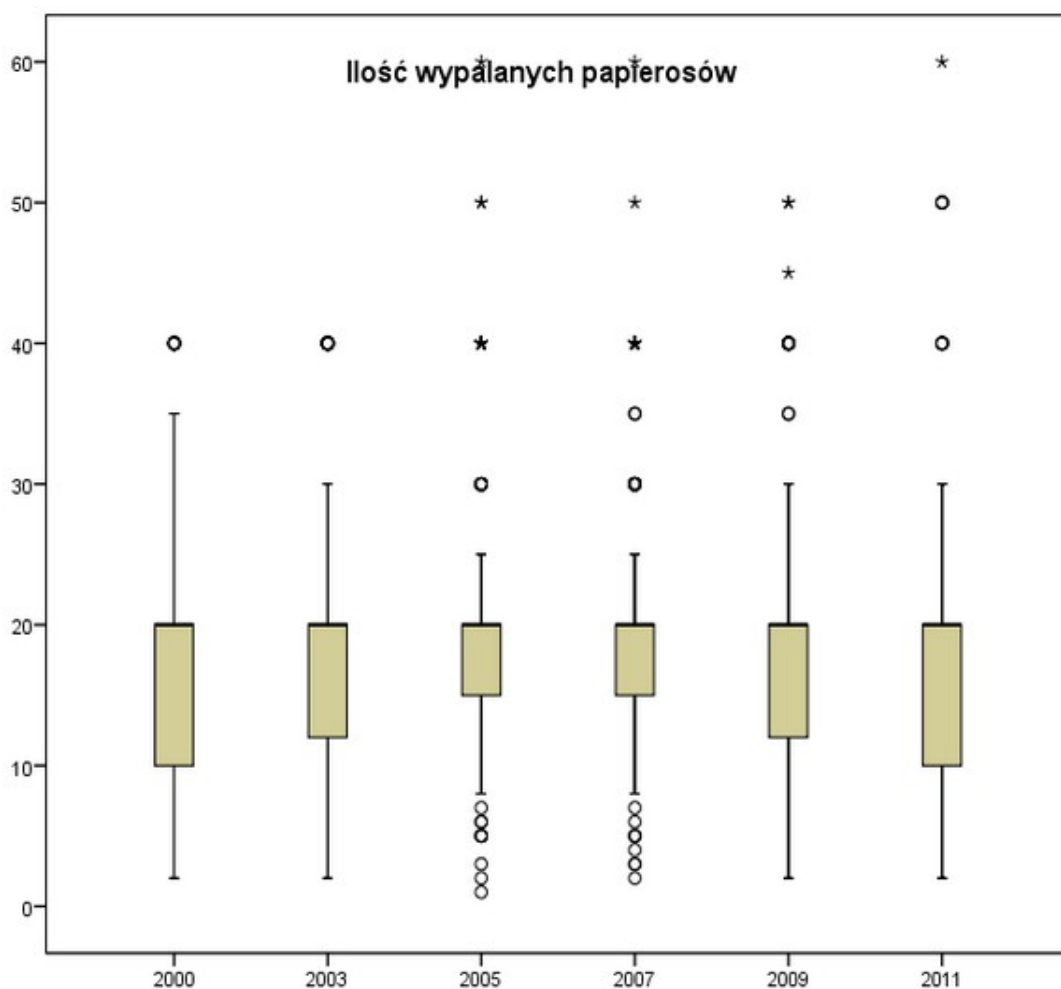
Ponieważ, ze względu na niedostateczne dane, nie jest możliwe określenie zmian wartości w zastosowanym indeksie Zdrowotności Stylu Życia w dłuższej perspektywie czasowej, przedstawione zostaną tylko dostępne informacje na temat jego składowych, to znaczy palenia papierosów, sposobów radzenia sobie ze stresem, picia alkoholu i używania narkotyków (brak informacji na temat BMI oraz Aktywności Fizycznej).

Papierosy

Średni poziom ilości osób niepalących do palących był istotnie statystycznie najniższy w 2000 roku ($M=1.66$, $SD=0.47$), natomiast istotnie wyższy w 2011 roku ($M=1.74$, $SD=0.44$, $t(1235)=5.45$, $p,0.001$). Na początku 21 wieku paliło 33% badanej populacji, natomiast 11 lat później 26%. Zmiany można również obserwować w krótszych odcinkach czasowych.

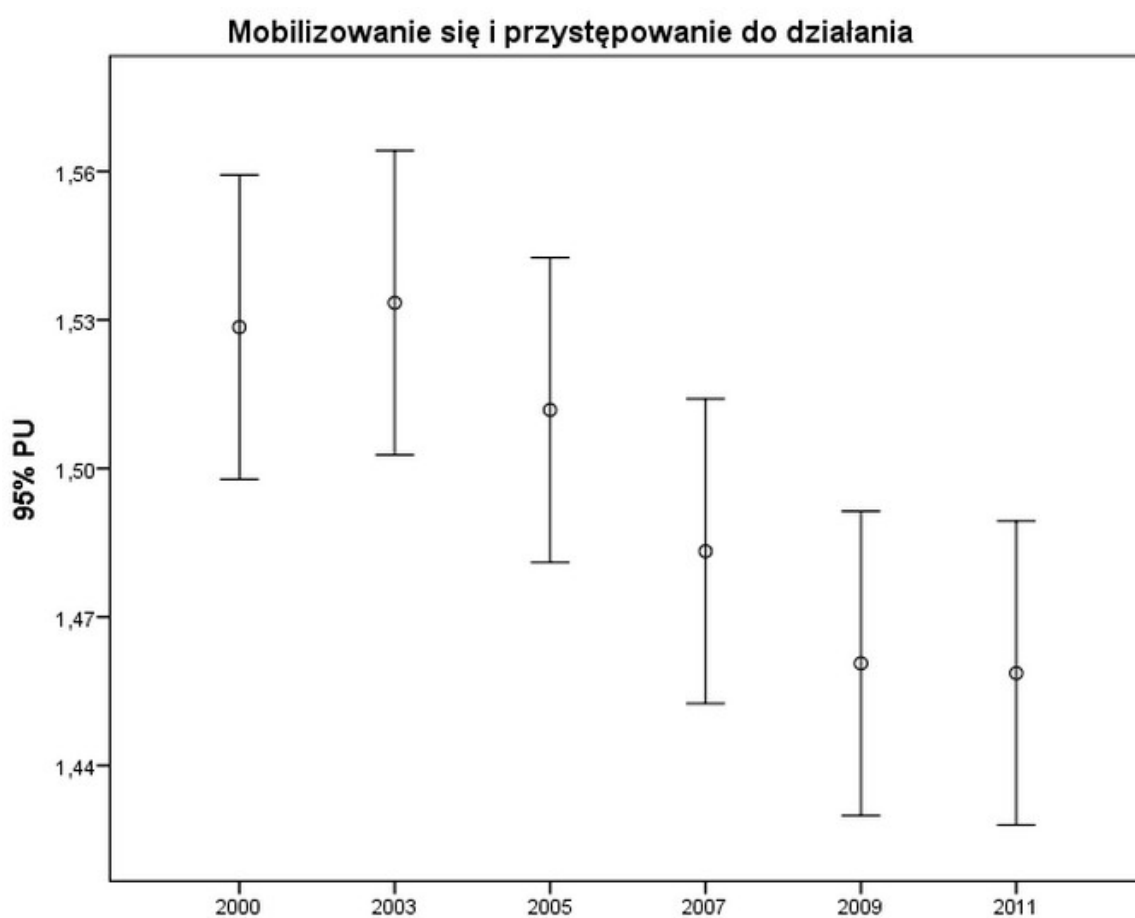


Nie zaobserwowano natomiast istotnej zmiany w średniej ilości wypalanych papierosów wśród palących (choć możemy obserwować spadek nieistotny statystycznie).

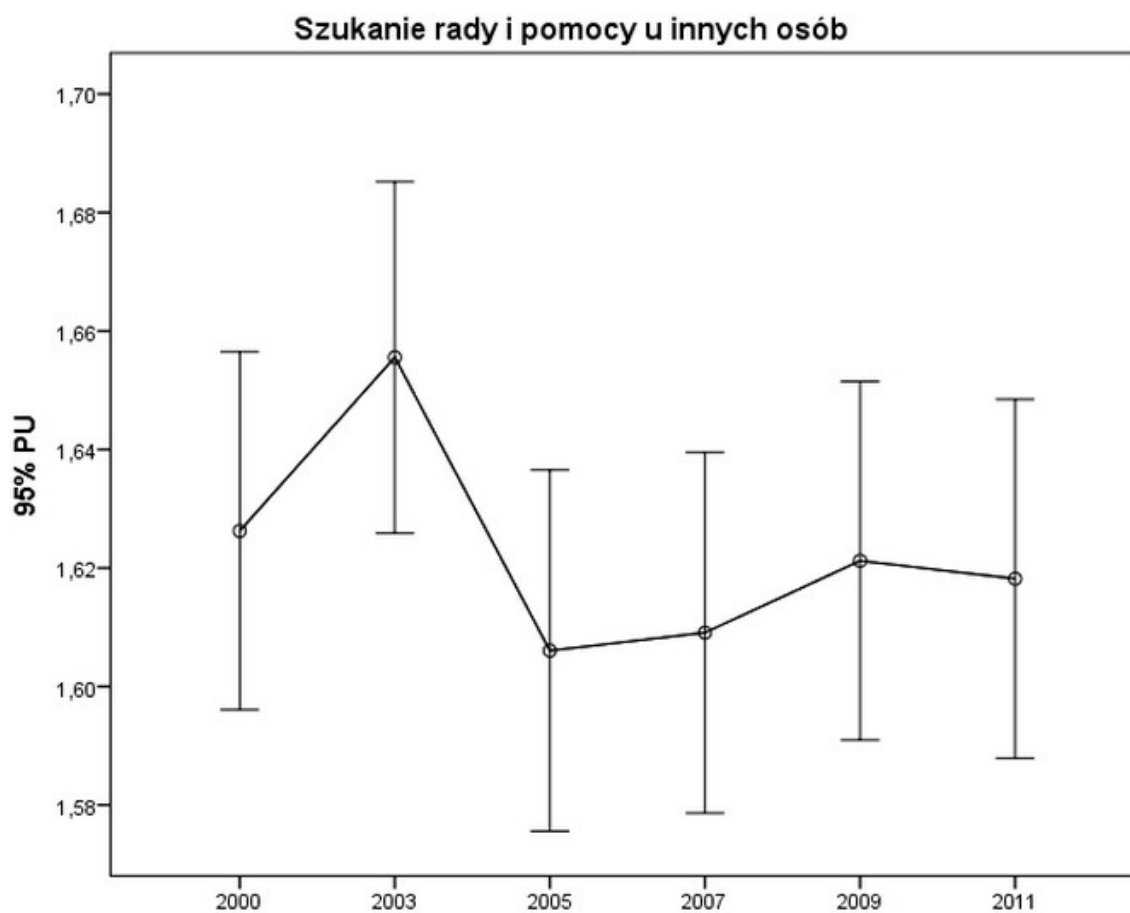


Coping

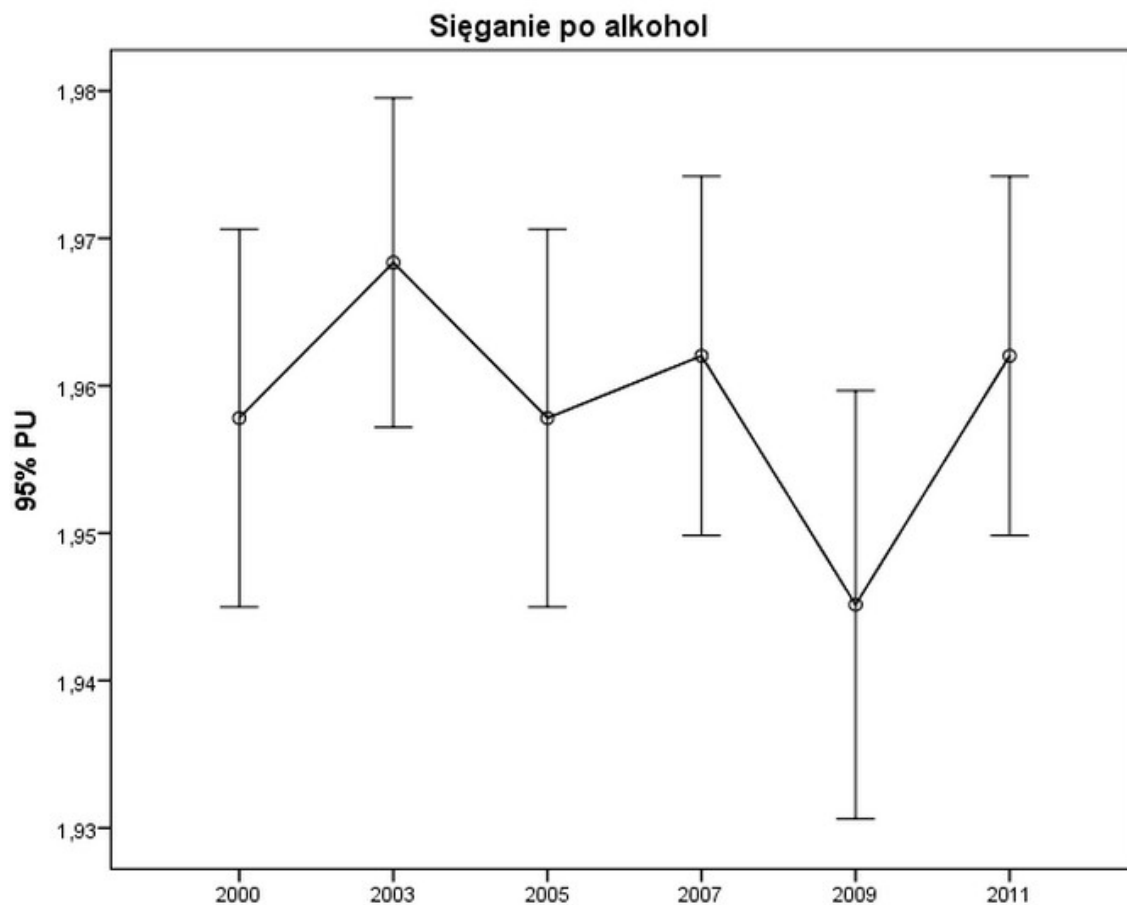
Spośród strategii stosowanych w trudnych sytuacjach życiowych możemy obserwować istotny wzrost średniego poziomu mobilizowania się i przystępowania wówczas do działania. Średni poziom tej reakcji był najniższy w 2000 roku ($M=1.54$, $SD=0.49$), natomiast znacząco wyższy w 2011 roku ($M=1.48$, $SD=0.5$, $t(1234)=2.98$, $p<0.003$), choć w ciągu tych 11 lat ilość osób która wybiera to rozwiązanie zwiększyła się zaledwie o 2%.



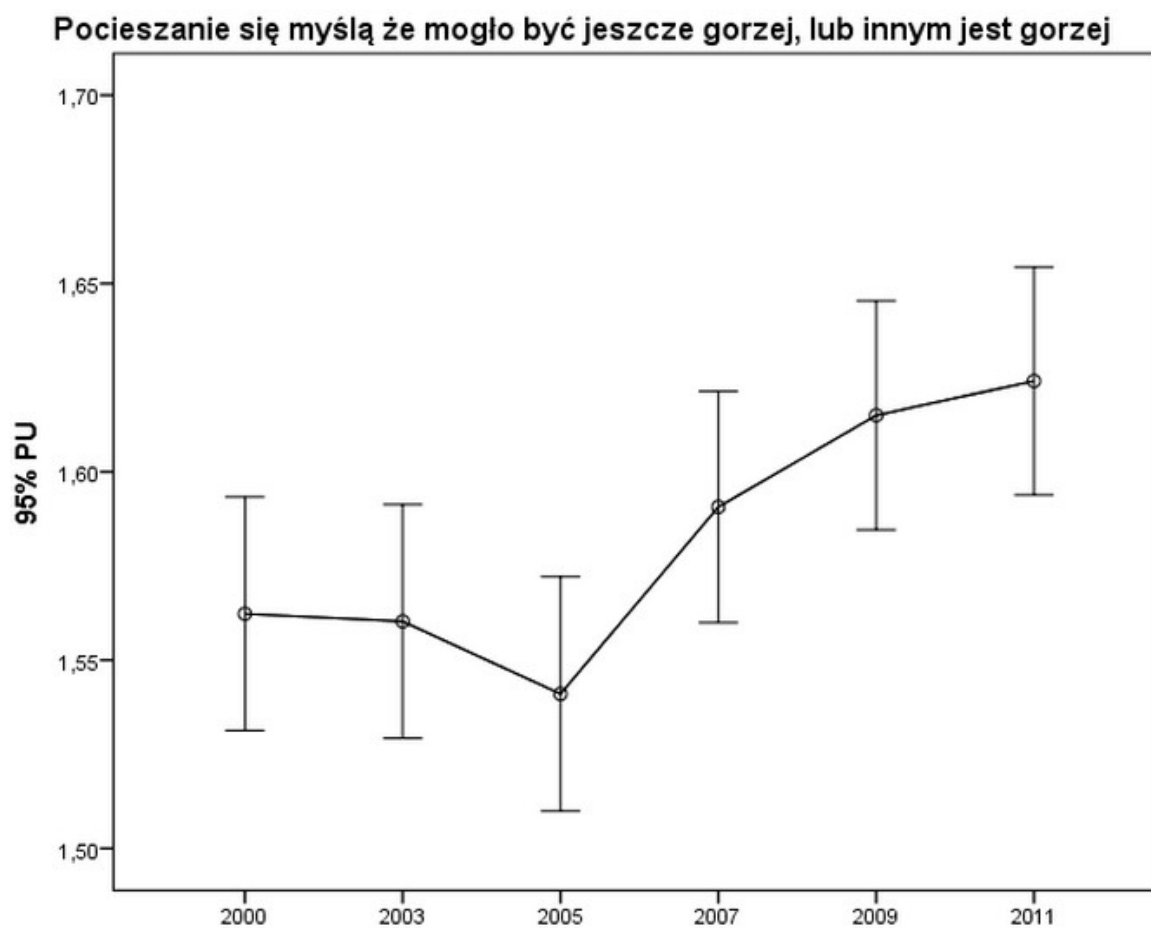
Wzrósł, ale nieznacznie i nieistotnie statystycznie średni poziom szukania rady i pomocy u innych ludzi, między rokiem 2000. ($M=1.64$, $SD=0.48$), a 2011 ($M=1.61$, $SD=0.49$, $t(1226)=1.42$, $p=0.157$).



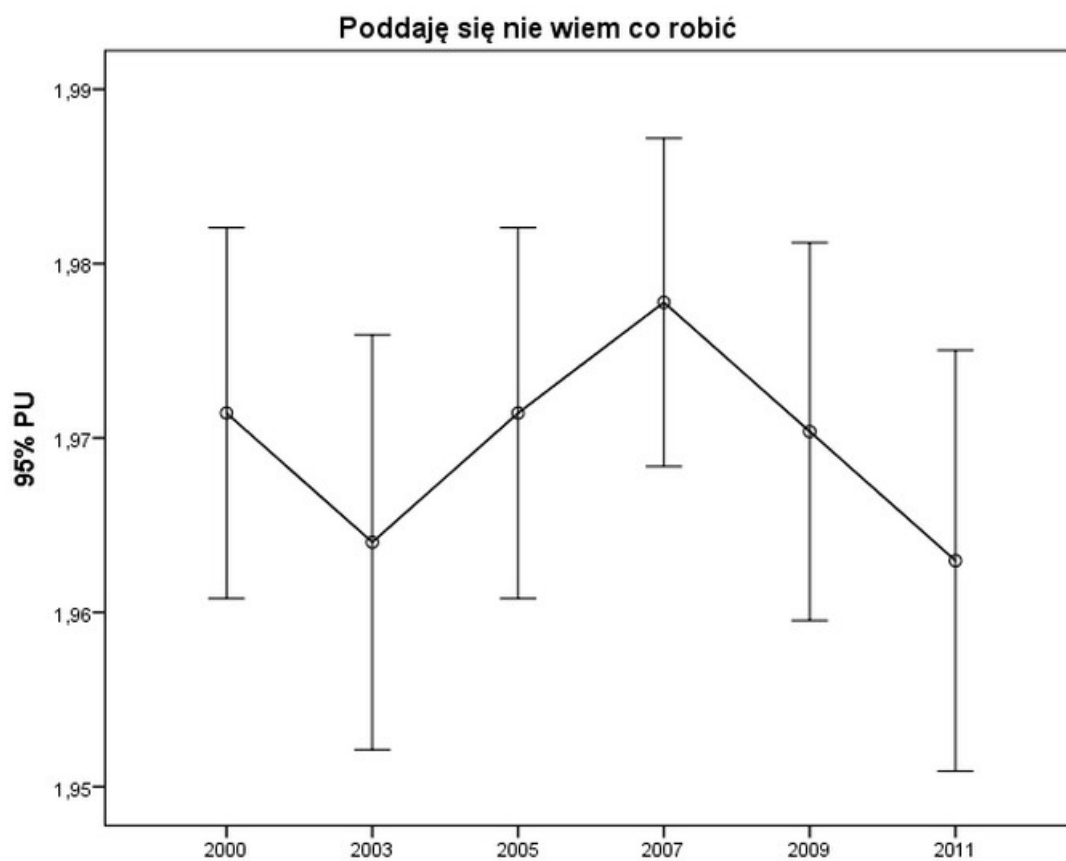
Nie wystąpiły istotne różnice w średnim poziomie sięgania po alkohol w trudnych sytuacjach w ciągu badanych 11 lat: 2000 (M=1.96, SD=0.2), a 2011 r. (M=1.96, SD=0.19, $t(1223)=0.33$, $p=0.739$).



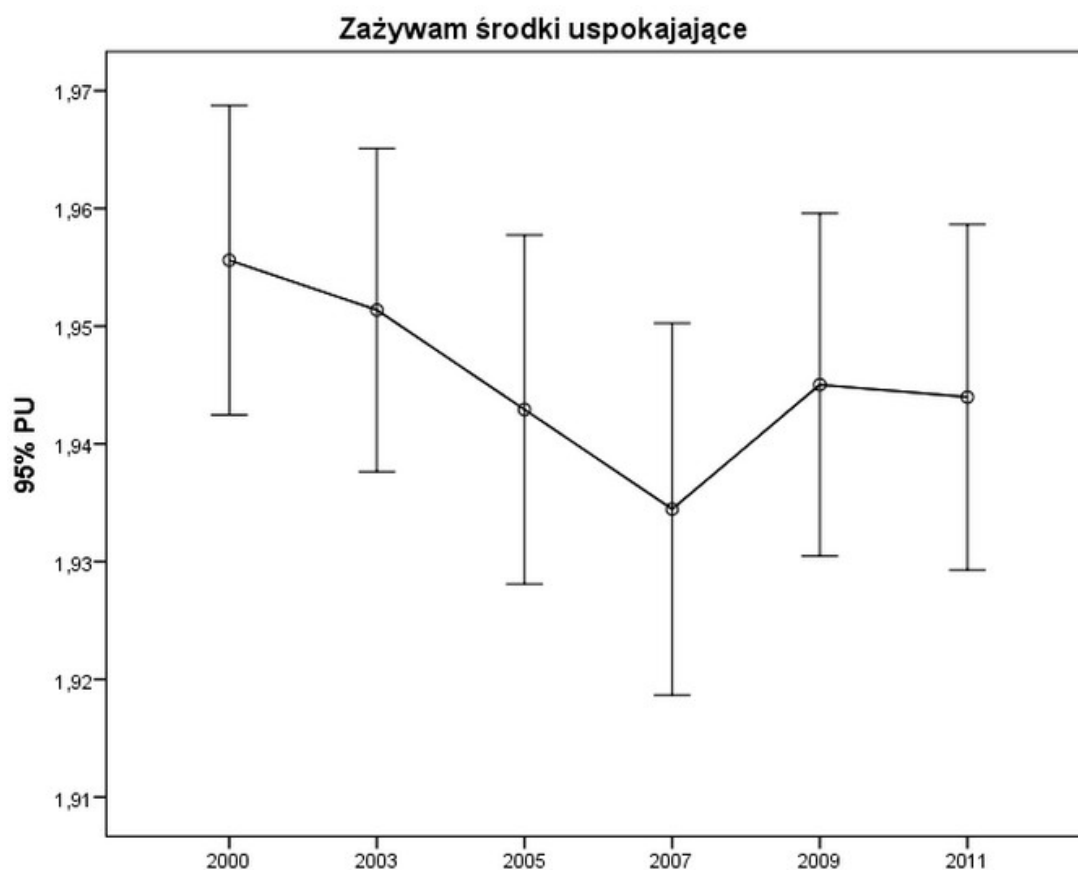
Pomiedzy rokiem 2000 ($M=1.56$, $SD=0.5$), a 2011 ($M=1.62$, $SD=0.48$, $t(1230)=3.1$, $p<0.02$) spadła istotnie statystycznie liczba osób które pocieszają się, że mogło być jeszcze gorzej, lub też uważają, że innym jest gorzej.



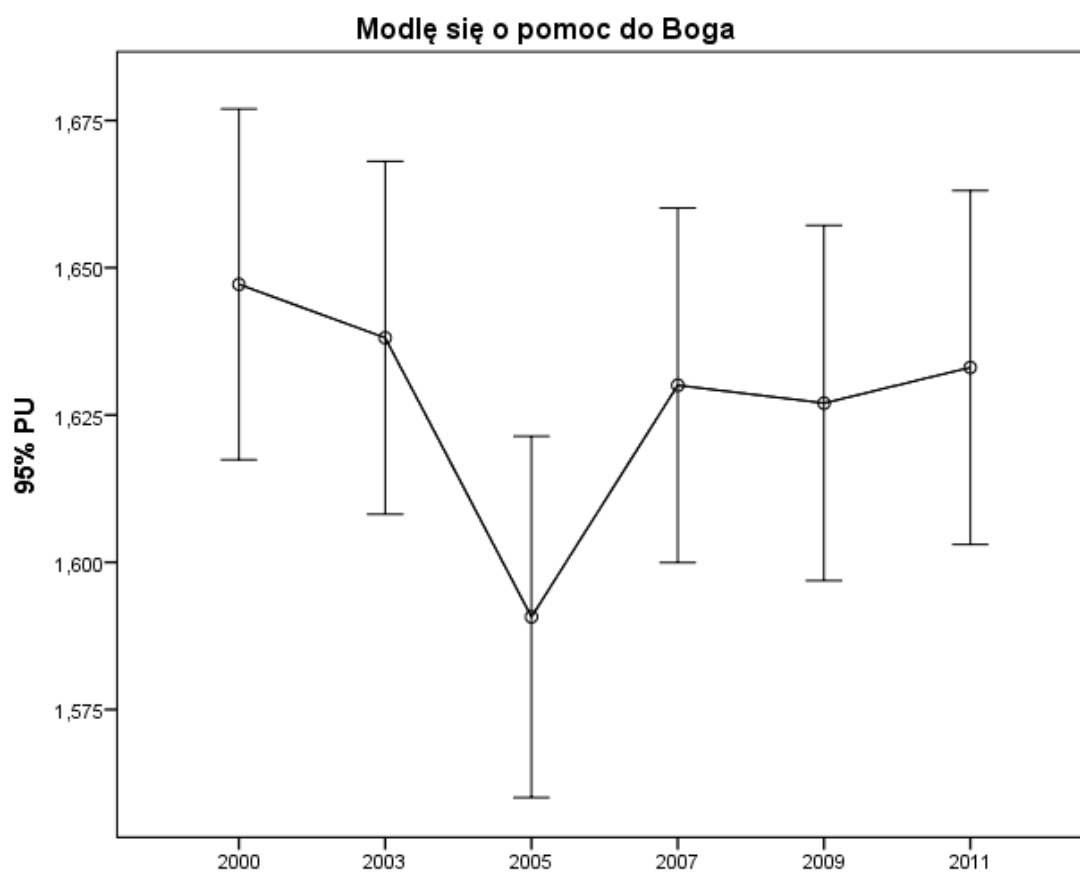
Pozostała bez zmian i nie jest ona istotna statystycznie średnia odpowiedzi osób które poddają się w sytuacji problemów życiowych między 2000 rokiem ($M=1.97$, $SD=0.17$), a 2011 r. ($M=1.97$, $SD=0.18$, $t(1224)=3.5$, $p=0.726$).



Nie wystąpiły istotne różnice w średnim poziomie zażywania środków uspokajających w trudnych sytuacjach w ciągu badanych 11 lat: 2000 (M=1.96, SD=0.2), a 2011 r. (M=1.95, SD=0.2, $t(1226)=1.28$, $p=0.201$).

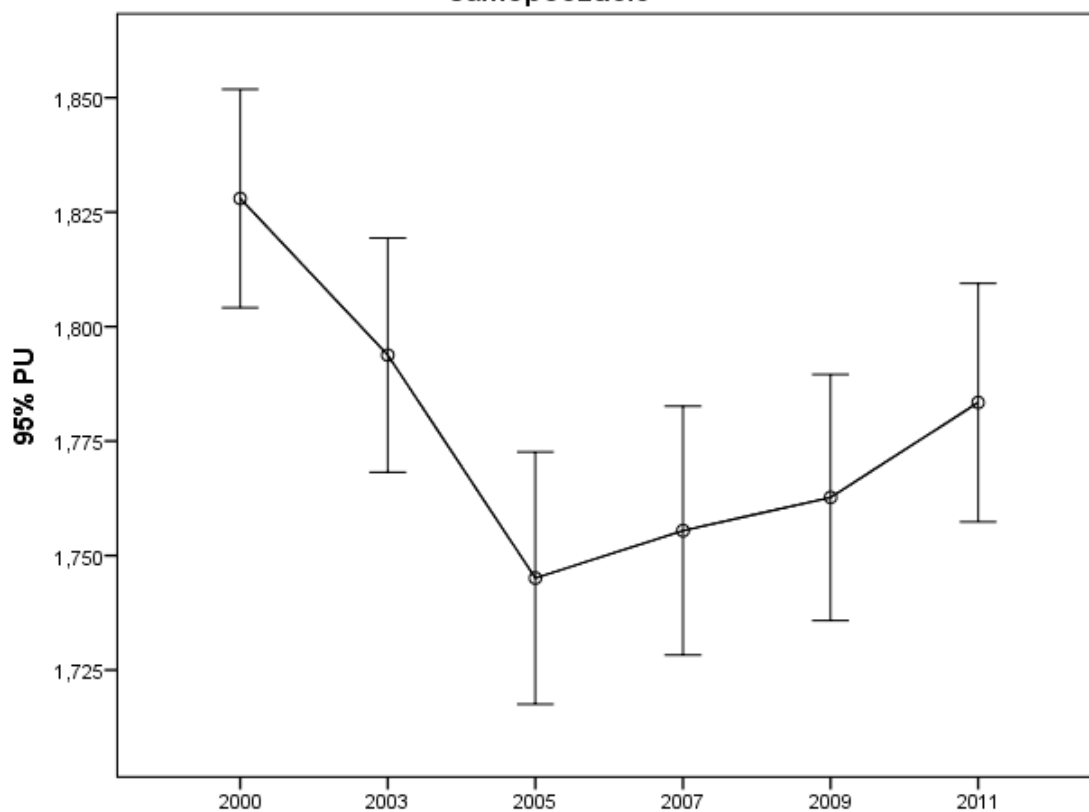


Nie wystąpiły istotne różnice w średnim poziomie modlenia się do Boga w trudnych sytuacjach w ciągu badanych 11 lat: 2000 ($M=1.66$, $SD=0.47$), a 2011 r. ($M=1.65$, $SD=0.48$, $t(1230)=5.21$, $p=0.602$).



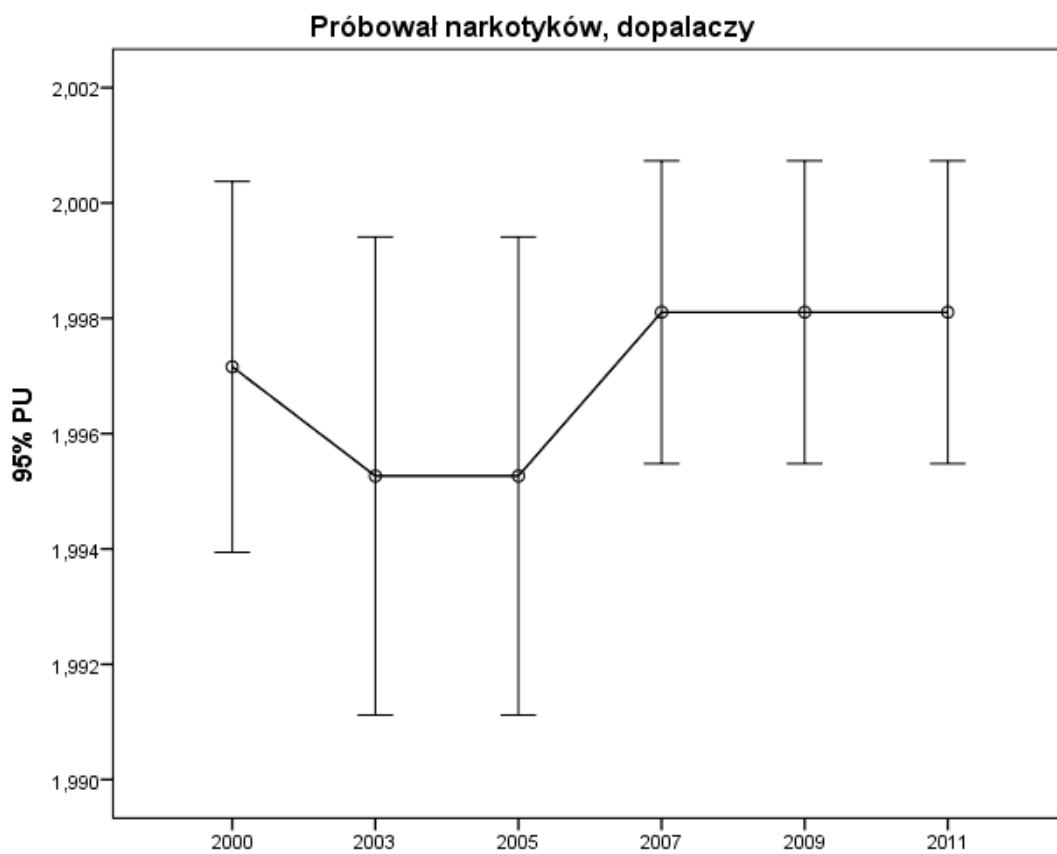
Nie wystąpiły istotne różnice w średnim poziomie zajmowania się innymi rzeczami, które odwracają uwagę i poprawiają nastrój w trudnych sytuacjach w ciągu badanych 11 lat: 2000 (M=1.82, SD=0.38), a 2011 r. (M=1.79, SD=0.4, $t(1225)=1.83$, $p=0.067$).

Zajmuję się innymi rzeczami, które odwracają moją uwagę i polepszają moje samopoczucie



Narkotyki i alkohol

Nie wystąpiły istotne różnice w średnim poziomie próbowania narkotyków lub dopalaczy w ciągu badanych 11 lat: 2000 (M=2.0, SD=0.05), a 2011 r. (M=2.0, SD=0.05, $t(1237)=0.0$, $p=1.000$).



Nie wystąpiły istotne różnice w średnim poziomie picia zbyt dużej ilości alkoholu w ciągu badanych 11 lat: 2000 (M=1.94, SD=0.24), a 2011 r. (M=1.93, SD=0.26, $t(1239)=1.3$, $p=0.194$).



Streszczenie

Znaczenie: Nauka powszechnie uznaje styl życia za jeden z kluczowych czynników wpływających na zdrowie. Zdrowy styl życia pojawia się jako wzorzec i zalecenie przy poprawie zdrowia i jakości życia. Style życia zależą jednak od różnorodnych aspektów, z których znaczna część pozostaje poza możliwością kształtowania przez jednostkę. Kilka procesów można wyróżnić gdy mówimy o zmianach dotyczących współczesnych społeczeństw zachodnich. To procesy związane ze zmianami w charakterze kapitalizmu, jako dominującego systemu ekonomicznego (globalizacja i hiperkapitalizm), malejąca rola tradycji w życiu codziennym (społeczeństwo posttradycyjne), rosnąca świadomość niekorzystnych i nieodwracalnych skutków modernizacji (społeczeństwo ryzyka), zmiany we wspólnotowości i organizacji społecznej oraz coraz większe znaczenie technologii (zwłaszcza związanych z informacją i komunikacją).

Cele: Cele badania można określić jako deskrypcyjne i eksplanacyjne, ale pewne elementy mają charakter eksploracyjny. O ile również praca ta przede wszystkim ma charakter empiryczny, o tyle istotną jej część stanowią rozważania teoretyczno-analityczne, zarówno podczas formułowania problemu, jak i wniosków. Celem badania empirycznego jest opisanie i wyjaśnienie zjawiska zdrowego stylu życia jako aspektu rozpowszechnionego w społeczeństwie polskim oraz charakteru treści z nim związanych propagowanego w internecie. Z perspektywy analitycznej kluczowym zagadnieniem jest rola jaką pełni zdrowy styl życia w późnonowoczesnym społeczeństwie zachodnim, do którego możemy zaliczyć Polskę.

Metody: Badanie przeprowadzono na bazie dwóch źródeł danych: cyklicznego, panelowego badania ogólnopolskiego diagnoza społeczna, dostępnego do wolnego pobrania ze strony internetowej (www.diagnoza.com), w postaci bazy danych, raportów i zastosowanych narzędzi badawczych (kwestionariusze i instrukcje), oraz samodzielnie utworzonego zbioru treści opublikowanych w internecie. W przypadku pierwszego źródła danych na które składają się wyniki ankiet (w badaniach z roku 2011 przebadano 12386 gospodarstw domowych i 26453 indywidualne osoby, dobrane do badań przy pomocy losowania warstwowego) do ich analizy wybrano techniki statystyczne (przede wszystkim modelowanie równań strukturalnych, gradacyjna analiza danych), aby scharakteryzować poziom zdrowotności stylów życia Polaków oraz określić odpowiedzialne za to czynniki. Natomiast w przypadku drugiego źródła, gdzie dane stanowią treści zamieszczone w internecie, opublikowane na głównych polskich portalach (gazeta.pl, interia.pl, onet.pl, wp.pl) w kwietniu 2013, do ich analizy wybrano analizę treści, która pozwala w sposób zarówno jakościowy jak i ilościowy, opisać przekaz medialny, związany ze zdrowym stylem życia. Zdrowy styl życia został zbadany pod postacią jednego złożonego wskaźnika, na który składały się takie wymiary jak

palenie papierosów, masa ciała, aktywność fizyczna, substancje psychoaktywne (alkohol i narkotyki) oraz sposoby radzenia sobie z problemami.

Wyniki: Dane odnoszące się do zachowań pokazują stosunkowo niski poziom rozpowszechnienia zdrowego stylu życia oraz różne zależności między nim a badanymi czynnikami (w tym różnymi formami kapitałów, wskaźnikami zdrowotnymi, czy aspektami związanymi z otoczeniem jednostek). Modelowanie równań strukturalnych pozwala zweryfikować te zależności wykazując szczególnie wpływ klasycznych zmiennych demograficznych wieku i płci, oraz poziomu cyfryzacji i religijności na bardziej prozdrowotne zachowania. Spośród wyłonionych w gradacyjnej analizie danych skupień, również obserwować można potwierdzenie spodziewanych zależności, choć wpływ religijności nie jest tam obserwowany. Analiza treści wykazuje szereg interesujących zjawisk, pomiędzy którymi wyróżnić można ogromne zróżnicowanie proponowanych w poszczególnych sferach rozwiązań, częstokroć niejednoznaczny obraz zalecanych działań oraz dostrzegalny wpływ podmiotów gospodarczych na prezentowany przekaz. Komunikat dotyczący zdrowego stylu życia ma wyraźnych odbiorców oraz sposoby wspierające jego wiarygodność.

Wnioski: Zdrowy styl życia w badanych aspektach rozpowszechniony w społeczeństwie polskim wśród 4% społeczeństwa stanowi poważne wyzwanie dla współczesnego systemu zdrowotnego (medycyny, służby zdrowia, zdrowia publicznego, promocji zdrowia, itp.). Znaczący wpływ na jego kształt takich cech jak wiek, płeć, cyfryzacja czy religijność, każe uwzględniać to w różnorodnych działaniach mających na celu poprawę zdrowia populacji oraz jednostek. Działania te powinny zarówno docierać do grup o mniej prozdrowotnych zachowaniach jak osoby starsze czy mężczyźni, jak i wykorzystywać media elektroniczne (internet) do propagowania pożądaných treści. Zarazem jednak należy uświadomić sobie również, niejako przyrodzoną, odmienną poszczególnych stylów życia, które konstruowane są w opozycji do siebie nawzajem. Może to oznaczać konieczność docierania do poszczególnych grup przy pomocy odmiennych form a może i treści, lub też akcentowania nieistotnych zdrowotnie różnic, aby tym samym odwracać uwagę od tych ryzykownych. Z drugiej strony wbrew obiegowym przekonaniom zdrowy styl życia nie jest jedynie elementem świadomego wyboru jednostek czy grup, ale odzwierciedla ich całościową pozycję w strukturze społecznej oraz warunki życia. Tak długo i w takim stopniu w jakim będziemy obserwowali zasadnicze w tych kwestiach różnice, tak długo też zdrowy styl życia będzie przedmiotem wzajemnych rozgrywek. Wreszcie problem wykorzystywania koncepcji zdrowego stylu życia do dyscyplinowania społeczeństwa, wykluczania z jego szeregów osób, które nie chcą się mu podporządkować, czy też medykaliżowania tych zachowań i stanów, oraz nadużywania go niezgodnie z założeniami przez podmioty gospodarcze czy też państwowe, rodzi szereg wątpliwości zarówno natury etycznej jak i politycznej. Sama ta koncepcja daleka jest od ścisłości naukowej, jak

również jej istota może być niezgodna z interesem ludzkości.

Abstract

Importance: Science widely recognized way of life as one of the key determinants of health. Healthy lifestyle appears as a standard and recommendation while improving health and quality of life. Lifestyles depends on a variety of aspects, much of which is outside the control of the individual. Several processes can be distinguished when we talk about changes relating to contemporary Western societies. These are the processes associated with changes in the nature of capitalism as the dominant economic system (globalization and hypercapitalism), the decreasing role of tradition in everyday life (posttraditional society), a growing awareness of the adverse and irreversible effects of modernization (risk society), changes in the organization of community and social services and the increasing importance of technology (especially related to information and communication).

Objectives: The objectives of the study can be characterized as a description and explanation, but some elements are exploratory. While the research work is primarily empirical, there are many important theoretical and analytical considerations that are part of it, both in the formulation of the problem, and conclusions. The aim of the empirical study is to describe and explain the prevalence of healthy lifestyles in Polish society and the nature of of its content promoted on the internet. From an analytical perspective the key issue is the importance that a healthy lifestyle plays in the late modern Western societies, which can include Poland.

Methods: The study was based on two sources of data: the cyclical, panel studies nationwide diagnoza społeczna, available for free download from the website (www.diagnoza.com), in the form of databases, reports and applied research tools (questionnaires and instructions), and independently created collection of content published on the Internet. In the case of the first data source consisting of survey results (in the study from 2011 examined 12,386 households and 26,453 individuals, selected for research by using stratified sampling) for their analysis statistical techniques were selected (mainly structural equation modeling, gradation data analysis) to characterize the level of healthy lifestyles of Polish people and to determine influencing factors. While in case of a second source where the data are content published on the Internet, released in major Polish portals (gazeta.pl, interia.pl, onet.pl, wp.pl) in April 2013, for their analysis content analysis was selected, which allows in a way that is both qualitative and quantitative, to describe the media message associated with a healthy lifestyle. Healthy lifestyle has been examined in the form of a composite index, which consisted of such dimensions as smoking, weight, physical activity, psychoactive

substances (alcohol and drugs), and ways of dealing with problems.

Results: The data relating to behavior shows a relatively low prevalence of healthy lifestyles and varied relationships between it and the studied factors (including various forms of capital, health indicators, and aspects related to the environment of people). Structural Equation Modeling allows to verify these relationships by showing a higher influence of classical demographic variables of age and sex, as well as the level of digitization and religion to a more healthy behavior. Among identified in gradation data analysis clusters, we can also observe the confirmation of the expected dependencies although the impact of religiosity is not perceived there. Content analysis presents a number of interesting phenomena, among which we can distinguish enormous variation in each spheres of the proposed solutions, often mixed picture of recommended actions and tangible impact of the economic operators on presented message. Communication concerning healthy lifestyle has clear audience and methods for support its credibility.

Conclusions: Healthy lifestyle in the examined aspects prevalent in Polish society of 4% of the population, is a major challenge for modern health system (medicine, health care, public health, health promotion, etc.). Significant impact on its form such characteristics as age, gender, digitization or religion makes it into account in a variety of activities aimed at improving the health of populations and individuals. These actions should both reach out to groups with less healthy behaviors as older people or men and use electronic media (the Internet) to promote the desired content. At the same time, however, it must be realized also, as it were innate, the individual lifestyle differences that are constructed in opposition to each other. This may mean reaching out to different groups using different forms, and perhaps the content, or emphasizing insignificant differences, to thereby divert the attention from the risky behavior to the healthy one. On the other hand, contrary to popular belief, a healthy lifestyle is not only an element of informed choice of individuals or groups, but reflects their overall position in the social structure and living conditions. So long and so far as we observed substantial differences in these matters, that long a healthy lifestyle will be subject to mutual competition. Finally, the problem of using the concept of a healthy lifestyle to discipline society, exclusion from its ranks people who do not want to submit to the dictates or the medicalization of deviant behaviors and conditions, and the abuse of it in contrary to the assumptions by economic operators or the state, raises a number of concerns both the nature ethical and political. This very concept is far from scientific precision, as well as its essence may be incompatible with the interests of humanity.