

JAKUB RYSZARD STEMPIEŃ
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

IDEOLOGIA HEALTHISMU JAKO *FONS ET ORIGO* MODY NA BIEGANIE*

ZAMIAST WPROWADZENIA — KILKA SŁÓW O ZDROWYM STYLU ŻYCIA POLAKÓW

Czy w Polsce rozpowszechnia się tzw. zdrowy styl życia? Odpowiedź na to pytanie jest trudna, chociaż do dyspozycji pozostają wyniki wielu badań. Można na przykład zauważyć, że w 1993 roku tylko 58% Polaków określało siebie jako dbających o zdrowie, w 2007 roku było to już 80%, a w 2016 roku — 85% (Boguszewski 2016, s. 9). Jednak — jak krytycznie komentuje Krzysztof Puchalski (2015, s. 267) — „Dobre oceny własnego stosunku do zdrowia możliwe są dzięki temu, że w świadomości społecznej dominuje mało wymagająca, «przyjazny» model zdrowego życia (podobnie jak w przypadku jedzenia).

PODZIĘKOWANIA

Autor chciałby podziękować następującym Osobom i Instytucjom: Organizatorom DOZ Maraton Łódź z PZU (wcześniej: Łódź Maraton Dbam o Zdrowie) za życzliwą pomoc w przeprowadzeniu kolejnych edycji badań ankietowych; Studentom Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, którzy brali udział w ankietowaniu zawodników ww. biegu oraz w kodowaniu ankiet do bazy wynikowej; Koledze dr. Rafałowi Mielczarkowi za jego bezinteresowną pomoc przy koordynacji prac ankieterskich; Koledze dr. Jarosławowi Tokarskiemu za bezinteresowne wsparcie przy analizach statystycznych zebranego materiału empirycznego; Anonimowym Recenzentem pierwotnej wersji artykułu za życzliwe i krytyczne uwagi, które pozwoliły na usunięcie wielu słabości tekstu.

Adres do korespondencji: j.r.stempien@wp.pl

* Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z zadania badawczego nr 502-03/6-074-02/502-64-080.

Polega on głównie (jak pokazują różnorodne sondaże) na [...] zdrowym jedzeniu, spacerach lub jakiejś aktywnej rekreacji, wysypianiu się, higienie osobistej, nienadużywaniu leków, niepaleniu papierosów, umiarkowaniu w picciu alkoholu, odpowiednim ubieraniu się w zależności od pogody, wykonywaniu badań profilaktycznych, leczeniu w przypadku choroby. Nie musi on obejmować tych wszystkich zachowań, bo wystarczą tylko dwa–trzy z nich, realizowane z dowolną intensywnością. Spełnienie takich kryteriów, zwłaszcza przy osobistej ich interpretacji, raczej nie sprawia kłopotów. Czasami wystarczy czegoś «nie nadużywać», by uznać, że żyje się zdrowo”.

Odwołując się wprost do sfery faktów, można stwierdzić, że rośnie w naszym społeczeństwie powszechność szczepień ochronnych (przeciwko grypie czy wirusowemu zapaleniu wątroby typu B) oraz badań profilaktycznych (poziom cholesterolu, cukru we krwi itd.) (Piekarzewska, Wieczorkowski, Zajenkowska-Kozłowska 2016, s. 116 i nast.). Między 2007 a 2016 rokiem zwiększył się odsetek osób, które: odżywiają się regularnie, jedząc co najmniej trzy posiłki na dobę (różnica 9 pkt. proc.), profilaktycznie odwiedzają dentystę (3 pkt. proc.) oraz uprawiają różnego rodzaju ćwiczenia fizyczne. We wskazanym wyżej okresie odsetek uprawiających gimnastykę, aerobik lub chodzących na siłownię zwiększył się o 8 pkt. proc. Wzrosła też popularność długich spacerów (różnica 4 pkt. proc.) oraz takich aktywności, jak: bieganie, pływanie, jazda na rowerze, gry zespołowe itp. (18 pkt. proc.) (Boguszewski 2016, s. 13–14). Podobnych danych dostarcza Główny Urząd Statystyczny, który informuje, że między 2008 a 2012 rokiem uczestnictwo członków gospodarstw domowych w zajęciach sportowo-rekreacyjnych zwiększyło się o 8,4 pkt. proc. (Łysoń 2013, s. 47–49).

Wzrostowi popularności pewnych zachowań prozdrowotnych towarzyszą jednak tendencje przeciwne. Zwiększa się odsetek Polaków, którzy mają w życiu do czynienia z sytuacjami stresowymi (różnica 3 pkt. proc. między 2007 a 2016 rokiem). Rośnie też popularność odwiedzin w barach i restauracjach szybkiej obsługi (9 pkt. proc.) (Boguszewski 2016, s. 14). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych informuje, że systematycznie zwiększa się spożycie alkoholu: w 1993 roku średnio na jednego mieszkańca naszego kraju przypadało 6,52 litra spożytego stuprocentowego alkoholu. Odpowiednia wartość dla 2015 roku to już 9,41 litra (www.parpa.pl). Bez większych zmian w ostatnich latach pozostaje odsetek palących papierosy oraz tych, którzy każdego dnia w tygodniu śpią krócej niż 6 godzin (Boguszewski 2016, s. 14). Specjaliści często są zaniepokojeni antyzdrowotnymi nawykami Polaków oraz ich potocznymi przeświadczeniami na temat zdrowia, przypominają, że: „blisko co piąta dorosła osoba w Polsce nie robi nic, by leczyć się, gdy zachoruje, ani by chronić lub wzmacniać stan swojego zdrowia. Ponad dwukrotnie liczniejsza grupa uważa, że z czasem większość problemów zdrowotnych rozwiązuje się sama, więc nic nie trzeba z tym robić. Z kolei $\frac{3}{5}$ społeczeństwa, jak tylko może, unika wizyt u lekarza — mając przy tym świadomość, że powin-

no się odwiedzać go częściej” (Puchalski 2015, s. 257; zob. też Gruszczyńska, Bąk-Sosnowska, Plinta 2015, s. 562).

Polacy jednak coraz częściej sami deklarują, że w ich opinii zdrowy styl życia jest popularny także w naszym kraju. W 1993 roku takiego zdania był tylko co piąty ankietowany przez CBOS (19%), w 2007 roku — co trzeci (33%), w 2012 roku — co drugi (51%), a w 2016 roku taką opinię wyraziły już dwie trzecie respondentów (64%) (Boguszewski 2016, s. 8). Nawet jeśli rozpowszechnienie zdrowego stylu życia w polskim społeczeństwie wydaje się problematyczne, to zbiorowe przeświadczenia o popularności zachowań prozdrowotnych są pewnym socjologicznym faktem. Wydaje się, że wskazują na istnienie normy społecznej (raczej uznawanej niż realizowanej) nakazującej podejmowanie rozmaitych prozdrowotnych działań i unikanie zachowań ryzykownych dla zdrowia. Norma ta w dużej mierze odnosi się do aktywności fizycznej, często kojarzonej czy wręcz utożsamianej z dbałością o zdrowie. Dlatego też mówi się dziś o kulturze fitnessu, a współczesne społeczeństwo bywa nazywane somatycznym (Karlińska 2017, s. 94–96).

MODA NA BIEGANIE, CZYLI „BIEGOWY BOOM” I ZDROWIE

Można sądzić, że obserwowana obecnie w Polsce moda na bieganie pozostaje w związku z ogólnym trendem troski o ciało i zdrowie. Jak pokazują sondaże CBOS, 18% dorosłych Polaków uprawia bieganie, z czego 7% przyznaje się do regularnych treningów (Omyła-Rudzka 2013, s. 3–4)¹. Główna deklarowana przesłanka aktywności fizycznej to przesłanka zdrowotna (Omyła-Rudzka 2013, s. 5). Bieganie stało się trzecią, pod względem popularności, dyscypliną rekreacji ruchowej i ustępuje jedynie jeździe na rowerze i pływowaniu. Portal internetowy (www.maratonypolskie.pl) informuje, że w 2015 roku zorganizowano w Polsce 3399 imprez biegowych. Wiele z nich miało charakter masowy; dość wspomnieć, że Półmaraton Warszawski ukończyło wtedy 12 957 osób.

Moda na bieganie nie jest fenomenem wyłącznie polskim. Przeciwnie, należałoby raczej przyjąć, że jest pochodną wcześniejszego rozpowszechnienia się w krajach zachodnich biegania jako formy aktywności fizycznej i dbałości o zdrowie. Dziś popularność biegania jest odnotowywana powszechnie. W 2013 roku zorganizowano na świecie 3900 maratonów (a więc biegów na dystansie 42,195 km), w których łącznie wzięło udział 1,6 miliona ludzi. Dla porównania — w 1984 roku liczba zawodów maratońskich nie przekraczała tysiąca, a liczba ich uczestników oscylowała wokół 400 tys. (Scheerder, Breedveld,

¹ Wyniki badania wykonanego przez Instytut Badań Rynkowych i Społecznych na zlecenie Polskiego Związku Lekkiej Atletyki w marcu 2015 roku pokazują, że bieganie może uprawiać nawet 21,9% dorosłych Polaków (z czego 83,3% miałoby trenować przynajmniej dwa razy w tygodniu). Badanie zostało wykonane metodą telefonicznego wywiadu kwestionariuszowego CATI na ogólnopolskiej próbie 2081 pełnoletnich mieszkańców naszego kraju.

Borgers 2015, s. 8–9). Na popularność biegania wskazuje też fakt, że w 2014 roku prawie każda z 28 stolic państw należących do Unii Europejskiej (z wyjątkiem Nikozji) miała własną uliczną, masową imprezę biegową, rozgrywaną na dystansie maratońskim. W największych zawodach uczestniczyło nawet kilkadziesiąt tysięcy osób. Gdyby zsumować wszystkich maratończyków w stolicach UE w 2014 roku, to otrzymałoby się imponujący wynik: blisko 244 tys. osób (Stempień 2015, s. 168–170). Dane te dotyczą tylko stołecznych imprez maratońskich, nie obejmują więc zawodów, na różnych dystansach, rozgrywanych w innych miastach i regionach poszczególnych państw. Dość przypomnieć, że Maraton Warszawski to tylko jedna z 3399 imprez, jakie odbyły się w naszym kraju w 2015 roku.

Dalsze rozważania dotyczą ewentualnego związku między współczesną modą na bieganie a ideologią healthismu. Wydaje się on wysoce prawdopodobny, jednak teza taka wymaga empirycznej weryfikacji. Najpierw jednak niezbędne jest przedstawienie kluczowych informacji na temat tej ideologii, wraz z przywołaniem danych dokumentujących jej rozpowszechnienie w społeczeństwie polskim.

IDEOLOGIA HEALTHISMU

Jak piszą Agnieszka Borowiec i Izabella Lignowska (2012, s. 95): „Healthism to zjawisko obserwowane w ciągu ostatnich kilku dekad w społeczeństwach krajów zachodnich. Jest szczególnym rodzajem koncentracji na zdrowiu, które stanowi podstawę definiowania i osiągnięcia dobrostanu, a jednostka może je sobie zapewnić przez zmianę stylu życia” (zob. też Crawford 1980; Gvozdev 2016, s. 46–48). Kluczowego znaczenia nabiera więc idea jednostkowej odpowiedzialności za zdrowie — przyjmuje się, że przez podejmowanie lub niepodejmowanie różnego typu codziennych zachowań każdy człowiek determinuje stan swojego zdrowia. Na pierwszy rzut oka ten pogląd wydaje się zbliżony do popularnej koncepcji tzw. pól zdrowia, zaproponowanej w 1974 roku w raporcie *A New Perspective on the Health of Canadians* przez Marca Lalonde’a, ministra zdrowia i opieki społecznej Kanady. Wyróżnia on cztery zespoły czynników o różnym stopniu oddziaływania na zdrowie jednostki. Są to: styl życia (ok. 50%–52% wpływu na zdrowie), środowisko życia (ok. 20%), czynniki biologiczno-dziedziczne (ok. 20%) oraz organizacja opieki medycznej (ok. 10%–15%) (Woynarowska 2010, s. 44–45). Wpływ stylu życia na zdrowie może być zatem równie duży jak oddziaływanie wszystkich pozostałych czynników, potraktowanych łącznie². Koncepcji Lalonde’a nie należy jednak utożsamiać

² Prozdrowotnych stylów życia może być wiele; w różnym stopniu i w różnej konfiguracji uwzględniają one takie elementy zmniejszające ryzyko zachorowania, jak: odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, badania profilaktyczne. Z kolei katalog zachowań ryzykownych obejmuje między innymi: nadużywanie leków, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psycho-

z ideologią healthismu, gdyż większe znaczenie nadaje ona zmiennym niezwiązanym ze stylem życia. W przypadku healthismu starania i działania jednostki mają charakter centralny, pozostałym kwestiom nie poświęca się uwagi.

Według Roberta Crawforda, który w 1980 roku w artykule *Healthism and the Medicalization of Everyday Life* po raz pierwszy zaproponował termin „healthism”, istotne znaczenie dla pełnego opisu i zrozumienia omawianego zjawiska ma sposób pojmowania zdrowia jako wartości życiowej. Uznaje się bowiem, że nie tylko jest to wartość najważniejsza, lecz że ma ona specyficznie instrumentalny charakter. Zwolennicy ideologii healthismu zakładają zatem, iż optymalna realizacja innych ważnych dla jednostki wartości (takich jak sukcesy zawodowe czy szczęście rodzinne) jest możliwa pod warunkiem zachowania zdrowia (Borowiec, Lignowska 2012, s. 96; Gvozdev 2016, s. 46–48).

Zdrowie przez zwolenników ideologii healthismu jest więc postrzegane jako wartość szczególnie istotna (pozwalająca na osiągnięcie różnych, bardziej lub mniej konkretnych, celów życiowych), a zarazem taka, którą można realizować poprzez odpowiedni styl życia. Podejmując zatem rozmaite codzienne czynności i zachowania, należy uwzględniać ich zdrowotne konsekwencje. Zachowania służące zdrowiu (aktywność fizyczna, zdrowa dieta itd.) są postrzegane nie tylko jako korzystne dla jednostki, lecz także jako słuszne w ogólności (w tym w sensie moralnym³). Jak pisze Barbara Woynarowska (2010, s. 74): „zachowania prozdrowotne stają się cechą (symbolem) dobrego życia”. Natomiast zachowania szkodliwe dla zdrowia (palenie tytoniu, dopuszczanie do otyłości itd.) są definiowane jako naganne i złe. Przypisywanie ocen moralnych różnym zachowaniom, ze względu na ich konsekwencje zdrowotne, uprawomocnia kontrolę społeczną i presję w tym obszarze: działania „dobre” są wzmacniane (np. komplementowanie osób, którym udało się schudnąć), a działania „złe” należy piętnować (np. zwracanie uwagi osobom, które prowadzą niehigieniczny tryb życia)⁴ (zob. Borowiec, Lignowska 2012, s. 97).

W ideologii healthismu zdrowie ma być warunkiem realizacji wielu życiowych wartości, a codzienne zachowania (dotychczas nie utożsamiane ze zdrowiem) są oceniane ze względu na ich pro- lub antyzdrowotne konsekwencje. Tym samym healthism może być postrzegany jako składowa ogólniejszego procesu medykalizacji społeczeństwa (Woynarowska 2010, s. 74; Słońska 2005, s. 97; Gvozdev 2016, s. 46–48), który polega na tym, że „coraz więcej nieme-

aktywnych, brawurową jazdę samochodem (Gruszczyńska, Bąk-Sosnowska, Plinta 2015, s. 561–562; Woynarowska 2010, s. 52; Gałuszka, Legiędź-Gałuszka 2008, s. 71–72).

³ Prowadzone są nawet analizy, oparte na teorii Crawforda, które dowodzą, że zdrowie staje się dziś swoistą religią (Pelters, Wijma 2016, s. 129–148).

⁴ Warto tu przywołać interesujące francuskie studium z 2010 roku, dotyczące stygmatyzacji osób palących papierosy. Wykazało ono, że większość niepalących nie zdecydowałaby się na zatrudnienie palacza w swojej firmie i nie powierzyłaby mu opieki nad swoimi dziećmi. Stygmatyzacja palaczy ma różne stopnie nasilenia, przy najwyższym można mówić o potępieniu w sensie moralnym oraz o społecznym odrzuceniu i izolacji (Peretti-Watel i in. 2014, s. 282–290).

dycznych dziedzin życia podlega jurysdykcji medycyny” (Wieczorkowska 2008, s. 108; Sokołowska 1986, s. 224–227).

Tak rozumiany healthism — podobnie jak cały proces medykalizacji — może być oceniany jako zjawisko mające zróżnicowane skutki społeczne. Do pozytywnych niewątpliwie należy popularyzacja problematyki zdrowotnej i zachowań prozdrowotnych. Wskazać tu można również podniesienie poziomu kompetencji zdrowotnych (ang. *health literacy*), gdyż ludzie uznający zdrowie za rzecz istotną najpewniej chcą więcej dowiedzieć się na ten temat. Healthism powinien zatem prowadzić do poprawy stanu zdrowia w skali całej populacji lub w jej istotnych segmentach. Można też jednak wskazać pewne tendencje, które budzą niepokój (Woynarowska 2010, s. 74). Chodzi tu o swoisty terroryzm zdrowotny, rozumiany jako presja, aby jednostki postępowały w sposób oceniany — na gruncie aktualnej wiedzy medycznej — jako odpowiedni (Słońska 2005, s. 96–99). Problemem jest również tzw. obwinianie ofiary, a więc przypisywanie choremu odpowiedzialności za zachorowanie, co jest wątpliwe zarówno w świetle wiedzy medycznej (choćby kwestia chorób uwarunkowanych genetycznie), jak i ze względów moralnych (Słońska 2005, s. 97; Woynarowska 2010, s. 74; Gvozdev 2016, s. 46–48). Wskazuje się ponadto, że hołdowanie ideologii healthismu może prowadzić do obsesji na punkcie zdrowia, a w konsekwencji do zaburzeń behawioralnych o charakterze uzależnienia od czynności związanych z pielęgnowaniem zdrowia (Lizak, Seń, Kochman 2012). Określenie healthismu przez Woynarowską (2010, s. 74) mianem nadmiernej koncentracji na zdrowiu, jest zatem w pełni uzasadnione.

Według Crawforda (1980), ideologia healthismu okazała się szczególnie atrakcyjna dla reprezentantów klasy średniej⁵. Wymagana przez tę ideologię samodyscyplina jednostki i przywiązywanie wagi do wysiłku, prowadzącego do nagrody odroczonej w czasie — wszystko to odpowiada takim trwałym dyspozycjom *middle class*, jak: samokontrola, asceza, pracowitość oraz indywidualizm. Crawford zarazem podkreślał, że społeczne znaczenie ideologii healthismu nie wyczerpuje się w obszarze problematyki *stricte* zdrowotnej. Ideologia ta jest bowiem istotna dla jednostek i grup także z uwagi na oferowane przez nią możliwości manifestowania przynależności klasowej. „Zachowania będące przejawem tzw. zdrowego stylu życia, czyli między innymi kontrolowanie stanu własnego zdrowia, wstrzymywanie się od palenia tytoniu, stosowanie «zdrowej diety», uprawianie aktywności fizycznej, ograniczanie spożycia alkoholu itp., mogą być rozumiane jako praktyki symboliczne zorientowane na zachowanie granic grup społecznych, w tym wypadku klasy średniej” (Borowiec, Lignowska 2012, s. 96–97).

⁵ Obserwacje Crawforda pochodzą z lat siedemdziesiątych XX wieku, jednak zachowały one aktualność (Wróblewski, w druku) i także dziś healthism pozostaje przede wszystkim ideologią klasy średniej (Greenhalgh, Wessely 2004, s. 197–213).

Potrzeba potwierdzania przynależności klasowej jest szczególnie istotna dla reprezentantów *middle class* w czasie kryzysów gospodarczych. Jednostki stają wtedy wobec groźby deklasacji (w przypadku „białych kołnierzyków” będzie to zwolnienie z pracy, w przypadku starej klasy średniej zagrożenie upadkiem własnej firmy). W takiej sytuacji mogą być one — według Crawforda — skłonne do realizowania rozmaitych praktyk nakierowanych na manifestowanie tożsamości i przynależności klasowej. Ideologia healthismu okazuje się tu pomocna, pozwala bowiem na przypisanie szczególnych (klasowych) sensów takim (pozazawodowym) aktywnościom, jak *jogging*, uczęszczanie na pływalnię czy siłownię. Zarazem realizowanie tych aktywności może stanowić dla jednostki — w okresie pomyślności ekonomicznej — pretekst do hedonistycznych zachowań konsumpcyjnych, które na ogół są postrzegane jako sprzeczne z duchem ascezy i skromnością (właściwymi klasie średniej). Na gruncie healthismu „usprawiedliwione” stają się więc zakupy „profesjonalnego” sprzętu treningowego, poradników czy karnetów wstępu do mniej lub bardziej luksusowych obiektów spa & fitness itd. Tym samym healthism pozwala na godzenie etyki wysiłku i pracy z etyką przyjemności i konsumpcji.

Na dyskutowany tu konstrukt ideowy i fenomen społeczny, czyli na charakterystykę ideologii healthismu, składają się zatem:

- przeświadczenie o prymarnym charakterze zdrowia jako wartości życiowej;
- przekonanie o jednostkowej odpowiedzialności za zdrowie;
- moralne konotacje praktyk prozdrowotnych (i gotowość do podejmowania działań „korygujących” szkodliwe dla zdrowia/niemoralne zachowanie innych);
- klasowy charakter (*middle class*);
- klasowe funkcje ideologii (integracja, demarkacja).

Pięć wskazanych elementów składowych ideologii healthismu można traktować jako „ekstrakt” spełniający warunki zastosowania w badaniach empirycznych. Innymi słowy, na pytanie: „Czy healthism leży u źródeł polskiej mody na bieganie?”, można szukać odpowiedzi w badaniach opartych na powyższych kryteriach. Należy zarazem podkreślić, że związek między ideologią healthismu a popularnością biegania ma do tej pory status jedynie hipotezy, która bywa czasem zgłaszana i popierana odpowiednią argumentacją (Karlińska 2016, 2017; Stempień 2015). Hipoteza ta nie była jednak do tej pory testowana w badaniach empirycznych.

Trzeba zaznaczyć, że kluczowe znaczenie dla dalszych rozważań i analiz ma fakt społecznego przypisywania bieganiu korzyści zdrowotnych. Jak informuje CBOS, wśród Polaków przekonanie takie rośnie. Odpowiadając na pytanie brzmiące: „Z poniższej listy proszę wybrać dwa rodzaje działań, które, Pana(i) zdaniem, w największym stopniu przyczyniają się do poprawy zdrowia ludzi”, opcję „regularne uprawianie gimnastyki, biegi itp.” wybrało 15% ankietowanych w 1993 roku, 23% w 2007 roku oraz 24% w 2016 roku (Boguszewski

2016, s. 5). Obecnie zatem co czwarty dorosły Polak zalicza gimnastykę i biegi do kategorii dwóch najistotniejszych dla zdrowia działań. Trzeba zaznaczyć, że dla dalszego wywodu nieistotny jest faktyczny — ważny dla specjalistów z zakresu nauk o zdrowiu lub nauk medycznych — wpływ (pozytywny czy ujemny) amatorskiego trenowania biegania na stan zdrowia jednostki.

Zanim będzie można poddać empirycznemu sprawdzianowi hipotezę o związku między ideologią healthismu a modą na bieganie, trzeba rozważyć, czy ideologia ta rzeczywiście jest rozpowszechniona w społeczeństwie polskim, w tym zwłaszcza w klasie średniej.

HEALTHISM, SPOŁECZEŃSTWO POLSKIE I KLASA ŚREDNIA

Przed wszystkim należy zaznaczyć, że w społeczeństwie polskim od dawna zdrowie jest uznawane za jedną z najistotniejszych wartości. „Z deklaracji respondentów wynika — jak informuje CBOS (Boguszewski 2016, s. 1–2) — że zdrowie jest jednym z podstawowych dóbr cenionych w polskim społeczeństwie. Na zachowanie dobrego zdrowia, jako jedną z najważniejszych wartości codziennego życia, wskazuje niemal trzy piąte badanych (57%). Wyżej cenione jest jedynie szczęście rodzinne (79% wskazań)”. Mniej istotne od zdrowia okazują się: spokój (52%), uczciwe życie (47%), szacunek innych ludzi (43%), praca zawodowa (42%), wiara religijna (26%) oraz pomyślność ojczyzny (24%). Należy właściwie pojmować sens tych danych, gdyż — jak podkreślają Zygryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik (2003, s. 13–14) — „w sferze deklaracji ludzie przypisują zdrowiu wysoką wartość, natomiast postawieni w sytuacji wyboru między zdrowiem a innymi wartościami dokonują zmian w hierarchii wartości. W sytuacji wyboru wartości związanych z rodziną, zdrowiem i życiem innych osób, zwłaszcza najbliższych członków rodziny, maleje pozycja własnego zdrowia w hierarchii wartości. Podobnie w różnych formach aktywności życia codziennego zaczynają działać mechanizmy pozwalające godzić wysokie wartościowanie zdrowia z działaniami niesprzyjającymi czy szkodliwymi dla zdrowia”⁶. Dane CBOS wskazują jednak, że Polacy uznają zdrowie za jedną z bardzo ważnych kwestii życiowych. Nie wydaje się przy tym, aby było ono wartością autoteliczną. W innym badaniu wykonanym przez ten sam ośrodek zapytano bowiem Polaków o warunki udanego życia. Szczególnie znaczące jest, że zdrowie było czynnikiem wskazywanym najczęściej (49%), przed dobrobytem (46%), pracą (29%), rodziną i dziećmi (22%), pozytywnymi relacjami z inny-

⁶ Elżbieta Korzeniowska (2005, s. 129) przywołuje wyniki interesujących badań wykonanych w 1988 roku w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. Większość z przebadanych wówczas pracowników przedsiębiorstw deklarowała gotowość do narażenia na szwank własnego zdrowia dla zabezpieczenia zdrowia członków rodziny oraz dla ratowania zdrowia i życia przyjaciół bądź bliskich znajomych. Jedna trzecia badanych zgłaszała gotowość poświęcenia zdrowia, aby wykształcić własne dzieci lub pomóc obcym ludziom.

mi ludźmi (12%) oraz miłością (9%) (Boguszewski 2014, s. 2). Zdrowie jest zatem, według Polaków, niezbędne, aby mieć udane życie. Można to wprost odnosić do ideologii healthismu i zawartej w niej idei zdrowia jako wartości kluczowej, a zarazem instrumentalnej, pozwalającej na realizację innych wartości.

Jednocześnie w opinii Polaków każdy człowiek ma znaczący wpływ na stan swojego zdrowia. W badaniach GUS z 2014 roku, w odpowiedzi na pytanie o najważniejszy czynnik, który determinuje stan zdrowia ludzi, 47,4% ankietowanych wskazało własne zachowanie, 14,1% jakość opieki zdrowotnej, a 38,5% czynniki pozostające poza kontrolą jednostki (Żyra 2014, s. 37). Podobnie ponad połowa respondentów CBOS (55%) uznaje ochronę zdrowia za własny obowiązek, a mniejszość (41%) uważa, iż powinna to być domena państwa i odpowiednich władz (Boguszewski 2016, s. 7)⁷. Można sądzić, iż przystaje to do głoszonej przez healthism idei jednostkowej odpowiedzialności za zdrowie.

Wiele wskazuje przy tym, iż ideologia healthismu rozpowszechniona jest przede wszystkim w polskiej klasie średniej⁸. Osoby legitymujące się dyplomem wyższej uczelni oraz ankietowani o wysokich dochodach ponadprzeciętnie często manifestują przeświadczenie, że ochrona zdrowia powinna być w pierwszej kolejności własnym obowiązkiem każdego człowieka. Natomiast roszczeniową postawę wobec państwa w zakresie jego odpowiedzialności za opiekę zdrowotną i zdrowie obywateli w ogóle prezentują głównie emeryci, renciści oraz — co szczególnie interesujące w prowadzonych tu rozważaniach — osoby z wykształceniem podstawowym, a także ci, którzy źle oceniają swoją sytuację materialną (Boguszewski 2012, s. 6–7; 2016, s. 8).

Co więcej, także zdrowy styl życia jest domeną przede wszystkim polskiej *middle class*. Jak czytamy w jednym z raportów CBOS: „do dbających o własne zdrowie nieco częściej niż pozostali zaliczają się [...] prywatni przedsiębiorcy, pracownicy średniego szczebla, w tym technicy [...] respondenci z wyż-

⁷ Między 2012 a 2016 rokiem istotnie (o ponad 20 pkt. proc.) zwiększył się w społeczeństwie polskim — wcześniej przez wiele lat stabilny — odsetek osób przekonanych o odpowiedzialności władz za zdrowie obywateli (Boguszewski 2016, s. 7).

⁸ Przyjmuje się tu, że w przypadku społeczeństwa polskiego można mówić obecnie o występowaniu klasy średniej, pomimo poważnych wątpliwości zgłaszanych przez Henryka Domańskiego (2009, s. 393), według którego polska inteligencja oraz drobni i średni przedsiębiorcy nie staną się — w dostrzegalnej przyszłości — *middle class* (choćby w wymiarze świadomościowym) i będą co najwyżej „zbiorowością jednostek zajmujących pozycję «klasy średniej» w strukturze społecznej”. Podejmowane są jednak przekonujące próby aplikowania teorii Pierre’a Bourdieu (uwzględniającej trójpodział na: klasę wyższą, średnią i niższą-ludową) do analiz struktury polskiego społeczeństwa. Przykładem może być choćby książka *Style życia i porządek klasowy w Polsce* pod redakcją Macieja Gduli i Przemysława Sadury (wydana w 2012 roku) czy książka Michała Lenartowicza *Klasowe uwarunkowania sportu i rekreacji ruchowej z perspektywy teorii Pierre’a Bourdieu* (także z 2012 roku). Okazuje się, że teoria Bourdieu pozwala na przewidywanie i interpretowanie wielu praktyk symbolicznych, podejmowanych przez jednostki i grupy kwalifikowane jako przynależne do polskiej klasy średniej. Dotyczy to także mody na bieganie i aktywności biegowych, traktowanych jako praktyki dystynktywne (Stempień 2017).

szym wykształceniem oraz uzyskujący stosunkowo najwyższe dochody *per capita*” (Boguszewski 2012, s. 9). Badania wśród polskich pracowników wskazują, że niski poziom wykształcenia (traktowany jako marker niskiej pozycji społecznej) wpływa na rezygnację z wielu zachowań prozdrowotnych. Osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym istotnie rzadziej w porównaniu z pracownikami lepiej wykształconymi unikają spożywania tłuszczów, podejmują aktywność fizyczną, systematycznie wykonują badania profilaktyczne oraz starają się wypełniać obowiązki zawodowe w sposób jak najmniej szkodliwy dla zdrowia (Korzeniowska 2004, s. 118; zob. też Puchalski 2004). Cechuje je zarazem ogólnie niski poziom kompetencji zdrowotnych (Korzeniowska 2004, s. 119).

Na to, że ideologia healthismu staje się elementem praktyk społecznych klasy średniej, wskazuje też fakt, iż to właśnie reprezentanci tego segmentu struktury społecznej szczególnie często wyrażają przekonanie o upowszechnianiu się w naszym kraju zdrowego stylu życia. Rafał Boguszewski (2016, s. 8–9) stwierdził, że: „opinię o popularności prozdrowotnych zachowań w polskim społeczeństwie częściej niż inni wyrażają [...] badani dobrze oceniający swoją sytuację materialną i uzyskujący relatywnie wysokie, choć nie najwyższe dochody *per capita*, a w grupach społeczno-zawodowych przede wszystkim [...] personel średniego szczebla, [...] prywatni przedsiębiorcy oraz pracownicy administracyjno-biurowi”. Najwyraźniej utrzymywanie przez jednostkę kontaktów rodzinnych i towarzyskich głównie z osobami należącymi podobnie jak ona do klasy średniej⁹ i realizującymi podobne praktyki społeczno-kulturowe przyczynia się do wyrażania opinii — nie w pełni adekwatnych — o upowszechnianiu się zdrowego stylu życia w skali całego społeczeństwa, podczas gdy proces ten zachodzi tylko (lub przede wszystkim) w kręgu bliskich kontaktów społecznych.

W tym miejscu warto przywołać wyniki badania z 2008 roku, które bezpośrednio dotyczyło upowszechniania się w społeczeństwie polskim, w tym zwłaszcza wśród przedstawicieli klasy średniej, ideologii healthismu. Autorki uwzględniły przede wszystkim problem jednostkowej odpowiedzialności za zdrowie. Na podstawie ogólnopolskiego pomiaru ankietowego ustaliły, że Po-

⁹ Z analiz Henryka Domańskiego i Dariusza Przybysza (2008, s. 238 i nast.) wynika, że między 1988 a 2008 rokiem zmniejszył się — w skali całego społeczeństwa polskiego — poziom homogamii, mierzonej z uwzględnieniem poziomu wykształcenia lub statusu społeczno-zawodowego jednostek oraz ich najbliższych znajomych. Jednak szczególną rolę odgrywa — wciąż wyjątkowo silna — homogamia inteligencji (silniejsza jest jedynie homogamia rolników). „O homogamii inteligencji przesądzają zapewne odrębne wartości i orientacje życiowe, skłaniające do zawężania znajomości do osób o podobnym statusie. Najbliższymi znajomymi inteligentów są reprezentanci tych samych środowisk — osoby o podobnych preferencjach w zakresie uczestniczenia w wysokiej kulturze, żywiące przekonanie o własnej wyższości, spotykające się na różnych imprezach towarzyskich i zapraszające nawzajem. Jeżeli inteligenci utrzymują bliskie znajomości z innymi kategoriami, to nie są one aż tak bliskie” (Domański, Przybysz 2012, s. 249). Inteligencję należy tu traktować jako jedną z kluczowych grup bazowych dla nowo tworzącej się polskiej klasy średniej.

lacy — bez względu na przynależność klasową — uważają czynniki związane ze stylem życia za istotnie warunkujące stan zdrowia. Co ciekawe, przedstawiciele klasy średniej (w tym przede wszystkim ci zaliczający się do „białych kołnierzyków”) przywiązują relatywnie małe znaczenie do innych czynników, takich jak: uwarunkowania społeczne (rodzaj wykonywanej pracy, socjalizacja zdrowotna, sytuacja materialna itd.), elementy tradycyjnie pojmowanej profilaktyki chorób (unikanie bakterii, wirusów, chorych ludzi w otoczeniu oraz korzystanie z opieki medycznej, badań kontrolnych, szczepień itd.), a także uwarunkowania pozostające poza kontrolą jednostki (los, przypadek, geny, pogoda, środki chemiczne i inne niekorzystne czynniki w otoczeniu, takie jak hałas, promieniowanie). Natomiast respondenci niezaliczający się do *middle class* na ogół byli skłonni bardziej doceniać wpływ tych czynników na zdrowie (Borowiec, Lignowska 2012, s. 102–106).

Co więcej: „Rezultaty badania — jak piszą Borowiec i Lignowska (2012, s. 106) — wskazują [...], że stopień rozpowszechnienia norm zachowania korzystnego dla zdrowia jest najwyższy wśród kategorii pretendujących do miana klasy średniej. Taki wniosek nasuwa się, gdy weźmie się pod uwagę zarówno odsetki osób, które spotkały się z negatywną reakcją na jakieś swe zachowanie niekorzystne dla zdrowia, jak i odsetki badanych, którzy zareagowali negatywnie na czyjeś zachowanie niekorzystne dla zdrowia”. Innymi słowy, w obrębie klasy średniej jednostki postępujące niezgodnie z kanonem zdrowego stylu życia są narażone na korygujące zachowanie innych osób (najpewniej także przypisanych do tego segmentu struktury społecznej). Można tu więc mówić o społecznej presji w zakresie pielęgnowania zdrowia.

W skali całego społeczeństwa trudno byłoby mówić o dużej popularności ideologii healthismu i wynikających z tego powszechnych prozdrowotnych zachowań i praktyk społecznych. Healthism jest uznawany głównie przez polską klasę średnią i tego właśnie można oczekiwać, odnosząc koncepcję Crawforda do polskich realiów. Czy zatem ideologia healthismu leży u źródeł współczesnej mody na bieganie?

IDEOLOGIA HEALTHISMU A MODA NA BIEGANIE — OBSERWACJE EMPIRYCZNE

Materiał i metody

Zagadnienie związku między ideologią healthismu a modą na bieganie można empirycznie rozstrzygnąć dzięki odpowiednim badaniom. Przedstawione tu zostaną wybrane wyniki takich badań realizowanych w Zakładzie Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi od 2013 roku, według projektu, który ma na celu możliwie dokładne i wszechstronne rozpoznanie zjawiska mody na bieganie (w tym jego źródeł oraz popularności wśród reprezentantów różnych kategorii społecznych). W badaniach zastosowano tradycyjną technikę rozdawania papierowej ankiety, a respondentami byli pełnoletni i polskojęzyczni

uczestnicy DOZ Maraton Łódź z PZU (wcześniej: Łódź Maraton Dbam o Zdrowie), biorący udział zarówno w biegu głównym (na dystansie maratońskim: 42,195 km), jak i w towarzyszącym biegu dziesięciokilometrowym. W ciągu czterech lat realizacji projektu (2013–2016), w badaniach wzięły udział w sumie 3992 osoby¹⁰.

Kwestionariusz był każdorazowo opracowywany na potrzeby kolejnych pomiarów. Pozwalało to w możliwie krótkiej i przystępnej dla respondenta ankiecie systematycznie uwzględniać zagadnienia ważne z punktu widzenia rozpoznania zjawiska mody na bieganie. Część metryczkowa pozostawała względnie stała, z niewielkimi korektami i rozszerzeniami. Istotne jest, że od 2014 roku zbierano dane na temat aktywności zawodowej uczestników badania i ich sytuacji na rynku pracy (wcześniej pytania dotyczyły tylko — w obszarze zmiennych statusowych — poziomu wykształcenia i samooceny sytuacji materialnej). Pozwala to na klasową charakterystykę badanej populacji. Zebrane dane kodowano do baz MS Excel i poddawane analizom zgodnie z wymogami i standardami statystyki opisowej. Omawiane tu będą wyniki badań z lat 2014–2016, a dane zebrane w 2013 roku posłużą jako materiał uzupełniający podczas opisu struktury socjo-demograficznej populacji polskich biegaczy-amatorów.

Uzyskane wyniki powinny w pewien sposób odnosić się do ogółu polskich biegaczy-amatorów, nie zaś tylko do jednostek faktycznie uczestniczących w kolejnych edycjach badania. Jednak z dwóch przyczyn nie można tu mówić o pełnej reprezentatywności. Po pierwsze, badania opierają się na próbie celowej. Po drugie, obejmują tylko osoby startujące w zawodach, z pominięciem tych biegaczy, którzy nie odczuwają potrzeby sportowej konfrontacji własnej kondycji z innymi, zwłaszcza na danym dystansie, a tym samym w ogóle nie biorą udziału w imprezach biegowych. Mając na uwadze kwestię pominięcia w badaniach osób uprawiających bieganie wyłącznie w formule rekreacyjnej (bez komponentu sportowego), trzeba jednak pamiętać, że według internetowego Narodowego Spisu Biegaczy 2014, który objął 60 641 osób, w zawodach biegowych uczestniczy blisko trzy piąte (58%) biegaczy-amatorów. Skłonność do udziału w tego typu wydarzeniach rośnie w miarę rozwoju „kariery biegowej”: w imprezach biegowych uczestniczy jedna trzecia biegaczy o stażu biegowym poniżej roku, trzy piąte tych, których staż wynosi 1–2 lata oraz trzy czwarte biegaczy trenujących dłużej (Polska biega 2014, s. 54–56). Populacja biegaczy startujących w zawodach nie jest więc tożsama z populacją biegaczy w ogóle, ale wyraźnie stanowi jej większą część.

Jeśli chodzi o kwestię zastosowania w badaniu próby celowej (nie zaś losowej czy kwotowej), można stwierdzić, że za traktowaniem uzyskanych wyników jako miarodajnych przemawia to, iż w innych badaniach pojawiają się re-

¹⁰ 2013 — N = 865 (33% uczestników biegu); 2014 — N = 1078 (26% uczestników); 2015 — N = 1086 (29% uczestników); 2016 — N = 963 (22% uczestników).

zultaty zbliżone¹¹, a i kolejne edycje omawianego badania przynoszą (w zakresie zmiennych metryczkowych) porównywalne dane, co potwierdza rzetelność pomiaru (Mayntz, Holm, Hübner 1985, s. 29–30). Warto przy tym podkreślić, że badania własne są prowadzone wśród uczestników dużej i popularnej imprezy biegowej, rozgrywanej w centrum Polski (a więc atrakcyjnej i dostępnej nie tylko dla mieszkańców miasta i jego bezpośrednich okolic), co powinno sprzyjać reprezentatywności wyników.

Na potrzeby analiz uwzględniających strukturalną przynależność biegaczy (w tym zwłaszcza do *middle class*) uczestnicy badania zostali przyporządkowani do trzech klas społecznych: wyższej, średniej i niższej. Z uwagi na jednoznaczność analiz grupowanie objęło tylko osoby pracujące (765 w 2014 roku, 888 w 2015 roku oraz 800 w 2016 roku), bez bezrobotnych i biernych zawodowo. Podstawowym kryterium był wykonywany zawód (według dziesięciu grup wielkich Klasyfikacji Zawodów i Specjalności). Za kryteria uzupełniające w sytuacjach wątpliwych uznano poziom wykształcenia oraz, subiektywnie przez respondenta ocenianą, sytuację materialną¹². Grupowanie przebiegało więc według następującego algorytmu:

(1) przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy (klasa wyższa, jeżeli nie deklarowano wykształcenia poniżej wyższego i jednocześnie przeciętnej lub niższej zamożności — w takim przypadku: klasa średnia);

(2) specjaliści z wyższym wykształceniem (klasa średnia, jeżeli nie deklarowano najwyższego poziomu zamożności — w takim przypadku: klasa wyższa);

(3) technicy i inny średni personel (klasa średnia);

(4) pracownicy biurowi (klasa średnia);

(5) pracownicy usług osobistych i sprzedawcy (klasa średnia, jeżeli nie deklarowano wykształcenia podstawowego lub zasadniczego zawodowego — w takim przypadku: klasa niższa);

(6) rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy (klasa niższa, jeżeli nie deklarowano wykształcenia wyższego — w takim przypadku: klasa średnia);

(7) robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy (klasa niższa);

(8) operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń (klasa niższa);

(9) pracownicy przy pracach prostych (klasa niższa);

(10) siły zbrojne (klasa średnia).

Przedsiębiorców (osoby pracujące na własny rachunek) zaliczano do klasy średniej, jeżeli nie deklarowali najwyższego poziomu zamożności (w takim przypadku kwalifikowano ich do klasy wyższej). Stosując konsekwentnie po-

¹¹ Osobną kwestią pozostaje praktyczna niemożność wykonania badań z wykorzystaniem próby losowej dla populacji biegaczy-amatorów. Nie istnieje bowiem żaden operat, z którego można by dokonać losowania. Problematiczną byłaby też realizacja badań na próbie kwotowej, nie istnieją bowiem rzetelne podstawy i dane do opracowania odpowiednich kwot.

¹² Przypisując poszczególne jednostki do klas społecznych wzorowano się na rozwiązaniach przyjmowanych przez Macieja Gdulę i Przemysława Sadurę (2012, s. 8) oraz Michała Lenartowicza (2012, s. 81).

wyższe kryteria uzyskano bardzo zbliżone rezultaty w wyniku trzech zrealizowanych pomiarów (z lat 2014, 2015 i 2016).

Obok kwestii przynależności klasowej polskich długodystansowców-amatorów w analizie zostaną uwzględnione także elementy składające się na fenomen ideologii healthismu, w tym: znaczenie przypisywane zdrowiu jako wartości życiowej, popularność wśród biegaczy przeświadczenia o jednostkowym wpływie na zdrowie, a także kwestia prozdrowotnych motywacji towarzyszących treningowi biegowemu.

Przynależność klasowa biegaczy-amatorów

Kolejne pomiary przeprowadzone w toku opisywanego projektu badawczego przynoszą informacje o szczególnej nadreprezentacji w populacji biegaczy-amatorów osób z wykształceniem wyższym oraz tych, które pozytywnie oceniają swoją sytuację materialną. Ponad dwie trzecie ankietowanych biegaczy legitymuje się dyplomem ukończenia wyższej uczelni, w 2016 roku było to 68% (tabela 1). Jeśli dodamy do tej wartości odsetek osób mających wykształcenie ogólnokształcące (a więc przygotowujące do studiów wyższych lub kierujące jednostkę w stronę niżej kwalifikowanej pracy umysłowej), to uzyskamy aż 83%. Bardzo zbliżonych wyników dostarczyły także wcześniejsze edycje badania.

Należy tu podkreślić, po pierwsze, że także inne badania przeprowadzone wśród biegaczy przynoszą informacje o wysokim udziale w tej populacji absolwentów uczelni wyższych. Wśród maratończyków ankietowanych internetowo przez zespół Zygmunta Waśkowskiego w 2014 roku ($N = 4406$) i 2016 roku ($N = 1545$) wykształcenie wyższe miało odpowiednio 69% i 70% (Waśkowski 2014, s. 9, 2016, s. 9; zob. też Dzięgiel 2014, s. 144). Po drugie, co oczywiste, tak wysoki odsetek osób z wykształceniem wyższym oznacza bardzo istotną nadreprezentację w stosunku do ogółu społeczeństwa polskiego. O ile więcej niż dwie trzecie biegaczy może pochwalić się dyplomem ukończenia studiów wyższych, o tyle analogiczny odsetek w całej populacji kraju — jak informuje GUS, na podstawie Narodowego Spisu Ludności 2011 — wynosi jedynie 17%¹³.

Respondenci byli też proszeni o ocenę swojej sytuacji materialnej. Trzy czwarte ankietowanych w każdym z czterech pomiarów deklarowało satysfakcję z tego aspektu ich życia codziennego. W 2016 roku 15% uczestników badania oceniło swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą, a 59% — jako

¹³ Cytowane dane GUS, odnoszące się do całego społeczeństwa, uwzględniają wszystkie osoby powyżej 13 roku życia. Tym samym nie mogą być ściśle porównywane z danymi pochodzącymi z opisywanego projektu badawczego, obejmującego wyłącznie osoby dorosłe (amatorsko uprawiające bieganie). Jednak zaobserwowane różnice wydają się znaczące i dowodzą odmienności w rozkładzie poziomów wykształcenia w populacji biegaczy-amatorów oraz w całym polskim społeczeństwie.

Tabela 1

Zawodnicy DOZ Maraton Łódź z PZU według poziomu wykształcenia i samooceny sytuacji materialnej (w %)

Wyszczególnienie	Edycja 2013 (N = 865)	Edycja 2014 (N = 1078)	Edycja 2015 (N = 1086)	Edycja 2016 (N = 963)
Poziom wykształcenia				
Wyższe	70	68	72	68
Średnie ogólnokształcące	17	16	14	15
Średnie zawodowe (technikum, szkoła policealna)	10	11	10	11
Zasadnicze zawodowe	2	1	2	2
Podstawowe/gimnazjalne	1	0	0	1
Brak danych	1	2	2	3
Ogółem	100	100	100	100
Sytuacja materialna				
Bardzo dobra	15	15	16	15
Raczej dobra	57	55	61	59
Ani dobra, ani zła	24	25	22	24
Raczej zła	2	1	1	1
Bardzo zła	1	1	0	1
Brak danych	1	3	0	1
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: badania własne.

raczej dobrą¹⁴. W badaniu zespołu Waśkowskiego z 2014 roku (brak danych za 2016 rok) uzyskiwanie średnich miesięcznych dochodów brutto powyżej 2000 PLN na członka rodziny zadeklarowało aż 56% respondentów. Wskazuje to, że amatorskie uprawianie biegania pozostaje rozrywką i domeną osób dobrze sytuowanych. Należy zarazem zaznaczyć, że — podobnie jak w przypadku wykształcenia — populacja biegaczy-amatorów istotnie różni się od ogółu społeczeństwa polskiego. Raport CBOS z 2016 roku donosi, że: „ponad połowa Polaków (55%) deklaruje, że ich zasoby finansowe są przeciętne — starcza im na zaspokojenie codziennych potrzeb, ale muszą oszczędzać, aby kupić coś droższego. Jako ponadprzeciętny swój standard życia określa jedna czwarta badanych (24%), w tym 21% twierdzi, że żyje im się dobrze i nie muszą oszczędzać na większe zakupy, 3% zaś — że bardzo dobrze, tzn. stać ich na dobra luksusowe. Z kolei zasoby mniejsze niż przeciętne ma jedna piąta dorosłych (21%),

¹⁴ Nie należy tych danych traktować jako konglomeratu subiektywnych ocen, pozostających jedynie w luźnym związku z realną sytuacją badanych. Sondaże CBOS dokumentują, że zadowolenie ze swojej sytuacji materialnej zgłaszają przede wszystkim osoby najlepiej zarabiające, a ci, którzy uzyskują niewielkie dochody, na ogół są skłonni postrzegać swoje położenie materialno-finansowe jako trudne (Feliksiak 2016, s. 8).

przy czym przeważająca część tej grupy (18%) deklaruje, że wiąże się to dla nich z koniecznością oszczędnego gospodarowania pieniędzmi, a trzem na stu (3%) nie starcza nawet na podstawowe potrzeby” (Feliksiak 2016, s. 1). Choć pytania zadane w sondażu CBOS oraz w badaniu własnym brzmią odmiennie (podobnie jak kafeterie odpowiedzi pozostające do dyspozycji ankietowanych), to i tak można postawić tezę, że tylko co czwarty Polak jest rzeczywiście zadowolony ze swojej sytuacji materialnej, co trzeba zestawić z trzema czwartymi biegaczy-amatorów usatysfakcjonowanych poziomem swojego dobrobytu.

Powyższe informacje można podsumować w następujący sposób. Polscy długodystansowcy-amatorzy to przede wszystkim osoby legitymujące się dyplomami ukończenia studiów wyższych, dobrze oceniające swoją sytuację materialną. Wydaje się, że odpowiada to istotnym cechom klasy średniej (w tym zwłaszcza segmentu „białych kołnierzyków”). Kluczowe znaczenie ma jednak kwestia pracy zawodowej. W badaniach zespołu Waśkowskiego z lat 2014 i 2016 pracownicy umysłowi stanowili wśród ankietowanych maratończyków odpowiednio: 56% i 60%, a przedsiębiorcy: 13% i 10%. Mniej było natomiast pracowników fizycznych (13% i 15%), uczniów i studentów (15% i 12%), a także emerytów/rencistów (2% i 1%) oraz bezrobotnych i biernych zawodowo (każdorazowo 2%) (Waśkowski 2014, s. 9, 2016, s. 10). Gdyby zsumować udział pracowników umysłowych („nowa klasa średnia”) i przedsiębiorców („stara klasa średnia”) oraz zignorować zarazem kwestię przynależności klasowej uczniów, studentów, bezrobotnych, biernych zawodowo itd., to uzyskana wartość wyniosłaby 69% (2014) i 70% (2016). Z badań zespołu Waśkowskiego wynika zatem, że nieco ponad dwie trzecie populacji maratończyków stanowią reprezentanci *middle class*, przy czym udział „białych kołnierzyków” kształtowałby się na poziomie powyżej połowy zbiorowości. Jak jednak szczegółowo przedstawia się struktura zawodowa populacji biegaczy-amatorów? (odpowiednie dane pozyskane w moich badaniach w latach 2014–2016 zob. tabela 2).

Specjaliści z wyższym wykształceniem¹⁵ stanowili dokładnie połowę (51%) pracującej części próby badawczej z 2016 roku. W latach wcześniejszych odse-

¹⁵ Według opisu Klasyfikacji Zawodów i Specjalności, dostępnej na stronie internetowej www.psz.praca.gov.pl, grupa specjalistów „obejmuje zawody wymagające posiadania wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, umiejętności oraz doświadczenia w zakresie nauk technicznych, przyrodniczych, społecznych, humanistycznych i pokrewnych. Zadania wykonywane przez specjalistów obejmują: przeprowadzanie analiz i badań, opracowywanie koncepcji, teorii i metod operacyjnych, doradzanie na temat dostępnej wiedzy [...] oraz stosowanie tej wiedzy; przekazywanie wiedzy na temat teorii i praktyki w odniesieniu do co najmniej jednej dyscypliny na różnych poziomach nauczania; kształcenie i wychowywanie osób niepełnosprawnych; świadczenie różnych usług ekonomicznych, prawnych i socjalnych; tworzenie i wykonywanie dzieł sztuki; zapewnianie przewodnictwa duchowego; przygotowywanie dokumentacji naukowej i sprawozdań. W zakres obowiązków może wchodzić także sprawowanie nadzoru nad innymi pracownikami”. Są to więc zadania typowe dla pracy umysłowej, kwalifikującej do zaliczenia jednostki do nowej klasy średniej („białe kołnierzyki”).

Tabela 2

Zawodnicy DOZ Maraton Łódź z PZU według przynależności do grup wielkich Klasyfikacji Zawodów i Specjalności (w %)

Wyszczególnienie	Edycja 2014 (N = 765)	Edycja 2015 (N = 773)	Edycja 2016 (N = 706)
Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy	7	8	7
Specjaliści (z wyższym wykształceniem)	46	46	51
Technicy i inny średni personel	6	7	7
Pracownicy biurowi	17	18	14
Pracownicy usług osobistych i sprzedawcy	7	6	6
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	0	0	0
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	2	3	4
Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń	2	3	5
Pracownicy przy pracach prostych	0	2	1
Siły zbrojne	4	4	3
Inne	—	1	1
Brak danych	—	2	1
Ogółem	100	100	100

Źródło: badania własne.

tek ten był nieznacznie niższy. Drugą — pod względem liczebności — kategorią zawodową wśród biegaczy-amatorów byli pracownicy biurowi¹⁶ (14%), a dalej — technicy i inny średni personel¹⁷ (7%). Dodać do tego należy informację, że w 2015 i 2016 roku przedsiębiorcy (tzw. stara klasa średnia) stanowili każdorazowo 13% ogółu badanych prób.

Jeśli weźmie się pod uwagę wszystkie przytoczone wyżej informacje, dotyczące poziomu wykształcenia, (samooceny) sytuacji materialnej oraz przede wszystkim statusu zawodowego i pracy zawodowej polskich biegaczy-amatorów, to nasuwa się ogólny wniosek, iż większość badanej populacji należy do klasy średniej. Potwierdzają to wyniki grupowania. Okazuje się, że trzy czwarte

¹⁶ Według opisu Klasyfikacji Zawodów i Specjalności, dostępnej na stronie internetowej www.psz.praca.gov.pl, grupa pracowników biurowych „obejmuje zawody wymagające wiedzy, umiejętności i doświadczenia niezbędnych do zapisywania, organizowania, przechowywania i wyszukiwania informacji, obliczania danych liczbowych, finansowych i statystycznych oraz wykonywania obowiązków wobec klientów, szczególnie związanych z operacjami pieniężnymi, organizowaniem podróży, informacjami i spotkaniami w zakresie biznesu”.

¹⁷ Według opisu Klasyfikacji Zawodów i Specjalności, dostępnej na stronie internetowej www.psz.praca.gov.pl, grupa techników i innego średniego personelu „obejmuje zawody wymagające: wiedzy, umiejętności i doświadczenia niezbędnych do wykonywania głównie prac technicznych i podobnych, związanych z badaniem i stosowaniem naukowych, społecznych, medycznych oraz artystycznych koncepcji i metod działania, a także regulacji rządowych i przepisów handlowych”.

badanych (73%) z 2016 roku można uznać za należących do *middle class*. Ustalenia z lat poprzednich (2014, 2015) są zbliżone. Pojawia się jednak pewna tendencja spadkowa (na korzyść zarówno klasy wyższej, jak i klasy niższej). Między 2014 a 2016 rokiem udział reprezentantów klasy średniej w populacji biegaczy-amatorów mógł obniżyć się nawet o 5 pkt. proc., co nie zmienia faktu, że bieganie wciąż pozostaje domeną przedstawicieli *middle class*, co jest w pełni zgodne z ustaleniami zespołu Waśkowskiego¹⁸.

Tabela 3

Polscy biegacze-amatorzy według przynależności do klas społecznych (w %)

Klasa społeczna	Edycja 2014 (N = 765)	Edycja 2015 (N = 888)	Edycja 2016 (N = 800)
Wyższa	17	17	19
Średnia	78	76	73
Niższa	5	7	8
Ogółem	100	100	100

Źródło: badania własne (edycje 2014, 2015, 2016).

W podsumowaniu należy stwierdzić, że pierwsza składowa charakterystyki ideologii healthismu odnosi się także do polskiej mody na bieganie. Moda ta pozostaje bowiem zdominowana przez przedstawicieli klasy średniej. Na podstawie pomiaru z 2016 roku można powiedzieć, że w skali całej próby badawczej (N = 963) mniej więcej co ósmy biegacz miał własną firmę (był przedsiębiorcą), dwóch na pięciu pracowało jako specjaliści z wyższym wykształceniem, co dziewiąty był pracownikiem biurowym, dwie trzecie legitymowało się dyplomem wyższej uczelni, a trzy czwarte było zadowolonych z własnej sytuacji materialnej, oceniając ją jako bardzo dobrą lub raczej dobrą.

Warto zaznaczyć, że przynależność biegaczy-amatorów do klasy średniej jest zjawiskiem odnotowywanym w skali międzynarodowej. Moda na bieganie, od lat siedemdziesiątych XX wieku obserwowana w krajach zachodnich (w tym zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych), od początku była rozpowszechniona głównie wśród (męskich i młodych) reprezentantów klasy średniej lub wyższej. Czasem — dla uszczegółowienia — mówi się w tym kontekście o klasie kreatywnej lub aktywnej i wspomina się też o zbiorowości *yuppie* (Scheerder, Breedveld, Borgers 2015, s. 4). W kolejnych dekadach zwiększał się udział — dotychczas niedoreprezentowanych w populacji biegaczy — kobiet oraz osób w wieku średnim i starszym. Istotne jest jednak, że — jak wskazują badania (Scheerder, Breedveld, Borgers 2015, s. 7–15) — w miarę popularyzowania się

¹⁸ Niejako na marginesie należy zaznaczyć, że nie tylko bieganie, ale ogólnie rekreacja ruchowa to domena przedstawicieli klasy średniej (Omyła-Rudzka 2013, s. 1; Łysoń 2013, s. 98–99; Lenartowicz 2012, s. 139–142).

biegania, jego atrakcyjność nie rośnie wśród przedstawicieli niższych segmentów struktury społecznej.

Wartości ważne dla biegaczy

Amatorskie uprawianie biegania pozostaje domeną przedstawicieli polskiej klasy średniej. Jednak aby móc zasadnie wiązać modę na bieganie z ideologią healthismu, należy rozpoznać również kwestię wartości, jakie biegacze uznają za ważne. Zagadnienie to zostało uwzględnione w czwartej edycji badań w 2016 roku. Ankietowanych zapytano, jak istotne są dla nich takie wartości, jak: czas wolny, pieniądze, praca, przyjaciele i znajomi, rodzina, szacunek innych ludzi oraz zdrowie (zob. tabela 4).

Okazało się, że w skali całej próby za wartości najistotniejsze uznano rodzinę i zdrowie (śr. arytm. 6,5). Prowadzi to do zasadniczego wniosku, iż dla biegaczy-amatorów zdrowie jest relatywnie istotniejszą wartością niż dla ogółu dorosłych Polaków. Badania pokazują bowiem — o czym była mowa wyżej — że Polacy wyraźnie bardziej cenią (przynajmniej na poziomie deklaracji) szczęście rodzinne w porównaniu z własnym zdrowiem. Ponadto trzeba stwierdzić, że dla biegaczy-amatorów mniej ważne od zdrowia i rodziny są takie wartości jak: przyjaciele i znajomi (6,0), szacunek innych ludzi (5,9) oraz czas wolny (5,8). Najmniejsze znaczenie jest natomiast przywiązywane do pracy (5,2) i pieniędzy (4,7).

Należy zaznaczyć, że analiza wykazała brak klasowo określonych i statystycznie istotnych różnic w wartościach poszczególnych średnich arytmetycznych. Zdrowie jest zatem tak samo ważne dla uprawiających bieganie przedstawicieli klasy średniej, jak dla reprezentantów klasy wyższej czy niższej.

Poczucie wpływu na własne zdrowie

Czy biegacze-amatorzy, uznając zdrowie za szczególnie istotną wartość życiową, przyjmują jednocześnie, że mają istotny wpływ na jego stan? W 2014 roku respondentów poproszono o wybór jednego, najbliższego ich opinii stwierdzenia z następującej pary: (1) „Każdy ma duży wpływ na własne zdrowie; stan zdrowia zależy przede wszystkim od trybu życia”; (2) „Zdrowie i choroba są od nas niezależne (np. uwarunkowane genetycznie lub przez środowisko, w którym się żyje); nie mamy na nie dużego wpływu”. Co prawda, spodziewano się wysokiej popularności odpowiedzi pierwszej, ale zaskakujące jest to, że wybrało ją aż 92% ankietowanych. Opowiedzieli się oni zatem za stwierdzeniem eksponującym znaczenie niezależnych od jednostki uwarunkowań zdrowia. Odmiennego zdania było tylko 4% uczestników badania (a więc jeden na dwudziestu pięciu). Pozostali nie odpowiedzieli na pytanie. Tak znaczne rozpowszechnienie wśród biegaczy przeświadczenia o jednostkowym wpływie na zdrowie, oczywiście odpowiadające podstawowym tezom healthismu, potwier-

Tabela 4

Wartości życiowe uznawane przez biegaczy-amatorów według przynależności do klas społecznych (skala 1–7, gdzie 1 — „zupełnie nieważne”; 7 — „bardzo ważne”)

Wyszczególnienie		Czas wolny	Pieniądze	Praca	Przyjaciele i znajomi	Rodzina	Szacunek innych ludzi	Zdrowie
Ogółem (N = 800)	śr. arytm.	5,8	4,7	6,2	6,0	6,5	5,9	6,5
	wariancja	1,4	1,7	1,4	1,1	0,9	1,6	0,7
Klasa niższa (N = 64)	śr. arytm.	5,6	4,6	5,3	6,0	6,5	6,2	6,6
	wariancja	1,8	2,5	1,3	1,2	0,9	1,0	0,7
Klasa średnia (N = 588)	śr. arytm.	5,8	4,8	5,2	5,9	6,6	5,9	6,5
	wariancja	1,4	1,7	1,4	1,1	0,9	1,6	0,8
Klasa wyższa (N = 148)	śr. arytm.	6,0	5,0	5,3	6,1	6,6	5,9	6,6
	wariancja	1,4	1,6	1,7	1,1	0,7	1,9	0,7
<i>Wartości testu F (Fischera-Snedecora)</i>								
F empiryczne		3,00	2,38	0,91	1,17	0,96	1,48	0,28
F krytyczne		3,01	3,01	3,01	3,01	3,01	3,01	3,01
wartość <i>p</i>		0,051	0,093	0,403	0,312	0,385	0,228	0,759
Wniosek		brak podstaw do odrzucenia H0	brak podstaw do odrzucenia H0	brak podstaw do odrzucenia H0	brak podstaw do odrzucenia H0	brak podstaw do odrzucenia H0	brak podstaw do odrzucenia H0	brak podstaw do odrzucenia H0

Objaśnienia:

— hipoteza H0: brak różnic między średnimi arytmetycznymi

— hipoteza H1: w przynajmniej jednej z wydzielonych grup średnia istotnie odbiega od innych średnich

— poziom istotności: 0,05

Wnioskowanie:

— brak podstaw dla odrzucenia H0, gdy $p > 0,05$ (F empiryczne < F krytyczne)

— odrzucenie H0, gdy $p \leq 0,05$ (F empiryczne > F krytyczne)

Źródło: badania własne — edycja 2016.

dza związek tej ideologii z modą na bieganie. Wobec skali popularności tego przeświadczenia w całej badanej zbiorowości bezzasadne stają się próby analiz pogłębianych, z wykorzystaniem położenia klasowego jako zmiennej różnicującej.

Z kolei w badaniu z 2015 roku ankietowanych zapytano o poczucie wpływu na własne życie w jego różnych aspektach (zob. tabela 5). Za najbardziej „plastyczny” aspekt swojego życia, wśród uwzględnionych w pytaniu, uczestnicy badania uznali własne ciało (śr. arytm. 6,3), zdrowie zaś znalazło się na dru-

Tabela 5

Poczucie wpływu na własne życie w jego różnych aspektach w relacjach biegaczy-amatorów według przynależności do klas społecznych (skala 1–7, gdzie 1 — „w ogóle nie mam wpływu”; 7 — „mam bardzo duży wpływ”)

Wyszczególnienie		Własny dobrobyt	Własne szczęście	Własne zdrowie	Własne ciało	Ogólnie własne życie
Ogółem (N = 888)	śr. arytm.	5,5	6,0	6,1	6,3	6,1
	wariancja	2,0	1,2	1,1	0,9	1,0
Klasa niższa (N = 63)	śr. arytm.	5,1	6,0	6,4	6,4	6,1
	wariancja	2,1	1,5	0,9	1,1	1,2
Klasa średnia (N = 672)	śr. arytm.	5,4	6,0	6,1	6,2	6,1
	wariancja	2,0	1,2	1,1	0,9	0,9
Klasa wyższa (N = 153)	śr. arytm.	6,0	6,2	6,2	6,4	6,3
	wariancja	1,7	1,3	1,2	0,8	1,2
<i>Wartości testu F (Fischera-Snedecora)</i>						
F empiryczne		12,59	1,89	4,16	1,85	2,08
F krytyczne		3,01	3,01	3,01	3,01	3,01
wartość p		≪0,001	0,152	0,016	0,157	0,125
Wniosek		hipotezę H0 należy odrzucić	brak podstaw do odrzucenia H0	hipotezę H0 należy odrzucić	brak podstaw do odrzucenia H0	brak podstaw do odrzucenia H0

Objaśnienia:

- hipoteza H0: brak różnic między średnimi arytmetycznymi
- hipoteza H1: w przynajmniej jednej z wydzielonych grup średnia istotnie odbiega od innych średnich
- poziom istotności: 0,05

Wnioskowanie:

- brak podstaw do odrzucenia H0, gdy $p > 0,05$ (F empiryczne < F krytyczne)
- odrzucenie H0, gdy $p \leq 0,05$ (F empiryczne > F krytyczne)

Źródło: badania własne — edycja 2015.

gim miejscu (6,1). Najmniej zależny od jednostki okazał się dobrobyt, ze średnimi wskazaniami na poziomie 5,5 — jedyna zmienna, która uzyskała wartość średniej poniżej punktu 6,0. Ogólnie należy podkreślić, że badani manifestowali silne poczucie własnego sprawstwa, udzielając odpowiedzi na ogół istotnie przewyższających środek przyjętej skali (punkt 4,0). Można więc sformułować dwa wnioski. Po pierwsze, według badanych biegaczy-amatorów ich zdrowie jest tym aspektem życia, który są w stanie w znacznym stopniu kontrolować (bardziej niż własne szczęście, dobrobyt i ogólnie własne życie). Po drugie, wysokie wartości wskazań dla wszystkich uwzględnionych aspektów dokumentują przeświadczenie długodystansowców o „trzymaniu życia we własnych rękach”.

kach”. To zaś wydaje się bliskie indywidualizmowi (a także samodyscyplinie) będącemu tradycyjnym rysem *middle class*.

Należy jednak zaznaczyć, że analiza wariancji pokazała, iż przynajmniej jedna spośród średnich arytmetycznych obliczonych dla zmiennej „zdrowie” dla poszczególnych klas społecznych w sposób znaczący odbiega od pozostałych. Najwyższe wartości przeciętne uzyskano dla klasy niższej (6,4) i to ta wartość wydaje się odmienna od średniej uzyskanej dla klasy wyższej (6,2) i średniej (6,1). Zarazem zauważyć trzeba, że odnotowywane wśród reprezentantów *middle class* relatywnie niskie poczucie wpływu na własne zdrowie, w porównaniu z przedstawicielami klasy wyższej i (zwłaszcza) niższej, nie jest zgodne z tezami Crawforda, ale zarazem wartość 6,1 uzyskana na skali siedmiopunktowej i tak oznacza wysokie poczucie sprawstwa, nawet jeśli wyniki dla przedstawicieli innych segmentów struktury społecznej są jeszcze wyższe.

Prozdrowotne motywacje biegaczy

Dotychczas udało się ustalić, że bieganie pozostaje domeną przedstawicieli polskiej klasy średniej, a biegacze-amatorzy uznają zdrowie za jedną z najważniejszych wartości życiowych, hołdując przy tym przeświadczeniu o dużym wpływie jednostki na jego stan. Wszystko to odpowiada, naszkicowanej na początku, charakterystyce ideologii healthismu. Można by więc przyjąć, że polscy długodystansowcy, jako zbiorowość, spełniają statusowe i światopoglądowe kryteria tej ideologii. Taka odpowiedź na pytanie o związek między ideologią healthismu a modą na bieganie nie byłaby jednak wystarczająca. Warto się bowiem zastanowić, czy bieganie faktycznie jest uprawiane dla zdrowia.

W 2014 roku ankietowanych zapytano, co sprawiło, że rozpoczęli trenowanie biegania. Spośród zaproponowanych odpowiedzi respondenci mogli wybrać nie więcej niż trzy. Kwestia zdrowotna (zob. tabela 6) okazała się najistotniejsza i na chęć zadbania o własne zdrowie jako przesłankę uprawiania biegania wskazało 48% uczestników badania, a więc blisko co drugi. Motywacja prozdrowotna była przy tym najważniejsza dla przedstawicieli klasy wyższej (54%), najmniej zaś istotna — dla członków klasy niższej (46%), którzy rozpoczęli trenowanie głównie (w porównaniu do reprezentantów pozostałych segmentów struktury społecznej) w nadziei na przygodę oraz dla sprawdzenia siebie (41%), aby spełnić swoje marzenie o przebiegnięciu maratonu (37%), a także aby zaimponować znajomym i rodzinie (10%). Wszystkie te kwestie były dla przedstawicieli klasy średniej (i dodatkowo wyższej) stosunkowo mało istotne. Znaczące zaś okazały się (zgłaszane o kilkanaście punktów procentowych częściej): pragnienie zmniejszenia wagi ciała oraz przykład bliskich i/lub znajomych, którzy wcześniej zaczęli biegać.

Można zatem stwierdzić, po pierwsze, że rozpoczęciu treningów biegowych na ogół towarzyszy motywacja prozdrowotna. Częściej dotyczy to reprezentantów klasy średniej (i wyższej) niż niższej. Po drugie, motywacja związana

Tabela 6

Przesłanki do rozpoczęcia treningów biegowych — według przynależności klasowej (w %)

Wyszczególnienie	Klasa niższa (N = 41)	Klasa średnia (N = 595)	Klasa wyższa (N = 129)	Ogółem (N = 765)
Chęć zadbania o własne zdrowie	46	48	54	48
Chęć sprawdzenia siebie, nadzieja na przygodę	41	32	26	33
Marzenie o przebiegnięciu maratonu	37	29	33	28
Pragnienie zmniejszenia wagi ciała	15	30	32	27
Przystępność biegania (bieganie jest tanie, łatwe — nie wymaga nauki; biegać można zawsze i wszędzie)	10	20	23	19
Przykład bliskich i/lub znajomych, którzy wcześniej zaczęli biegać	5	17	16	16
Ciekawość	12	12	12	12
Chęć zaimponowania znajomym i/lub bliskim	10	6	5	7
Szansa poznania nowych ludzi	7	6	5	6
Znudzenie innymi, dotychczas uprawianymi sportami	7	5	7	5
Inne	5	7	8	6

Źródło: badania własne — edycja 2014.

z odchudzaniem i przykładem innych osób z otoczenia także cechuje przede wszystkim biegaczy rekrutujących się z klasy średniej i wyższej. Co to oznacza? Odpowiedź może nawiązywać do — zawartej w argumentacji Crawforda — tezy o integracyjnych i kontrolnych funkcjach ideologii healthismu. Przede wszystkim wzorowanie się na bliskich i znajomych, którzy wcześniej rozpoczęli swoją „przygodę z bieganiem”, polega na naśladowaniu (zwłaszcza w przypadku inteligencji) osób o podobnym statusie społecznym (*vide*: wzmiankowana wyżej kwestia homogamii). To zresztą zrozumiałe: bieganie pozostaje zdominowane przez klasę średnią, więc to jej przedstawiciele są szczególnie eksponowani na stymulujący przykład znajomych i rodziny (także przynależących do *middle class*), którzy już trenują bieganie. Przykład rzeczywiście działa i faktycznie wpływa na postępowanie jednostek. Można więc mówić o pewnym wzorcu zachowania, o podążaniu za nim, a więc zapewne i o, słabszej czy silniejszej, społecznej presji, aby ten wzorzec realizować. Dotyczy to zwłaszcza klasy średniej (17%) i wyższej (16%), w wyrażnie mniejszym zaś stopniu — niższej (5%)¹⁹.

¹⁹ Warto tu przywołać ciekawe ustalenia socjologów z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, którzy na podstawie badania na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie 1134 pracowników przedsiębior-

Można sądzić, że podobnie przedstawia się sprawa odchudzających walo-
rów treningu biegowego. Doceniają je zwłaszcza reprezentanci klasy średniej
(30%) i wyższej (32%), znacząco rzadziej — niższej (15%). Może to wydawać
się paradoksalne, gdyż osoby rekrutujące się właśnie z klasy niższej najczęściej
mają kłopoty z nieprawidłową masą ciała²⁰, a jednak to nie one rozpoczynają
treningi biegowe z nadzieją na schudnięcie. Może to wskazywać na istnienie
— w obrębie klasy średniej i wyższej — pewnej presji społecznej na utrzy-
mywanie prawidłowej masy ciała. Potwierdzałyby to ustalenia CBOS, zgod-
nie z którymi tzw. diety eliminacyjne „[...] najczęściej stosowały osoby naj-
lepiej wykształcone (36%), o miesięcznych dochodach *per capita* powyżej 1500 zł
(35%) [...] W grupach społeczno-zawodowych stosowanie takiej diety rela-
tywnie najczęściej deklarowali pracownicy średniego szczebla, technicy (42%),
pracownicy usług (39%) oraz kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wy-
kształceniem (38%)” (Omyła-Rudzka 2014b, s. 2). Przesłanki stosowania tych
diety — w relacjach przedstawicieli klasy średniej — to: nadzieja na schudnię-
cie, a także chęć zdrowego odżywiania się, poprawy samopoczucia oraz kon-
dycji.

Ogólnie można powiedzieć, że przygoda z bieganiem rozpoczyna się zwyk-
le od motywacji zdrowotnych. Ludzie zaczynają uprawiać bieganie, aby za-
dbać o własne zdrowie. Motywacja ta dotyczy zwłaszcza reprezentantów klasy
średniej i wyższej. Przedstawiciele tych grup są zarazem motywowani przy-
kładem innych osób ze swojego otoczenia oraz potrzebą odchudzania. Te dwa
elementy zaś można postrzegać w kategoriach obowiązujących — w kręgu
klasy średniej i wyższej — norm odnoszących się do zachowania i wyglą-
du, które wydają się składowymi ideologii healthismu. Innymi słowy, kon-
trolna i integracyjna funkcja tej ideologii znajdowałaby — w przypadku mo-
dy na bieganie — swój wyraz w fakcie, że jednostki należące do klasy śred-
niej (i ewentualnie wyższej) rozpoczynałyby treningi biegowe, aby dostosować
swoje postępowanie i powierzchowność do obowiązujących klasowych stan-
dardów.

biorstw zatrudniających powyżej stu osób ustalili w 2002 roku, że działania prozdrowotne często są podejmowane za namową najbliższych lub znajomych (24%) oraz w celu dostosowania się do obecnej mody na zdrowe życie (22%). Zarazem przynależność do klasy niższej eksponuje jednostkę na negatywne wzorce (Korzeniowska 2005, s. 130–131): „Postrzeganie roli kolegów z pracy jako współodpowiedzialnych za realizowanie zachowań szkodliwych dla zdrowia zależało od wieku, wykształcenia i sytuacji materialnej. Wraz ze wzrostem przeżytych lat oraz spadkiem poziomu wykształcenia i dochodów rosła częstotliwość występowania tego przekonania”.

²⁰ Jak informuje CBOS, problem z otyłością lub nadwagą ma 62% Polaków legitymujących się wykształceniem zasadniczym zawodowym, 52% tych z wykształceniem średnim oraz 42% absolwentów uczelni wyższych (Omyła-Rudzka 2014a, s. 3; zob. też Żyra 2014, s. 78). Jeśli traktowalibyśmy poziom wykształcenia jako marker przynależności klasowej, to można przyjąć, że problem z otyłością i nadwagą dotyczy raczej przedstawicieli klasy niższej niż reprezentantów wyższych segmentów struktury społecznej.

PODSUMOWANIE

Analiza potwierdza spodziewany związek między ideologią healthismu a współczesną modą na bieganie. Biegacze-amatorzy hołdują tej ideologii, uznając zdrowie za kluczową wartość życiową (na równi z rodziną) i podzielając silne przeświadczenie o jednostkowym wpływie na zdrowie. Spełniają zarazem — jako grupa — kryteria statusowe zarysowane przez Crawforda. Z badań wynika bowiem, że około trzech czwartych populacji polskich długodystansowców-amatorów można zaliczyć do klasy średniej, co jest ważne z punktu widzenia stratyfikacyjnych aspektów omawianej ideologii. Co więcej, u źródeł jednostkowych decyzji o rozpoczęciu treningów biegowych na ogół leży chęć zadbania o własne zdrowie. Nie tylko więc biegacze-amatorzy są zwolennikami ideologii healthismu, ale też bieganie jest podejmowane z chęci pielęgnowania zdrowia.

Stwierdzenie, że współczesna popularność biegania pozostaje uwarunkowana rozpowszechnieniem ideologii healthismu, jest więc uprawnione. Należy być jednak świadomym, że healthism może objaśniać modę na bieganie wyłącznie częściowo. Po pierwsze, pewną rolę odgrywają też niewątpliwie przekazy medialne czy reklamowe, choć — logicznie rzecz biorąc — muszą one bazować na popularności healthismu (bez odpowiedniego światopoglądowego „podłoża” przyswojonego przez jednostki i wpływającego na ich dyspozycje do działania przekazy te byłyby mało skuteczne). Po drugie, odwołując się do koncepcji Crawforda można jedynie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego jednostki decydują się na rozpoczęcie treningów biegowych, ale nie na pytanie o popularność amatorskich zawodów biegowych. Healthism wskazuje na dyspozycje światopoglądowe. Bazując na koncepcji Crawforda można więc zrozumieć, dlaczego bieganie stało się popularną dyscypliną rekreacji ruchowej, pojmowanej jako: „te wszystkie zajęcia o treści ruchowo-sportowej lub turystycznej, którym człowiek oddaje się z własnych chęci w czasie wolnym od obowiązków, dla wypoczynku, rozrywki i dla rozwoju własnej osobowości” (Wolańska 1971, s. 11). Nie jest jednak jasne, dlaczego bieganie stało się zarazem tak popularną dyscypliną sportu czasu wolnego, rozumianego jako ten „segment” rekreacji ruchowej, który pozwala wskazać element rywalizacyjny (pokonywanie przeciwnika, czasu, przestrzeni), przy jednoczesnym respektowaniu reguł właściwych danej dyscyplinie (Krawczyk 2000, s. 91; Demel, Skład 1974, s. 18; Lipoński 1987, s. 312). Innymi słowy, gdyby u źródeł mody na bieganie leżał wyłącznie healthism, można by obserwować wielu biegaczy w parkach, na osiedlach itd.; nie byłoby jednak mowy o masowych amatorskich startach w zawodach biegowych. Wydaje się, że potrzeba konfrontowania własnej formy (sprawności, tężyzny) z określonym dystansem czy innymi *joggerami* nie może być przekonująco objaśniona na gruncie koncepcji Crawforda. Bardziej użyteczna będzie tu nietzscheańska perspektywa, podkreślająca satysfakcję jednostki z samotworzenia siebie i doceniająca takie jej przymioty, jak: dzielność czy siła. Ten problem jest tematem osobnego komplementarnego studium (Stempień 2016).

BIBLIOGRAFIA

- Boguszewski Rafał, 2012, *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*, Komunikat CBOS, nr 4690.
- Boguszewski Rafał, 2014, *Co stanowi o udanym życiu?*, Komunikat CBOS, nr 5106.
- Boguszewski Rafał, 2016, *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*, Komunikat CBOS, nr 5434.
- Borowiec Agnieszka, Lignowska Izabella, 2012, *Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?* „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3.
- Crawford Robert, 1980, *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*, „International Journal of Health Services”, t. 10 (3), s. 365–388.
- Demel Maciej, Skład Alicja, 1974, *Teoria wychowania fizycznego*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Domański Henryk, 2009, *Stratyfikacja a system społeczny w Polsce*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 2.
- Domański Henryk, Przybysz Dariusz, 2012, *Wybór znajomego a stratyfikacja społeczna w Polsce w latach 1988–2008*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 1.
- Dzięgiel Andżelika, 2014, *Profile uczestników imprezy biegowej*, w: Zygmunt Waśkowski (red.), *Marketing imprez biegowych*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.
- Feliksiak Michał, 2016, *Sytuacja materialna Polaków*, Komunikat CBOS, nr 5360.
- Gałużka Mieczysław, Legiędź-Gałużka Małgorzata, 2008, *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie ryzyka*, w: Mieczysław Gałużka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź.
- Gdula Maciej, Sadura Przemysław (red.), 2012, *Style życia i porządek klasowy w Polsce*, Scholar, Warszawa.
- Gdula Maciej, Sadura Przemysław, 2012, *Wstęp*, w: Maciej Gdula, Przemysław Sadura (red.), *Style życia i porządek klasowy w Polsce*, Scholar, Warszawa.
- Gvozdev Maxim Gennadyevich, 2016, *Helsizm w kontroście socjalnej krytyki medycyny*, „Society: Philosophy, History, Culture”, nr 9.
- Greenhalgh Trisha, Wessely Simon, 2004, *‘Health for me’: A Sociocultural Analysis of Healthism in the Middle Classes*, „British Medical Bulletin”, t. 69 (1), s. 197–213.
- Gruszczynska Magdalena, Bąk-Sosnowska Monika, Plinta Ryszard, 2015, *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, „Hygeia Public Health”, t. 50 (4), s. 558–565.
- IBRiS, 2015, *Polacy biegają*, Instytut Badań Rynkowych i Społecznych (http://www.ibris.pl/Polacy_Biegaja! [15.12.2016]).
- Juczynski Zygfryd, Ogińska-Bulik Nina, 2003, *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*, w: Zygfryd Juczynski, Nina Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Karlińska Agnieszka, 2016, *„Więcej niż moda. Tożsamościowórczy wymiar healthismu w społeczeństwie polskim na przykładzie biegania”*. Referat przedstawiony podczas ogólnopolskiej konferencji naukowej „Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie polskim”, Lublin, 15 kwietnia 2016.
- Karlińska Agnieszka, 2017, *Sport dla każdego? Bieganie jako nowy wymiar zróżnicowania w społeczeństwie polskim*, w: Jakub Ryszard Stempień (red.), *Moda na bieganie — zapiski socjologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Korzeniowska Elżbieta, 2004, *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie — przykład polski*, w: Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie — wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź.

- Korzeniowska Elżbieta, 2005, *Grupy odniesienia jako subiektywne determinanty działań w sferze zdrowia*, w: Włodzimierz Piątkowski, Włodzimierz A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tyczyn.
- Krawczyk Zbigniew, 2000, *Sport w zmieniającym się społeczeństwie*, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego, Warszawa.
- Lenartowicz Michał, 2012, *Klasowe uwarunkowania sportu i rekreacji ruchowej z perspektywy teorii Pierre'a Bourdieu*, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Warszawa.
- Lipowski Wojciech, 1987, *Humanistyczna encyklopedia sportu*, Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa.
- Lizak Dorota, Seń Mariola, Kochman Małgorzata, 2012, *Healthizm — afirmacja promocji zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne?*, w: Ryszard Żarów (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Tarnów.
- Łyson Piotr (kier.), 2013, *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Mayntz Renate, Holm Kurt, Hübner Peter, 1985, *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, tłum. Wanda Lipnik, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Omyła-Rudzka Małgorzata, 2013, *Aktywność fizyczna Polaków*, Komunikat CBOS, nr 4887.
- Omyła-Rudzka Małgorzata, 2014a, *Czy Polacy jedzą za dużo?*, Komunikat CBOS, nr 5061.
- Omyła-Rudzka Małgorzata, 2014b, *Diety Polaków*, Komunikat CBOS, nr 5052.
- Pelters Britta, Wijma Barbro, 2016, *Neither a Sinner nor a Saint: Health as a Present-Day Religion in the Age of Healthism*, „Social Theory and Health”, t. 14 (1), s. 129–148.
- Peretti-Watel Patrick, Legleye Stéphane, Guignard Romain, Beck François, 2014, *Cigarette Smoking as a Stigma: Evidence from France*, „International Journal of Drug Policy”, nr 2.
- Piekarzewska Małgorzata, Wiczorkowski Robert, Zajenkowska-Kozłowska Alicja, 2016, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Polska biega, 2014, *Raport Polska Biega — Narodowy Spis Biegaczy 2014* (www.spisbiegaczy.pl [29.12.2016]).
- Puchalski Krzysztof, 2004, *Świadomość i zachowania zdrowotne pracowników o niskim poziomie wykształcenia*, w: Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie — wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź.
- Puchalski Krzysztof, 2015, *Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie*, „Zeszyty Prasoznawcze”, nr 2.
- Scheerder Jeroen, Breedveld Koen, Borgers Julie, 2015, *Who Is Doing a Run with the Running Boom? The Growth and Governance of One of Europe's Most Popular Sport Activities*, w: Jeroen Scheerder, Koen Breedveld (red.), *Running across Europe: The Rise and Size of One of the Largest Sport Markets*, Palgrave Macmillan, Hampshire.
- Słońska Zofia, 2005, *Socjologiczna krytyka promocji zdrowia. Wybrane problemy*, w: Włodzimierz Piątkowski, Włodzimierz A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tyczyn.
- Sokołowska Magdalena, 1986, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Stempień Jakub Ryszard, 2015, *'Must be healthy, must be sporty' — Experiences of Poland and Selected European Countries. The Case of Popularity of Running*, w: Bogusław Sawicki (red.), *Promotion of Healthy Lifestyle in European Countries*, Katedra Turystyki i Rekreacji Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie, Lublin.
- Stempień Jakub Ryszard, 2016, *Ku źródłom polskiej mody na bieganie — perspektywa nietzscheańska*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, nr 58.
- Stempień Jakub Ryszard, 2017, *Bieganie jako praktyka dystynktywna. Analiza z wykorzystaniem teorii Pierre'a Bourdieu*, w: Jakub Ryszard Stempień (red.), *Moda na bieganie — zapiski socjologiczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.

- Waśkowski Zygmunt (kier.), 2014, *Profil polskiego biegacza. Raport z badań* (www.konferencjabiego-wa.pl [29.12.2016]).
- Waśkowski Zygmunt (kier.), 2016, *Profil polskiego biegacza. Raport z badań* (www.konferencjabiego-wa.pl [29.12.2016]).
- Wieczorkowska Magdalena, 2008, *Świat jako klinika. Medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, w: Mieczysław Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź.
- Wolańska Teresa, 1971, *Rekreacja fizyczna*, Centralny Ośrodek Metodyki Upowszechniania Kultury, Warszawa.
- Woynarowska Barbara, 2010, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wróblewski Michał, w druku, *Nowe szaty healthismu. Self-tracking, neoliberalizm i kapitalizm kognitywny*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, nr 58.
- Żyra Małgorzata (kier.), 2014, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

THE IDEOLOGY OF HEALTHISM AS THE *FONS ET ORIGO* OF THE FAD FOR RUNNING

Summary

This article concerns the contemporary fad for running and its connection with the ideology of healthism, which consists in a concentration on health as the *sine qua non* condition for individual well-being, and the assumption that health can be assured by proper lifestyle. In accordance with the ideas of Robert Crawford, the ideology of healthism is linked with the medicalization of society and is especially attractive to members of the middle class. The author attempts an empirical verification—in regard to Polish conditions—of the connection between healthism and the popularity of running. The author utilizes the findings of his own survey research in the years 2013–2016 among participants of the annual marathon in Łódź. The findings confirm that healthism could be one of the sources of the vogue for running, as is shown by: the pro-health motivations of the runners; their popular conviction that individuals can influence their own health; and their belief that health is one of two primary life values (alongside family happiness). In correspondence with Crawford's theory, it is chiefly members of the Polish middle class who engage in running.

Key words / słowa kluczowe

fad for running / moda na bieganie, ideology of healthism / ideologia healthismu, middle class / klasa średnia, leisure sports / sport czasu wolnego, active recreation / rekreacja ruchowa