

## SPOŁECZNE REPREZENTACJE ZDROWIA, A ZDROWY STYL ŻYCIA WŚRÓD WARSZAWSKICH SPECJALISTÓW, PRZEDSIĘBIORCÓW I MENADŻERÓW

### SOCIAL REPRESENTATIONS OF HEALTH, AND HEALTHY LIFESTYLE AMONG WARSAW SPECIALISTS, ENTREPRENEURS AND MANAGERS

Agnieszka Anna Borowiec<sup>1(A-G)</sup>, Izabella Lignowska<sup>1(A-B,D,G)</sup>, Zofia Słońska<sup>1(D)</sup>

<sup>1</sup>Narodowy Instytut Kardiologii, Polska

<sup>1</sup>The Institute of Cardiology, Poland

Borowiec, A., A., Lignowska, I., Słońska, Z. (2021). Społeczne reprezentacje zdrowia, a zdrowy styl życia wśród warszawskich specjalistów, przedsiębiorców i menadżerów / Social representations of health, and healthy lifestyle among Warsaw specialists, entrepreneurs and managers, *Rozprawy Społeczne / Social Dissertations*, 15(3), 86-109. <https://doi.org/10.29316/rs/139953>

Wkład autorów/  
Authors' contribution:  
A. Zaplanowanie badań/  
Study design  
B. Zebranie danych/  
Data collection  
C. Dane – analiza i statystyki/  
Data analysis  
D. Interpretacja danych/  
Data interpretation  
E. Przygotowanie artykułu/  
Preparation of manuscript  
F. Wyszukiwanie i analiza  
literatury/  
Literature analysis  
G. Zebranie funduszy/  
Funds collection

**Streszczenie:** Celem badania była identyfikacja społecznych reprezentacji zdrowia wśród warszawskich specjalistów, przedsiębiorców i menadżerów oraz weryfikacja hipotez, że prowadzeniu zdrowego stylu życia sprzyja rozumienie zdrowia jako odnawialnego zasobu oraz nie sprzyja rozumienie zdrowia jedynie jako nieobecności choroby oraz jako dobrego samopoczucia.

**Materiał i metody:** Przeprowadzono 6 wywiadów grupowych (FGI) oraz wywiad kwestionariuszowy na 500 osobowej próbie kwotowej warszawskich specjalistów, przedsiębiorców i menadżerów. Analiz dokonano metodą analizy głównych składowych oraz analizy regresji liniowej wielokrotnej.

**Wyniki:** Zidentyfikowano pięć wymiarów społecznej reprezentacji zdrowia: biomedyczny, funkcjonalny, biopsychospołeczny, behawioralny i ocenny. Potwierdzone zostały hipotezy o pozytywnym związku między stylami życia korzystnymi dla zdrowia a rozumieniem zdrowia jako zasobu (wymiar biomedyczny) oraz o negatywnym – w przypadku rozumienia zdrowia jako dobrego samopoczucia (wymiar biopsychospołeczny). Korzystne okazało się rozumienie zdrowia jako „zdrowy styl życia” (wymiar behawioralny) i niekorzystne – jako jego „pozytywna samoocena”.

**Wnioski:** Wiedza na temat rozumienia zdrowia może pomóc w formułowaniu programów promocji zdrowia.

**Słowa kluczowe:** Warszawa, zdrowy styl życia, klasa średnia, społeczne reprezentacje zdrowia

**Summary:** The aim of the study was identification of social representations of health among Warsaw specialists, entrepreneurs and managers, and verifying the hypotheses that the leading healthy lifestyle is promoted by understanding health as a “renewable resources” and hindered by understanding health as the “absence of disease” and “well-being”.

**Material and methods:** Six focus group interviews and the survey on a quota-based sample of 500 respondents were conducted. To data analyse PCA and multiple linear regression analysis were used

**Results:** Five dimensions of social representation of health were identified: biomedical, functional, biopsychosocial, behavioural and related to self-assessment. The hypotheses about positive relationship between healthy lifestyles and understanding health as “resources” (biomedical dimension) and negative – in case of understanding health as “well-being” (biopsychosocial dimension) have been confirmed. Understanding health as “healthy lifestyle” is favourable for leading healthy lifestyle while as “health self-assessment” – unfavourable.

**Conclusions:** Knowledge about understanding health can help formulate health promotion programs.

**Keywords:** Warsaw, healthy lifestyle, middle class, social representations of health

Tabele/Tables: 6

Ryciny/Figures: 0

Literatura/References: 62

Otrzymano/Submitted:  
02.06.2021

Zaakceptowano/Accepted:  
05.07.2021

**Adres korespondencyjny:** Agnieszka Anna Borowiec, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Narodowy Instytut Kardiologii, Polska; email: borag@wp.pl, <https://orcid.org/0000-0002-2584-0351>

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Agnieszka Borowiec

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

## Wprowadzenie

Zależności między stylem życia, w szczególności takimi zachowaniami, jak niewłaściwa dieta, palenie tytoniu i brak aktywności fizycznej a zachorowalnością i umieralnością z powodu chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów zostały wykazane w licznych badaniach epidemiologicznych. Zmiana zachowań ludzi na bardziej korzystne dla zdrowia często jest trudna. Jednym z powodów może być fakt, że zachowania te są elementami stylu życia, który może być motywowany nie tylko chęcią zachowania lub pomnożenia potencjału zdrowotnego, ale także postawami, wartościami, normami, przekonaniami i ideami ludzi. Zostało to wzięte pod uwagę przez Cockerhama (1999, 2005, 2012), który stworzył jedną z popularnych w socjologii zdrowia i medycyny koncepcji stylu życia związanego ze zdrowiem przyjmując za punkt wyjścia między innymi teorię Pierre'a Bourdieu (Bourdieu i Wacquant 2001, Bourdieu 2005). Zdefiniował on „zdrowotne” style życia (*health lifestyles*) (które mogą być zdrowe lub niezdrowe) jako „kolektywne wzory zachowań związane ze zdrowiem bazujące na wyborach z opcji dostępnych z powodu szans życiowych”. Obejmują one działania związane ze zwyczajami żywieniowymi, piciem alkoholu, paleniem tytoniu, aktywnością fizyczną, radzeniem sobie ze stresem, odpoczynkiem, higieną osobistą oraz inne zachowania związane ze zdrowiem (Cockerham, 1999). Wśród czynników mających wpływ na zdrowotne style życia wymienia między innymi intersubiektywną kolektywną perspektywę poza indywidualną podmiotowością, która odzwierciedla szczególny kolektywny światopogląd tworzoną przez ważne osoby z otoczenia, które podzielają normy, wartości, idee i sposoby postrzegania rzeczywistości.

To, jak ludzie postrzegają zdrowie, wydaje się być elementem tego szczególnego poglądu na świat. Istnieje wiele profesjonalnych definicji zdrowia (Blaxter, 2009, Domaradzki, 2013). W promocji zdrowia przywoływana jest najczęściej definicja WHO, zgodnie, z którą „zdrowie to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego” (Wojnarowska, 2007). Profesjonalne koncepcje nie muszą jednak iść w parze z tym, jak zdrowie postrzegają zwykli ludzie. Dlatego też to nie znajomość profesjonalnej definicji zdrowia, ale wiedza na temat tego, jak ludzie rozumieją zdrowie oraz jakie są związki między poszczególnymi sposobami rozumienia zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi i zdrowym stylem życia może być przydatna do zwiększenia efektywności edukacji zdrowotnej.

## Koncepcja społecznych reprezentacji zdrowia

Koncepcje należące do nurtu *lay knowledge* („wiedzy laickiej”) w socjologii zdrowia i medycyny odnoszą się właśnie do takich czynników. Pojęcie *lay knowledge* jest definiowane, jako idee i pojęcia, za pomocą,

## Introduction

Relationships between lifestyle, in particular behaviors such as improper diet, smoking and physical inactivity, and morbidity and mortality from cardiovascular diseases and cancer have been demonstrated in numerous epidemiological studies. Changing people's behavior to be more beneficial to health is often difficult. One reason may be that behaviors are elements of a lifestyle that may be motivated not only by the desire to preserve or multiply health potential, but also by people's attitudes, values, norms, beliefs, and ideas. This was considered by Cockerham (1999, 2005, 2012), who created one of the concepts lifestyle popular in the sociology of health and medicine, taking as a starting point the theory of Pierre Bourdieu (Bourdieu and Wacquant 2001, Bourdieu 2005). He defined “health lifestyles” (which can be healthy or unhealthy) as “collective patterns of health-related behavior based on choices from options available for life opportunities.” They include activities related to eating habits, alcohol consumption, smoking, physical activity, coping with stress, relaxation, personal hygiene, and other health-related behaviors (Cockerham, 1999). Among the factors influencing health lifestyles, he lists, among others, an intersubjective collective perspective beyond individual subjectivity that reflects a particular collective worldview important people from the environment who share norms, values, ideas, and ways of perceiving reality.

How people view health seems to be part of a particular worldview. There are many professional definitions of health (Blaxter, 2009, Domaradzki, 2013). In health promotion, the WHO definition is most often referred to, according to which “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (Wojnarowska 2007). Professional concepts, however, do not have to go hand in hand with how health is perceived by ordinary people. Therefore, it is not knowledge of the professional definition of health, but knowledge of how people understand health and the relationship between different ways of understanding health and health behaviors or healthy lifestyles that can be useful in increasing the effectiveness of health education.

## Concept of social representation of health

Concepts belonging to the *lay knowledge* area in the sociology of health and medicine refer to such factors. The concept of *lay knowledge* is defined as the ideas and concepts with which social actors

których podmioty społeczne interpretują doświadczenie zdrowia i choroby w życiu codziennym (Gabe, Bury, Elston, 2006). Naukowcy odnoszą się do koncepcji w tym obszarze głównie wtedy, gdy chcą poznać, nie tylko perspektywę lekarza, ale także punkt widzenia „zwykłych” ludzi, którzy są odbiorcami różnego rodzaju działań mających na celu promowanie zdrowia lub zapobieganie chorobom. Poznanie perspektywy odbiorców pomaga oddziaływać na nich bardziej efektywnie (Mokoukolo, Mullet, 1999, Callaghan, 1999, Kirscht, Haefner, Kegeles, Rosenstock, 1966). Koncepcję społecznych reprezentacji zdrowia można zaliczyć do tego obszaru, chociaż nie zakłada ona prawidłowości bądź nieprawidłowości społecznych reprezentacji, ale raczej akcentowana jest w jej ramach odmienność reprezentacji podzielanych przez różne grupy społeczne. Społeczne reprezentacje są, bowiem podzielanymi przez członków grupy laickimi teoriami na temat różnych aspektów rzeczywistości, na które składają się wiedza, wartości, idee służącymi poznawaniu i organizowaniu tej rzeczywistości. Według teorii społecznych reprezentacji postrzeganie jakiegoś obiektu jest możliwe dzięki istnieniu jego reprezentacji. Reprezentacje powstają, są kształtowane i modyfikowane w wyniku procesów komunikacji zachodzących wewnątrz grupy społecznej i w związku z tym są dzielane przez członków tej grupy. Fakty, zdarzenia, zjawiska są interpretowane przez jednostki w kontekście posiadanych przez nie, ale wytworzonych przez grupę, do której należą, reprezentacji społecznych. Teoria reprezentacji społecznych zakłada, iż to nie obiektywna rzeczywistość, ale reprezentacje społeczne jakichś zjawisk wpływają na zachowania ludzi. Trutkowski (1999) pisze, że „Społeczne reprezentacje stanowią (...) re-reprezentację świata, w którym jednostka żyje i który oddziałując na nią wpływa na jej zachowania – jednostka dopasowuje swoje zachowania do świata przez siebie odtwarzanego (re-reprezentowanego)” (Moscovici, 1973, Trutkowski, 1999, Bauer, Gaskell, 1999, Howarth, 2006).

W świetle teorii społecznych reprezentacji, a także modelu Cockerhama można oczekiwać, że dzielany przez ludzi sposób rozumienia zdrowia stanowiący część ich intersubiektywnego poglądu na świat będzie wpływał na ich zachowania składające się na zdrowotny styl życia. Przy czym, styl życia w takim ujęciu jest rozumiany jako zestaw praktyk, jakkolwiek zakładamy, że stanowi on spójną całość, a jednym z czynników go warunkujących jest intersubiektywny pogląd na świat, który można utożsamić z reprezentacjami społecznymi. Z kolei reprezentacje społeczne rozumiane są jako laickie teorie dotyczące różnych aspektów rzeczywistości, które warunkują zachowania/praktyki, pomimo tego, że w myśl wyrażonych *expressis verbis* poglądów części badaczy (zob. Moscovici, 1973, Howarth, 2006), praktyki społeczne są częścią reprezentacji społecznych: reprezentacje nie tylko wpływają na codzienne praktyki ludzi, ale również konstytuują je.

interpret the experience of health and illness in everyday life (Gabe, Bury, Elston, 2006). Scientists refer to concepts in this area mainly when they want to know not only the doctor's perspective, but also the point of view of "ordinary" people who are the recipients of various activities aimed at promoting health or prevent disease. Knowing the recipient's perspective helps to influence them more effectively (Mokoukolo, Mullet, 1999, Callaghan, 1999, Kirscht, Haefner, Kegeles, Rosenstock, 1966). The concept of social representations of health can be included, although it does not assume correctness or incorrectness in social representations, but rather emphasizes the different representations shared by various social groups. Social representations are, in fact lay theories about various aspects of reality, shared by members of a group including knowledge, values, ideas using to learn and organize the reality. According to the theory of social representations, the perception of an object is possible due to the existence of its representation. Representations arise, are shaped, and modified because of communication processes taking place within a social group and are therefore shared by members of that group. Facts, events, and phenomena are interpreted by individuals in the context of their social representations but created by the group they belong to. The theory of social representations assumes that it is not objective reality but social representations of some phenomena that influence people's behavior. Trutkowski (1999) writes that "Social representations are (...) a re-representation of the world in which an individual lives and which influences their behavior by influencing them – the individual adjusts their behavior to the world they recreate (re-presented)" (Moscovici, 1973, Trutkowski, 1999, Bauer, Gaskell, 1999, Howarth, 2006).

Considering the theory of social representations as well as the Cockerham model, it can be expected that people's understanding of health as part of their intersubjective view of the world will influence their behavior making up a healthy lifestyle. At the same time, the lifestyle in this approach is understood as a set of practices, although we assume that it constitutes a coherent whole, and an intersubjective view of the world being one of the factors conditioning it, can be identified with social representations. Social representations, in turns, are understood as lay theories concerning various aspects of reality that condition behavior / practices, even though, according to the views *expressis verbis* by some researchers (see Moscovici, 1973, Howarth, 2006), social practices are part of social representations: representations that not only influence people's daily practices, but also constitute them.

## Społeczne reprezentacje zdrowia – przegląd badań

Społeczne reprezentacje zdrowia badane są od lat 60. XX wieku, kiedy Claudine Herzlich (1973) przeprowadziła wśród francuskiej klasy średniej swe klasyczne już dziś badanie stanowiące punkt odniesienia dla wielu badaczy społecznych reprezentacji zdrowia. W wyniku analizy wywiadów indywidualnych, Herzlich ustaliła, że reprezentacja zdrowia może być uporządkowana według trzech wymiarów, które stanowią zarazem szczególne formy zdrowia: „zdrowie w próżni” (*health-in-a-vacuum*), „zdrowie jako zasób” (*reserve of health*), „zdrowie jako równowaga” (*equilibrium*). Pierwsza forma „zdrowie w próżni” oznacza po prostu nieobecność choroby. Drugą z wyodrębnionych form, „zdrowie jako zasób”, można określić jako kapitał aktywów obejmujący dwa aspekty: fizyczną krzepkość i siłę oraz potencjał, dzięki któremu jednostki mogą opierać się wyczerpaniu i chorobie. Zasoby te mogą się zmieniać: rosnąć lub maleć w ciągu życia jednostki. W odróżnieniu od braku choroby, który jest niezależnym od jednostki faktem, zasób zdrowia jest immanentną cechą organiczno-biologiczną człowieka. Kolejna forma zdrowia, „zdrowie jako równowaga”, czyli rodzaj relacji jednostki ze środowiskiem, obejmuje całe życie jednostki, a nie tylko jej fizyczny dobrostan. „Równowaga” jest indywidualną normą, do której jednostka aspiruje, choć nieczęsto ją osiąga. O tym, czy ktoś osiągnął równowagę czy nie, rozstrzyga jego indywidualne doświadczenie. Równowaga obejmuje następujące sfery: fizyczny dobrostan, dostatek fizycznych zasobów, psychiczny dobrostan, nieobecność zmęczenia, zrównoważony nastrój, aktywność, efektywność działania oraz dobre relacje z innymi ludźmi.

Przykładem innego podejścia jest francuskie badanie (d’Houtaud, Field, 1984) w wyniku którego wyróżniono 10 sposobów rozumienia zdrowia. Były to: hedonistyczne używanie życia, równowaga, odniesienia do ciała, witalność, psychologiczny dobrostan, higiena, wartość zdrowia, prewencja, możliwości fizyczne, nieobecność choroby. Ich dalsza analiza doprowadziła do wyodrębnienia dwu wymiarów zdrowia: pierwszego, odnoszącego się w większym stopniu do „ja” i norm indywidualnych oraz drugiego, odnoszącego się do „kogoś” i norm społecznych. Pierwszy wymiar jest charakterystyczny dla klasy średniej i wyższej, drugi – dla pozostałych. Bardziej złożona analiza dokonana przez autorów wskazała na różnicowanie klasowe reprezentacji zdrowia pod względem takich aspektów, jak kryteria dobrego zdrowia, czynniki pozwalające na osiągnięcie zdrowia, miejsce ciała w osiąganiu zdrowia oraz wartość zdrowia.

Badania przeprowadzone wśród różnych grup społecznych w Wielkiej Brytanii (pracujące matki małych dzieci w Południowej Walii, kobiety z klasy robotniczej w Szkocji, osoby starsze w Szkocji, pacjenci praktyki lekarskiej) oraz na próbie reprezen-

## Social representations of health – a research review

Social representations of health have been studied since the 1960s, when Claudine Herzlich (1973) conducted her classic study among the French middle class, a benchmark for many researchers of social representations of health. As a result of analyzing individual interviews, Herzlich determined that the representation of health can be ordered in three dimensions, also specific forms of health: “health-in-a-vacuum”, “reserve of health”, “equilibrium”. The first form of “health in a vacuum” simply means the absence of disease. The second form, “reserve of health,” can be defined as an asset capital that includes two aspects: physical robustness and strength, and the potential with which individuals can resist fatigue and illness. The resources can change; increase or decrease over the course of an individual’s life. Contrary to the absence of disease, a fact independent of the individual, health is an inherent organic and biological feature of a human being. Another form of health, “health as equilibrium”, or the type of relationship between an individual and their environment, covers the individual’s entire life, not just their physical well-being. “Equilibrium” is an individual norm to which an individual aspires but does not often achieve it. Whether someone has achieved equilibrium or not is determined by their individual experience. Equilibrium includes the following spheres: physical well-being, abundance of physical resources, mental well-being, absence of fatigue, balanced mood, activity, effectiveness, and good relationships with other people.

A French study (d’Houtaud, Field, 1984), which distinguished 10 ways of understanding health, is an example of a different approach. They were hedonistic use of life, balance, body references, vitality, psychological well-being, hygiene, health value, prevention, physical abilities, absence of disease. Their further analysis led to the separation of two dimensions of health: the first, relating to a greater extent to the “I” and individual norms, and the second, related to “someone” and social norms. The first dimension is typical of the middle and upper classes, the second – the rest. A more complex analysis by the authors indicated a class differentiation of health representations in terms of aspects such as criteria of good health, factors for achieving health, the place of the body in achieving health, and the value of health.

Research conducted among various social groups in Great Britain (working mothers of young children in South Wales, working-class women in Scotland, elderly people in Scotland, patients in medical practice) and on a representative sample of residents of England, Wales and Scotland of 9,003 people (Blaxter, 1990, Pill, Stott 1982, Blaxter, Paterson, 1982, Williams, 1983) as well as on samples of older people and younger teenagers

tatywnej mieszkańców Anglii, Walii i Szkocji obejmującej 9 003 osoby (Blaxter, 1990, Pill, Stott 1982, Blaxter, Paterson, 1982, Williams, 1983) a także na próbach osób w starszym wieku i młodszych nastolatków w USA (Buck, Ryan-Wenger, 2003, Damron-Rodriguez, Frank, Enriquez-Haass, Reuben, 2005) zaowocowały uzyskaniem zbliżonych wymiarów. Były to: brak choroby, funkcjonalność, czyli zdolność radzenia sobie z codziennymi obowiązkami, dobra kondycja/sprawność fizyczna, dobrostan psychiczny i dobrostan społeczny. Stosunkowo rzadko pojawiały się w wypowiedziach jeszcze dwie inne definicje zdrowia: rozumienie zdrowia jako „zdrowego stylu życia”, które zostało zidentyfikowane tylko w Wielkiej Brytanii na próbie reprezentatywnej oraz wśród amerykańskich młodszych nastolatków, oraz „rezerwy zdrowia” – zaobserwowane tylko w brytyjskiej próbie reprezentatywnej.

Z kolei bardziej współczesne badanie jakościowe włoskich nastolatków pozwoliło zaobserwować, że myślą oni o zdrowiu posługując się pięcioma kluczowymi kategoriami: wygląd fizyczny (miły wygląd, dobry kształt, odpowiednia waga), osobiste zaangażowanie i posiadanie celu (dużo nauki, uczestnictwo w zajęciach pozalekcyjnych, posiadanie celu w życiu, posiadanie ważnych przyjaciół i szczęścia), posiadanie własności i przestrzeni (odpowiednie zasoby materialne i przestrzeń), czas wolny (sport, czas spędzany z przyjaciółmi), przynależność społeczna (do rodziny, grup koleżeńskich) (Borraccino, Pera, Lemma, 2019).

Przedmiotem zainteresowania badaczy były także społeczne reprezentacje zdrowia wśród szczególnych grup społecznych, takich jak na przykład mniejszości narodowe (Jovchelovitch, Gervais, 1999, Koudstaal, Verdonk, Bartels, 2020), uczestnicy ruchów społecznych (Shimizu, Silva, de Moura, Bermúdez, 2015), grupy zawodowe, a szczególnie lekarze i pielęgniarki, a także pacjenci (Garay, de la Caridad Moncada Santos, Rodríguez, 2019).

Ponieważ społeczne reprezentacje różnych zjawisk pełnią funkcję integracyjną i wyznaczają granice grup społecznych często badane były reprezentacje grup uznanych za przeciwstawne pod jakimś względem. Badano na przykład reprezentacje zdrowia osób w starszym wieku wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarek w Niemczech (Flick, Fisher, Neuber, Schwartz, Walter, 2003), reprezentacje zdrowia wśród chirurgów i hospitalizowanych pacjentów w Hiszpanii (Ramirez, Yovany, 2006) wśród pielęgniarek z różnych regionów świata (Velotti, Pace, Petrocchi, Zavattini, 2019, Flick, 2000), wśród pielęgniarek oraz urzędników ze Wschodnich i Zachodnich Niemiec co miało na celu porównanie postrzegania zdrowia wśród profesjonalistów medycznych i nie-profesjonalistów (Flick, 2000)

Wśród niewielu polskich badań na ten temat jest badanie z lat 90. ubiegłego wieku (Puchalski, 1997), w którym podejmowano próby określenia kryteriów, jakimi posługują się ludzie, oceniając stan swego zdrowia jako dobry lub zły. Wyniki wskazy-

in the USA (Buck, Ryan-Wenger, 2003, Damron-Rodriguez, Frank, Enriquez-Haass, Reuben, 2005) resulted in obtaining similar dimensions. They were absence of disease, functionality, i.e., the ability to cope with daily duties, good condition / physical fitness, mental well-being, and social well-being. Two other definitions of health were recorded relatively rarely in the statements: understanding health as a “healthy lifestyle”, identified only in the United Kingdom on a representative sample and among American younger teenagers, and “health reserves” – observed only in the British representative sample.

On the other hand, a more recent qualitative study of Italian teenagers has found that they think about health in five key categories: physical appearance (good looks, good shape, appropriate weight), personal commitment and having a goal (lots of study, participation in extracurricular activities, having purpose in life, having important friends and happiness), having property and space (adequate material resources and space), free time (sports, time spent with friends), social belonging (to family, friends) (Borraccino, Pera, Lemma, 2019).

The researchers were also interested in social representations of health among specific social groups, such as, for example, national minorities (Jovchelovitch, Gervais, 1999, Koudstaal, Verdonk, Bartels, 2020), participants of social movements (Shimizu, Silva, de Moura, and Bermúdez, 2015), professional groups, especially doctors and nurses, as well as patients (Garay, de la Caridad Moncada Santos, Rodríguez, 2019).

As social representations of various phenomena play an integrative role and define the boundaries of social groups, representations of groups considered to be opposing in some respect were often investigated. For example, health representations of elderly people among primary care physicians and nurses in Germany (Flick, Fisher, Neuber, Schwartz, Walter, 2003), health representations among surgeons and hospitalized patients in Spain (Ramirez, Yovany, 2006) among nurses from various regions of the world (Velotti, Pace, Petrocchi, Zavattini, 2019, Flick, 2000), among nurses and clerks from East and West Germany were studied to compare the perception of health among medical professionals and non-professionals (Flick, 2000)

Among the few Polish studies on this subject there is a study from the 1990s (Puchalski, 1997). It made attempts to define the criteria that people use to assess their health as good or bad. Results indicated that having or not having diseases and ailments and feeling bad or feeling well were spontaneously mentioned. However, when individual criteria were selected from a developed list of respondents' answers, they were much richer and included such criteria as vital fitness, functional fitness, and ethics in actions. Another study

wały na to, że spontanicznie najczęściej wymieniano posiadanie lub brak chorób i dolegliwości oraz złe lub dobre samopoczucie. Jednak w sytuacji wyboru poszczególnych kryteriów z przygotowanej listy odpowiedzi respondentów były znacznie bogatsze i obejmowały również takie kryteria, jak sprawność witalna, sprawność funkcjonalna i etyka w postępowaniu. Inne badanie przeprowadzone na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej doprowadziło do wyodrębnienia trzech wymiarów zdrowia: zdolność do samodzielnego funkcjonowania, nieobecność choroby oraz biologiczne rezerwy zdrowia (Borowiec, Lignowska, 2015). Badanie reprezentacji zdrowia wśród kobiet po menopauzie pokazało, że rozumieją one zdrowie jako dobre funkcjonowanie wszystkich części ciała, niedoświadczanie żadnych fizycznych dolegliwości oraz niebycie chorym, w wyjątkiem okazjonalnego doświadczania grypy, przeziębienia bądź niestrawności (Pilewaka-Kozak, Płaucka, Łepecka-Klusek, Stadnicka, Jurek, Dobrowolska, 2020). Jak więc widać mimo rozpiętości czasowej we wszystkich tych badaniach zidentyfikowany został sposób rozumienia zdrowia jako brak choroby oraz jako sprawność funkcjonalna.

Jednak związek laickich definicji zdrowia ujmowanych między innymi w kategoriach społecznych reprezentacji zdrowia ze zdrowym stylem życia lub poszczególnymi zachowaniami zdrowotnymi rzadko był przedmiotem badań. Częściej badano zależności pomiędzy reprezentacjami poznawczymi lub społecznymi chorób a zachowaniami w chorobie lub zachowaniami prewencyjnymi (Harvey, Lawson, 2009, Gould, Brown, Bramwell, 2010, Baah-Odoom, 2012). Niektórzy badacze reprezentacji zdrowia odwoływali się do domniemanego wpływu tych reprezentacji na zachowania zdrowotne w celu uzasadnienia potrzeby prowadzenia takich badań (Williams, 1983, d'Houtaud, Field 1984, Jovchelovitch, Gervais, 1999). Przykładem jednego z nielicznych badań podejmujących problem zależności między reprezentacjami zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi jest badanie przeprowadzone w Hiszpanii, w wyniku którego stwierdzono, że społeczne reprezentacje zdrowia, choroby i medycyny są związane ze strategiami radzenia sobie w sytuacjach pojawienia się pierwszych symptomów choroby oraz z zachowaniami prozdrowotnymi (Echabe, Guillen, Ozamiz, 1992). Badanie zrealizowane w Polsce metodą wywiadu indywidualnego (Puchalski, Korzeniowska, Piwowarska-Pościk, 1999) wskazało, z kolei, na różnice w sposobie postrzegania zdrowia między osobami różniącymi się zachowaniami zdrowotnymi. Osoby zachowujące się korzystnie z punktu widzenia zdrowia, określone jako aktywne, były bardziej skłonne postrzegać zdrowie jako pozytywną wartość, do której się dąży, jako sposób życia, którego elementami są zachowania prozdrowotne, a także były przekonane o własnych możliwościach wpływania na stan zdrowia. Natomiast osoby określone jako pasywne, czyli te które nie podejmowały prozdrowotnych działań, pojmowały zdrowie raczej jako naturalny stan, za-

conducted on a nationwide representative sample resulted in the identification of three dimensions of health: the ability to function independently, the absence of disease and biological reserves of health (Borowiec, Lignowska, 2015). The study of health representation among postmenopausal women showed that they understand health as the good functioning of all parts of the body, not experiencing any physical ailments and not being sick, except for the occasional flu, cold or indigestion (Pilewaka-Kozak, Płaucka, Łepecka-Klusek, Stadnicka, Jurek, Dobrowolska, 2020). As can be seen, despite the time span, all the studies have identified a way of understanding health as the absence of disease and as functional fitness.

However, the relationship between lay definitions of health in terms of social representations of health, and a healthy lifestyle or individual health behaviors has rarely been studied. Relationships between cognitive or social representations of diseases and behavior in the disease or preventive behavior have been studied more often (Harvey, Lawson, 2009, Gould, Brown, and Bramwell, 2010, Baah-Odoom, 2012). Some researchers of health representations have referred to the supposed influence of the representations on health behavior to justify the need for such studies (Williams, 1983, d'Houtaud, Field 1984, Jovchelovitch, Gervais, 1999). A study conducted in Spain is an example of one of the few studies dealing with the issue of the relationship between health representations and health behaviors. It was found that social representations of health, disease and medicine are related to coping strategies in situations of the first symptoms of a disease and to pro-health behaviors. (Echabe, Guillen, Ozamiz, 1992). A study conducted in Poland using the method of individual interview (Puchalski, Korzeniowska, Piwowarska-Pościk, 1999) indicated, in turn, differences in the perception of health between people who differ in their health behavior patterns. People who behaved favorably from the point of view of health, defined as active, were more likely to perceive health as a positive value to be pursued, as a way of life with healthy behavior patterns, and were convinced of their own ability to influence health. On the other hand, people defined as passive, i.e., those who did not take healthy activities, understood health rather as a natural state, a resource from which they draw, without making efforts to multiply or strengthen it.

On the other hand, the attempt made by Bishop and Yardley (2010) to find relationships between the dimensions of the wellness beliefs scale, measuring lay beliefs about health and lifestyle, did not lead to the expected results. The results indicate that the relationship between health social of health and health-related lifestyle is ambiguous and should be investigated.

The aim of the study was to identify social representations of health and to verify the

sób, z którego się czerpie, nie czyniąc wysiłków, by go pomnażać lub wzmacniać

Z drugiej strony, próba znalezienia przez Bishop i Yardley (2010) związków między wymiarami „skali przekonań dotyczących dobrostanu” (*wellness beliefs scale*), służącej do pomiaru laickich przekonań na temat zdrowia oraz stylu życia nie doprowadziła do oczekiwanych rezultatów. Wyniki te wskazują, że relacje między reprezentacjami społecznymi zdrowia a stylem życia związanym ze zdrowiem nie są jednoznaczne i należy je zbadać.

Celem badania było zidentyfikowanie społecznych reprezentacji zdrowia oraz zweryfikowanie hipotezy, że są one powiązane ze zdrowym stylem życia. Badani byli warszawscy specjaliści, przedsiębiorcy i menadżerowie, jako kategorie najbardziej zbliżone do klasy średniej w społeczeństwach rozwiniętych (Domański, 2002).

Choć istnieje tendencja by klasę średnią definiować posługując się wyłącznie kryterium ekonomicznym np. wysokości dochodu i/lub jego stosunkiem do średniej czy mediany, to ujęcia socjologiczne są bardziej złożone. Klasę średnią można określić jako segment społeczeństwa składający się z osób zajmujących środkowe pozycje w hierarchii społecznej charakteryzujący się posiadaniem jakiegoś rodzaju kapitału materialnego bądź kompetencji, który jest przez nich obsługiwany oraz jest źródłem dochodu osiąganego na rynku (Domański, 1999). Oprócz źródła i wysokości dochodu klasa średnia jest określana przez sytuację pracy odmienną od sytuacji robotników oraz szczególny styl życia, wartości, orientacje życiowe i postawy (Mills, 1965, Domański, 2002). Henryk Domański (1994, 1999, 2002) rozumie klasę średnią przede wszystkim jako pewien syndrom obejmujący styl życia, wartości, orientacje życiowe i postawy, a syndrom ten uznaje za charakterystyczny dla konkretnych kategorii społecznych znajdujących się w środkowej części struktury społecznej, których powstanie było związane z powstaniem kapitalizmu. Z kolei, Gdula i Sadura (Sadura 2013, Gdula, Sadura 2013) odwołując się do teorii Pierre’a Bourdieu określają klasę średnią jako grupę osób mających średnie zasoby kapitału, na który składają się kapitał społeczny, kulturowy i ekonomiczny w różnych proporcjach. O wewnętrznym zróżnicowaniu decyduje łączna wielkość oraz rodzaj zgromadzonego kapitału.

Na klasę średnią składają się dwie zasadnicze kategorie: drobną i średnią przedsiębiorcy („stara klasa średnia”) oraz pracownicy umysłowi różnego szczebla („nowa klasa średnia”). Są one odrębne ze względu na źródło uzyskiwanego dochodu, gdyż w pierwszym przypadku jest to posiadanie i obsługa własności, w drugim – praca najemna, dlatego też w pracach na temat klasy średniej podkreśla się, iż nie jest to klasa społeczna w klasycznym rozumieniu. Współcześnie wśród pracowników umysłowych coraz większe znaczenie mają wysoko wykształceni pracownicy, zajmujący wysokie pozycje w hierarchii zawodowej.

hypothesis that they are related to a healthy lifestyle. The surveyed were Warsaw specialists, entrepreneurs, and managers, as categories closest to the middle class in developed societies (see Domański, 2002).

Even though there is a tendency to define the middle class using only an economic criterion, e.g., the amount of income and / or its relation to the mean or median, sociological approaches are more complex. The middle class can be defined as a segment of society consisting of people occupying middle positions in the social hierarchy characterized by having material capital or competence that is supported by them and is a source of income achieved on the market (Domański 1999). Apart from the source and amount of income, the middle class is defined by a work situation different from that of workers and a specific lifestyle, values, life orientations and attitudes (Mills, 1965, Domański, 2002). Henryk Domański (1994, 1999, 2002) understands the middle class primarily as a certain syndrome involving lifestyle, values, life orientations and attitudes, and he considers this syndrome as characteristic of specific social categories located in the middle of a social structure; the emergence of them was related to the rise of capitalism. On the other hand, Gdula and Sadura (Sadura 2013, Gdula, Sadura 2013), referring to Pierre Bourdieu’s theory, define the middle class as a group of people with average capital resources, consisting of social, cultural, and economic capital in various proportions. Internal differentiation is determined by the total size and type of accumulated capital.

The middle class consists of two main categories: small and medium-sized entrepreneurs (“old middle class”) and white-collar workers of various levels (“new middle class”). They are separate in terms of the source of income, because in the first case it is the ownership and servicing of property, in the second – hired labor, which is why it is emphasized in works on the middle class that it is not a social class in the classical meaning. Nowadays, highly educated employees, occupying high positions in the occupational hierarchy, are more and more important among white-collar workers.

Pursuant to the most influential concepts of the Polish middle class, it includes small and medium-sized entrepreneurs and senior white-collar workers, i.e., specialists with higher education and management staff (Domański, 2002, Leszkowicz Baczyński, 2007). Since there is no one hundred percent agreement as to whether the middle class in Poland exists, there is often a discussion on “categories aspiring to be called the middle class”, “environments based on which the middle class will be established” etc. It seems that one should agree with the view expressed some time ago by Leszkowicz-Baczyński (2007) that the middle class

Zgodnie z najbardziej wpływowymi koncepcjami polskiej klasy średniej można do niej zaliczyć właśnie drobnych i średnich przedsiębiorców oraz pracowników umysłowych wyższego szczebla tj. specjalistów z wyższym wykształceniem i kadre kierowniczą (Domański, 2002, Leszkowicz, Baczyński, 2007). Ponieważ nie ma dotychczas stuprocentowej zgody, czy klasa średnia w Polsce istnieje, często mówi się o „kategoriach pretendujących do miana klasy średniej”, „środowiskach na bazie, których klasa średnia powstanie” itp., jednak wydaje się, że należałoby się zgodzić z poglądem wyrażonym już jakiś czas temu przez Leszkowicza-Baczyńskiego (2007), że klasa średnia w Polsce istnieje w „jakiejś postaci” niekoniecznie identycznej w krajach rozwiniętych.

Klasa średnia w społeczeństwach rozwiniętych uważana jest nie tylko za kategorię społeczną, której istotną cechą jest zdrowy styl życia, ale także za lidera w tym zakresie oraz wzór do naśladowania przez osoby z niższych klas społecznych. Istnienie klasy średniej w społeczeństwie uważa się za sprzyjające, a niekiedy nawet za konieczne do upowszechniania się prozdrowotnych zachowań (Cockerham, 2007). Członkowie klasy średniej we współczesnych społeczeństwach nie tylko częściej niż inne klasy i warstwy społeczne zachowują się w sposób korzystny dla zdrowia (Berger, 1995, Savage, Barlow, Dickens, Fielding, 1995, Domański, 2002, Ostrowska, 1999, CBOS 2018, 2019a, 2019b), ale także duże i coraz większe jest ich zainteresowanie zdrowiem, zdrową dietą, kształtowaniem sylwetki, dbaniem o dobrą kondycję organizmu. Ta szczególna koncentracja na zdrowiu oraz wysiłki w celu osiągnięcia i utrzymania zdrowia poprzez modyfikację stylu życia zostały już zauważone i opisane w krajach w rozwiniętych i nadano im miano healthismu (Crawford, 1980, Crawford 2006, Greenhalgh, Wessely, 2004). Jako powód szczególnej podatności klasy średniej na ten sposób myślenia wskazywany jest, nie tylko wpływ różnego rodzaju działań: kampanii i akcji prozdrowotnych, ale także specyficzny zestaw wartości, postaw i orientacji życiowych, które od dawna są charakterystyczne dla klasy średniej. Są to m. in.: indywidualizm, samodzielność, samodyscyplina, samokontrola, zgoda na opóźnioną gratyfikację (Weber, 2010). Rola lidera postaw, wartości i stylu życia sprawia, że segment klasy średniej jest interesującym przedmiotem badań zarówno dla socjologów medycyny, jak i specjalistów zdrowia publicznego. Również identyfikacja społecznych reprezentacji zdrowia i ich związków ze stylem życia wśród przedstawicieli klasy średniej może dostarczyć cennych informacji użytecznych z punktu widzenia promowania pewnych wizji zdrowia i pewnych zachowań korzystnych dla zdrowia w społeczeństwie.

Sformułowano następujące szczegółowe hipotezy badawcze:

1. im bardziej posiadana społeczna reprezentacja zdrowia zbliża się do rozumienia zdrowia jako zasobu, który można pomnażać lub osłabiać,

in Poland existed in “some form”, not necessarily identical to that in developed countries.

The middle class in developed societies is considered not only a social category with a healthy lifestyle as an important feature, but also a leader in this respect and a role model for people from lower social classes. The existence of a middle class in society is considered favorable, and sometimes even necessary, for the spread of health-promoting behaviors (Cockerham 2007). Members of the middle class in contemporary societies not only more often than other classes and social strata behave in a way that is beneficial to health (Berger 1995, Savage, Barlow, Dickens, Fielding, 1995, Domański 2002, Ostrowska 1999, CBOS 2018, 2019a, 2019b), but they also show great and growing interest in health, healthy diet, body shaping, caring for the good condition of the body. This particular focus on health and efforts to achieve and maintain health through lifestyle modification have already been noticed and described in developed countries and have been named healthism (Crawford, 1980, Crawford, 2006, Greenhalgh, Wessely, 2004). The reason for the special susceptibility of the middle class to this way of thinking is not only the influence of various types of activities: health campaigns and actions, but also a specific set of values, attitudes and life orientations that have long been characteristic of the middle class. They are, among others individualism, independence, self-discipline, self-control, consent to delayed gratification (Weber, 2010). The role of the leader in attitudes, values and lifestyle makes the middle class segment an interesting subject of research for both medical sociologists and public health specialists. Identifying middle-class social representations of health and their relationships with lifestyle can also provide valuable information useful for promoting certain visions of health and certain health-promoting behaviors in society.

The following detailed research hypotheses were formulated:

1. the closer your social representation of health is to understanding health as a resource that can be multiplied or diminished, the more likely you are to lead a healthy lifestyle;
2. the closer your social representation of health is to understanding health as the absence of disease, the less likely you are to lead a healthy lifestyle;
3. the closer your social representation of health is to understanding health as well-being, the less likely you are to lead a healthy lifestyle.

As middle class is the study population, and it used to be traditionally credited with self-reliance, individualism, and entrepreneurship, it was expected that:

4. the closer your social representation of health is to understanding health as a factor



tym większe prawdopodobieństwo prowadzenia zdrowego stylu życia;

2. im bardziej posiadana społeczna reprezentacja zdrowia zbliża się do rozumienia zdrowia jako nieobecności choroby, tym mniejsze prawdopodobieństwo prowadzenia zdrowego stylu życia;
3. im bardziej posiadana społeczna reprezentacja zdrowia zbliża się do rozumienia zdrowia jako dobrego samopoczucia, tym mniejsze prawdopodobieństwo prowadzenia zdrowego stylu życia.

Ponieważ badaną populacją jest klasa średnia, której tradycyjnie przypisuje się poleganie na sobie, indywidualizm i przedsiębiorczość, oczekiwano, że:

4. im bardziej posiadana społeczna reprezentacja zdrowia zbliża się do rozumienia zdrowia jako czynnika umożliwiającego osiągnięcie celów życiowych (np. zdrowie funkcjonalne), tym większe prawdopodobieństwo prowadzenia zdrowego stylu życia.

## Material i metody

Projekt badawczy obejmował badanie jakościowe metodą focus group interview (FGI) oraz badanie ilościowe metodą wywiadu kwestionariuszowego. Badana populacja składała się z małych i średnich przedsiębiorców, specjalistów z wykształceniem wyższym i menedżerów (Domański, 2002, Leszkowicz-Baczyński, 2007) mieszkających i pracujących w stolicy Polski. Kategorie te zostały zdefiniowane następująco:

1. przedsiębiorcy – właściele / współwłaściele przedsiębiorstw z wyjątkiem osób posiadających własną działalność gospodarczą i faktycznie współpracujących z innymi firmami na zasadach zbliżonych do pracy etatowej (kontrakt / umowa cywilna);
2. specjaliści z wyższym wykształceniem – osoby posiadające wyższe wykształcenie, pracujący na stanowiskach: specjalista, samodzielny pracownik oraz stanowiskach kierowniczych niższego szczebla: kierownik komórki, sekcji, działu itp. w wyżej wymienionych dziedzinach z wyjątkiem dyrektorów, prezesów i ich zastępców wysokiego szczebla;
3. kadra kierownicza, czyli dyrektorzy lub wicedyrektorzy, prezesi, wiceprezesi, należący do powyższej kategorii specjalistów, jednak wyodrębnieni ze względu na miejsce w strukturze organizacyjnej firmy: dyrektorzy, prezesi urzędów centralnych, w ministerstwach oraz dyrektorzy departamentów w ministerstwach oraz dyrektorzy, prezesi przedsiębiorstw, o wielkości zatrudnienia ponad 50 osób, ale niebędący właścicielami.

Celem FGI było rozpoznanie, jak ludzie postrzegają zdrowie. Metodę tę zastosowano ze względu na możliwość śledzenia procesu komunikacji między członkami grupy. Indywidualny scenariusz wywiadu

in achieving life goals (e.g., functional health), the more likely you are to lead a healthy lifestyle.

## Material and methods

The research project included a qualitative group interview (FGI) study and a quantitative survey using the questionnaire interview method. The surveyed population consisted of small and medium-sized entrepreneurs, specialists with higher education and managers (Domański, 2002, Leszkowicz-Baczyński, 2007) living and working in the capital of Poland. The categories are defined as follows:

1. entrepreneurs – owners / co-owners of enterprises, except for people who have their own business and cooperate with other companies on terms similar to full-time work (contract / civil contract);
2. specialists with higher education – persons with higher education, holding the following positions: specialists, independent employees, and lower-level managerial positions: unit, sections, department manager, etc. in the above-mentioned fields, except for directors, presidents, and their high-level deputies;
3. managerial staff, i.e., directors or deputy directors, presidents, vice-presidents, belonging to the above category of specialists, but distinguished due to their position in the organizational structure of the company: directors, presidents of central offices, in ministries and directors of departments in ministries and directors, presidents of enterprises with employment of more than 50 people, but not owners.

The aim of the FGI was to recognize how people perceive health. This method was used due to the possibility of tracking the communication process between group members. The individual interview scenario included projective techniques aimed at discovering unconscious beliefs about

zawierał techniki projekcyjne mające na celu odkrycie nieuświadomianych przekonań na temat zdrowia, jego uwarunkowań i konsekwencji. Badania przeprowadzono w kwietniu 2013 r. Grupa składała się z 53 przedsiębiorców, specjalistów z wykształceniem wyższym oraz menedżerów wybranych w sposób celowy ze względu na pozycję zawodową, wykształcenie, wiek i płeć. Te cechy były również zastosowane jako kryterium przy dobieraniu składu poszczególnych grup fokusowych. Wyniki wykorzystano do stworzenia pytań, które zostały umieszczone w kwestionariuszu do badania ilościowego.

Wywiady kwestionariuszowe na próbie liczącej 500 osób należących do warszawskich przedsiębiorców, specjalistów z wykształceniem wyższym i menedżerów zostały przeprowadzone od listopada do grudnia 2013 r. Próbę kwotową oparto na strukturze badanej populacji znanej z badania na warszawskiej próbie reprezentatywnej przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Publicznej (CBOS). Pozycja zawodowa, wykształcenie, płeć i dzielnica Warszawy, w których pracują respondenci, były kryterium doboru uczestników do próby. Próba objęła 242 specjalistów, 132 przedsiębiorców i 126 menedżerów. Kwestionariusz zawierał m.in. pytania dotyczące zachowań zdrowotnych oraz społecznej reprezentacji zdrowia, cech społeczno-demograficznych respondentów.

Aby zidentyfikować „zdrowotne” (zdrowe lub niezdrowe) style życia przeprowadzono analizę metodą głównych składowych. Analiza objęła odpowiedzi na pytania o częstość różnych zachowań (jadania różnych produktów żywnościowych, picia alkoholu, uprawiania sportów) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, liczbę papierosów wypalanych średnio w ciągu dnia (niepalący – 0), liczbę posiłków spożywanych zazwyczaj w ciągu dnia oraz ocenę regularności poddawania się badaniom profilaktycznym. Ze względu na porządkowy poziom pomiaru zmiennych zastosowana została macierz korelacji polichorycznej.

W celu rozpoznania struktury społecznej reprezentacji zdrowia przeprowadzono analizy metodą głównych składowych, która objęła zmienne odnoszące się do tego jak ważne jest dane kryterium aby uznać kogoś za zdrową osobę (przyjmujące wartości od 1 do 4, wartość 4 oznacza, że zostało ono wskazane jako jedno z czterech najważniejszych w pierwszym wyborze, 1-nie zostało ono wybrane w trakcie trzech kolejnych wyborów). W celu określenia predyktorów zdrowego i niezdrowego stylu życia zastosowano analizę regresji liniowej wielokrotnej. Przygotowano cztery modele regresji: dla każdego (nie)zdrowego stylu życia jako zmiennej zależnej (zastosowano oceny czynnikowe uzyskane w wyniku analizy głównych składowych). Wymiary społecznej reprezentacji zdrowia zostały poddane analizie jako zmienne objaśniające (zastosowano oceny czynnikowe uzyskane w wyniku analizy głównych składowych). Płeć, wiek, wykształcenie i pozycja zawodowa były kontrolowane.

health, its determinants, and consequences. The research was conducted in April 2013. The study group consisted of 53 entrepreneurs, specialists with higher education and managers deliberately selected, as based on their professional position, education, age, and gender. The features were also used as a criterion in selecting the composition of the individual focus groups. Results were used to create the questions that were included in the survey questionnaire.

The survey with a sample of 500 people belonging to Warsaw entrepreneurs, specialists with higher education and managers was conducted from November to December 2013. The quota sample was based on the structure of the surveyed population known from the survey of a representative sample from Warsaw conducted by the Public Opinion Research Center (CBOS). Occupational position, education, gender, and the district of Warsaw in which the respondents work were the criteria for selecting participants for the sample. The sample included 242 specialists, 132 entrepreneurs and 126 managers. The questionnaire contained, among others, questions about health behavior, social representation of health, socio-demographic characteristics of the respondents.

Principal Component Analysis was performed to identify “health” (healthy or unhealthy) lifestyles. The analysis included responses to questions about the frequency of various behaviors (eating various food products, drinking alcohol, playing sports) in the last 12 months, the number of cigarettes smoked on average during the day (non-smoker – 0), the number of meals usually consumed during the day and the assessment of the regularity of undergoing preventive examinations. Due to the ordinal level of measurement of variables, a polychorical correlation matrix was used.

To recognize the structure of the social representation of health, the principal components method was analyzed, it included variables relating to the significance of a given criterion in recognizing someone as a healthy person (taking values from 1 to 4, value 4 means that it was indicated as one of the four most important in the first selection, 1 – it was not selected in the next three selections). Multiple linear regression analysis was used to identify predictors of healthy and unhealthy lifestyles. Four regression models were prepared: for each (un) healthy lifestyle as the dependent variable (factor scores obtained as a result of principal component analysis were used). The dimensions of the social representation of health were analyzed as explanatory variables (factor scores obtained as a result of principal components analysis were used). Gender, age, education, and job status were controlled.

## Wyniki

W wyniku PCA (tabela 1) zidentyfikowano cztery wymiary (podstyle) stylu życia zorientowanego na zdrowie, które będą nazywane stylami życia. Każdy wymiar stanowi kontinuum, na którym może zostać umieszczona dana osoba w zależności od tego w jakim stopniu dany styl życia jest dla niej charakterystyczny. Pierwszy styl życia (zorientowany na zdrowie) składa się z jednoznacznie zdrowych zachowań (choć głównie w zakresie odżywiania), takich jak częstsze spożywanie śniadań, spożywanie większej liczby posiłków dziennie, jądanie zdrowych produktów żywnościowych i niepalenie tytoniu lub wypalanie mniejszej liczby papierosów w ciągu dnia. Następny styl życia, zwany „zorientowanym na prewencję”, obejmuje głównie systematyczne wykonywanie badań lekarskich, ale także częstsze poświęcanie czasu dyscyplinom sportowym uprawianym zwykle poza miejscem zamieszkania. Następny styl, „zorientowany na rekreację” zawiera zarówno zdrowe, jak i niezdrowe zachowania. Składa się najczęściej z uprawiania sportu w klubach fitness i joggingu oraz aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym, ale także dodawanie soli do posiłków. Ten ostatni fakt świadczący o nieprzykładaniu dużej wagi do zaleceń zdrowotnych sugeruje, że nie tylko

## Results

In the PCA result (Table 1), four dimensions (sub-styles) of the health-oriented lifestyle, which will be called lifestyles, have been identified. Each dimension is a continuum on which person can be placed depending on the extent to which a given lifestyle is characteristic of them. The first (health-oriented) lifestyle consists of unequivocally healthy behaviors (albeit mainly in terms of nutrition), such as eating breakfast more often, eating more meals a day, eating healthy food, and not smoking or smoking fewer cigarettes a day. Another lifestyle, the so-called “prevention-oriented”, mainly involves systematic medical examinations, but also more frequent sports activities usually practiced away from home. The next, “recreation-oriented style”, includes both healthy and unhealthy behaviors. It consists of more frequent sports in a fitness club and jogging, and recreational physical activities, but also adding salt to meals. The latter fact, which shows that there is no emphasis on health recommendations, suggests that not only the will to achieve health, but also other reasons, such as, for example, keeping slim, may motivate people to lead such a lifestyle. More frequent drinking

**Tabela 1.** „Zdrowotne” style życia  
**Table 1.** “Healthy” lifestyles

	„Zdrowotne” style życia (ładunki czynnikowe) / „Healthy” lifestyles (factors)			
	Zorientowany na zdrowie / Health oriented	Zorientowany na zabawę / Fun oriented	Zorientowany na prewencję / Prevention oriented	Zorientowany na rekreację / Recreation oriented
Częstotliwość spożywania śniadania / Frequency of breakfast consumption	0.646			
Częstotliwość spożywania mleka i produktów mlecznych, produktów zbożowych oraz słodczy i ciasta <sup>a</sup> / Frequency of consuming milk and dairy products, cereal products, as well as sweets and cakes <sup>a</sup>	0.602			
Liczba wypalonych papierosów dziennie / Number of cigarettes smoked per day	-0.594			
Częstotliwość jedzenia owoców, warzyw, ryb, razowego chleba <sup>b</sup> / Frequency of eating fruits, vegetables, fish, wholemeal bread <sup>b</sup>	0.534			
Liczba głównych posiłków dziennie / Number of main meals per day	0.629			
Częstotliwość picia słodkich napojów i soków owocowych <sup>a</sup> / Frequency of drinking sweet drinks and fruit juices <sup>a</sup>		0.710		
Częstotliwość jedzenia słodkich i solonych przekąsek / Frequency of eating sweet and salted snacks		0.554		
Częstotliwość picia alkoholu / Frequency of drinking alcohol		0.402		

Częstotliwość wykonywania ćwiczeń fizycznych o charakterze rehabilitacyjnym (nordic walking, gimnastyka rehabilitacyjna, ćwiczenia na rowerze stacjonarnym) <sup>b</sup> / Frequency of practising remedial physical activity (nordic walking, remedial exercises, exercise on a stationary bike) <sup>b</sup>		-0.545		
Regularna kontrola stanu zdrowia u dentysty / Regular checkup at the dentist's			0.742	
Regularna kontrola stanu zdrowia u lekarza / Regular health check at the doctor			0.693	
Częstotliwość uprawiania aktywności fizycznych wykonywanych przeważnie poza miejscem zamieszkania (jazda na nartach, snowboardzie, żeglarstwo, wspinaczka, pływanie) <sup>b</sup> / Frequency of practicing physical activities usually performed outside the place of residence (skiing, snowboarding, sailing, climbing, swimming) <sup>b</sup>			0.569	
Częstotliwość uprawiania rekreacyjnych aktywności fizycznych (wędrówki piesze, jazda na rowerze) <sup>b</sup> / Frequency of engaging in recreational physical activities (hiking, cycling) <sup>b</sup>				0.692
Częstotliwość uprawiania sportów klubowo-halowych (jogging, aerobik, trening na siłowni, gry zespołowe, tenis) <sup>b</sup> / Frequency of practicing indoor and club sports (jogging, aerobics, gym training, team games, tennis) <sup>b</sup>				0.431
Częstotliwość dodawania soli do gotowych posiłków / Frequency of salt being added to prepared meals				0.411
Częstotliwość jądania mięsa / Frequency of eating meat				

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

**Uwaga:** Czynniki zostały wyodrębnione za pomocą analizy głównych składowych, metoda rotacji: Varimax z Normalizacją Kaisera. Zastosowano macierze korelacji polichorycznej ze względu na porządkowy poziom pomiaru zmiennych. Podano wartości p, chociaż próba nie została dobrana losowo. Z tego względu wyniki należy traktować raczej jako hipotezę i nie można ich generalizować. Miara adekwatności próby Kaisera-Meyera-Olkin wynosi 0,642. W celu wybrania zmiennych wskazujących wzorce analizy nawyków żywieniowych przeprowadzono analizę czynnikową włączając 14 zmiennych dotyczących częstotliwości spożywania różnych produktów żywnościowych. (Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy jadał(a) lub pijał(a) Pan(i)... 1. codziennie, prawie codziennie (6-7 razy w tygodniu); 2. kilka razy w tygodniu (2-5); 3. raz w tygodniu; 4. 2-3 razy w miesiącu; 5. raz w miesiącu lub rzadziej; 6. ani razu; 7. trudno powiedzieć). W rezultacie uzyskano cztery czynniki. Zmienne, które są najsilniej powiązane z każdym czynnikiem, zostały poddane następnemu etapowi analizy jako wskaźniki poszczególnych wzorców odżywiania. Przeprowadzono analizę czynnikową obejmującą zmienne dotyczące 15 różnych aktywności fizycznych w celu wybrania zmiennych reprezentujących wzorce aktywności fizycznej (Jak często, średnio rzecz biorąc, zdarzało się Panu(i) w ciągu ostatnich 12 miesięcy...1. codziennie, prawie codziennie (6-7 razy w tygodniu); 2 kilka razy w tygodniu (2-5); 3.raz w tygodniu; 4. 2-3 razy w miesiącu; 5. raz w miesiącu; 6. kilka razy w roku; 7. raz w roku; 8. ani razu; 97. trudno powiedzieć). Uzyskano cztery czynniki. Jako wskaźniki wzorców aktywności fizycznej potraktowano zmienne najsilniej związane z każdym czynnikiem. Zostały one włączone do kolejnego etapu analizy.

**Note:** Factors were identified using principal component analysis, rotation method: Varimax with Kaiser Normalization. Polychory correlation matrices were used due to the ordinal level of measurement of variables. P values are provided even though the sample was not randomized. Therefore, the results should be treated rather as a hypothesis and cannot be generalized. The measure of the sampling adequacy the Kaiser-Meyer-Olkin test is 0.642. To select the variables indicating patterns of the analysis of eating habits, a factor analysis was carried out, including 14 variables related to the frequency of consumption of various food products. (How often in the past 12 months you ate or drank ... 1. daily, almost every day (6-7 times a week); 2. several times a week (2-5) 3. once a week; 4. 2-3 times a month; 5. once a month or less often; 6. not once; 7 difficult to say. As a result, four factors were obtained. The variables most strongly associated with each factor were subjected to the next stage of analysis as indicators of individual eating patterns. A factor analysis was carried out on variables for 15 different physical activities to select variables representing patterns of physical activity (How often, on average, did you happen in the past 12 months to ... 1. daily, almost daily (6-7 times a week); 2 several times a week (2-5); 3 times a week; 4. 2-3 times a month; 5 times a month; 6. several times a year; 7 times a year; 8. not once; 97. difficult to say). Four factors were obtained. The variables most strongly associated with each factor were treated as indicators of patterns of physical activity. They were included in the next stage of the analysis.

chęć osiągnięcia zdrowia, ale także inne powody, takie jak na przykład dbanie o szczupłą sylwetkę, mogą motywować ludzi do prowadzenia takiego stylu życia. Częstsze picie alkoholu i słodkich napojów, jedzenie słodkich i słonych przekąsek, a także unikanie profilaktycznych aktywności fizycznych należą do stylu życia „zorientowanego na zabawę”, który można uznać za jednoznacznie niezdrowy.

W wyniku analizy statystycznej zidentyfikowano w sumie pięć wymiarów społecznej reprezentacji zdrowia (tabela 2): biomedyczny, funkcjonalny, biopsychospołeczny, behawioralny i odnoszący się do oceny. Wymiar biomedyczny odzwierciedla stopień postrzegania zdrowia jako prawidłowe funkcjonowanie organizmu, które powoduje, że dana osoba, nie tylko nie cierpi na dolegliwości lub bóle i nie ma diagnozy medycznej choroby, ale także jest w stanie opierać się chorobom. Funkcjonalny sposób postrzegania zdrowia odnosi się do pełnienia ról społecznych. Oznacza to, że zdrowa osoba „jest w stanie funkcjonować bez opieki innych ludzi”, „jest w stanie wykonywać swoje codzienne obowiązki życiowe” i „nie ma problemów psychologicznych, takich jak depresja”. Kolejny wymiar biopsychospołeczny odnosi się do dobrego samopoczucia. Zdrowie rozumiane jest tu jako gotowość do działania, energia życiowa, witalność, zdolność do utrzymywania dobrych relacji z innymi ludźmi, a także dobra kondycja fizyczna. Ulokowanie jednostki na następnym wymiarze (behawioralnym) reprezentuje stopień, w jakim rozumie ona zdrowie jako „zdrowy styl życia”. Określenia, które składają się na ten sposób rozumienia zdrowia to: „zdrowo się odżywia”, „uprawia sport, ćwiczy” i „radzi sobie ze stresem”. Ostatni wymiar dotyczy samooceny zdrowia (wymiar ocenny). Zgodnie z tym sposobem postrzegania zdrowia zdrowi są ludzie, którzy uważają się za zdrowych i nie korzystają z opieki medycznej.

Analiza regresji liniowej wielokrotnej (tabela 3) wykazała, że każdy (nie)zdrowy styl życia jest powiązany, z co najmniej jednym wymiarem społecznej reprezentacji zdrowia. Biomedyczne postrzeganie zdrowia okazało się być pozytywnie związane ze stylem życia „zorientowanym na zdrowie” ( $\beta = 0,11$ ,  $p \leq 0,05$ ). Funkcjonalne rozumienie zdrowia sprzyja stylowi życia „zorientowanemu na rekreację” ( $\beta = -0,17$ ,  $p \leq 0,01$ ). Z kolei ludzie, którzy częściej rozumieją zdrowie jako dobre samopoczucie (wymiar biopsychospołeczny), są bardziej skłonni do prowadzenia stylu życia „zorientowanego na zabawę” ( $\beta = -0,08$ ,  $p \leq 0,05$ ). Jeśli zdrowie jest rozumiane jako „zdrowy styl życia” (wymiar behawioralny), istnieje większe prawdopodobieństwo stylu życia „zorientowanego na zdrowie” ( $\beta = 0,15$ ,  $p \leq 0,01$ ) i stylu życia „zorientowanego na rekreację” ( $\beta = 0,18$ ,  $p \leq 0,01$ ). Rozumienie zdrowia jako „pozytywnej samooceny zdrowia” jest negatywnie związane ze stylem życia „zorientowanym na prewencję” ( $\beta = -0,11$ ,  $p \leq 0,01$ ).

Powyższe wyniki uzyskano kontrolując zmienną pozycją zawodową, czyli przynależność do jednej z trzech analizowanych kategorii: specjalistów,

alcohol and sweet beverages, eating sweet and salty snacks, and avoiding preventive physical activity are within the “fun-oriented” lifestyle that can be considered unequivocally unhealthy.

As a result of a statistical analysis, a total of five dimensions of the social representation of health were identified (Table 2): biomedical, functional, biopsychosocial, behavioral, and related to self-assessment. The biomedical dimension reflects the degree to which health is perceived as the normal functioning of the body, which means that a person not only does not suffer from ailments or pains and does not have a medical diagnosis of disease, but is also able to resist diseases. A functional perception of health relates to the fulfillment of social roles. This means that a healthy person “is capable to function without the care of other people”, “is able to carry out their daily life duties” and “has no psychological problems like depression”. Next biopsychosocial dimension relates to well-being. Health is understood as readiness to act, life energy, vitality, the ability to maintain good relations with other people, as well as good physical condition. Placing an individual in the next dimension (behavioral) represents the degree to which he or she understands health as a “healthy lifestyle”. The terms that make up this understanding of health include: “eating healthy”, “playing sports, exercising” and “coping with stress”. The last dimension concerns self-assessment of health (assessment dimension). According to this perception of health, people who consider themselves healthy and do not receive medical care are healthy.

Multiple linear regression analysis (Table 3) showed that every (un)healthy lifestyle is associated with at least one dimension of the social representation of health. The biomedical perception of health was found to be positively related to the “health-oriented” lifestyle ( $\beta = 0.11$ ,  $p \leq 0.05$ ). The functional understanding of health fosters the “recreation-oriented” lifestyle ( $\beta = -0.17$ ,  $p \leq 0.01$ ). On the other hand, people who more often understand health as well-being (biopsychosocial dimension) are more likely to lead a “fun-oriented” lifestyle ( $\beta = -0.08$ ,  $p \leq 0.05$ ). If health is understood as a “healthy lifestyle” (behavioral dimension), there is a greater likelihood of a “health-oriented” lifestyle ( $\beta = 0.15$ ,  $p \leq 0.01$ ) and a “recreation-oriented” lifestyle ( $\beta = 0.18$ ,  $p \leq 0.01$ ). Understanding health as a “positive self-assessment of health” is negatively associated with the “prevention-oriented” lifestyle ( $\beta = -0.11$ ,  $p \leq 0.01$ ).

The results were obtained by controlling the professional position variable, i.e., belonging to one of the three analyzed categories: specialists, entrepreneurs, and managers. As it turned out, the professional position is not related to any lifestyle. What is more, regression analyses were performed separately for the subjects from each of the three

**Tabela 2.** Wymiary społecznej reprezentacji zdrowia  
**Table 2.** Dimensions of social representation of health

a) Jakie kryteria powinien spełniać człowiek, by uznał(a) go Pan(i) za zdrowego. Proszę spojrzeć na listę różnych kryteriów i wybrać z niej maksymalnie cztery, które są Pana(i) zdaniem najważniejsze, aby uznać człowieka za zdrowego. / What criteria should a person meet in order for you to consider them healthy? Please look at the list of different criteria and choose up to four of them which, in your opinion, are the most important in order to consider a person healthy. b) Jakie kryteria powinien spełniać człowiek, by uznał(a) go Pan(i) za zdrowego. Spośród pozostałych kryteriów proszę wybrać maksymalnie cztery, które są mniej ważne i posługiwał(a)by się Pan(i) nimi w drugiej kolejności. / What criteria should a person meet in order for you to consider them healthy? From the remaining criteria, please choose up to four which are less important and would be used second. c) Jakie kryteria powinien spełniać człowiek, by uznał(a) go Pan(i) za zdrowego. A teraz proszę wybrać maksymalnie cztery kryteria, którymi posługiwał(a)by się Pan(i) w trzeciej kolejności. / What criteria should a person meet in order for you to consider them healthy? Now, please choose up to four criteria that you would use in the third place.	Wymiary społecznej reprezentacji zdrowia (ładunki czynnikowe) / Dimensions of the social representation of health (factors)				
	Behawioralny (zdrowie jako zdrowy styl życia) / Behavioral (health as a healthy lifestyle)	Biomedyczny (zdrowie jako rezerwy zdrowia) / Biomedical (health as a health reserve)	Funkcjonalny (zdrowie jako zdolność do pełnienia ról społecznych) / Functional (health as the ability to fulfill social roles)	Biopsychosocjalny (zdrowie jako dobre samopoczucie) / Biopsychosocial (health as well-being)	Wymiar oceny (zdrowie jako pozytywna samoocena zdrowia) / Assessment dimension (health as a positive self-assessment of health)
je zdrowo <sup>a</sup> / eating healthy <sup>a</sup>	0.769				
uprawia sport, ćwiczenia / doing sports, exercises	0.748				
radzi sobie ze stresem / coping with stress	0.566				
jest odporny na choroby / being resistant to disease		0.661			
ma prawidłowo funkcjonujące ciało / having a properly functioning body		0.572			
nie ma dolegliwości, nie odczuwa bólu / having no complaints, feeling no pain		0.497			
nie ma choroby zdiagnozowanej na podstawie badania lekarskiego / not having a disease diagnosed on the basis of a medical examination		0.475			
jest w stanie funkcjonować bez opieki innych osób / being able to function without the care of other people			0.743		
jest w stanie wykonywać swoje codzienne obowiązki życiowe / being able to carry out their daily life chores			0.686		
nie ma problemów psychologicznych, takich jak depresja / not having psychological problems like depression			0.448		
ma chęć do działania, energię życiową, witalność / willing to act, with vital energy, vitality				0.672	
nie korzysta z opieki medycznej / not using medical care				-0.639	0.447
ma dobrą kondycję fizyczną / being in good physical condition				0.462	
potrafi utrzymywać dobre relacje z innymi ludźmi / able to maintain good relations with other people				0.433	
uważa się za zdrowego / considering themselves healthy					0.805
Odsetki badanych, którzy określają zdrowie w powyższy sposób w stopniu: / Percentage of respondents who define health in the above way to the extent:					
wysokim / high	25.6	19.2	16.2	14.8	3.6
średnim / medium	42.0	53.6	42.4	55.2	22.2
niskim / low	32.4	27.2	41.4	30.0	74.2

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

**Uwaga:** Czynniki zostały wyodrębnione za pomocą analizy głównych składowych, metoda rotacji: Varimax z Normalizacją Kaisera. Podano wartości p, chociaż próba nie została dobrana losowo. Z tego względu wyniki należy traktować raczej jako hipotezę i nie można ich generalizować. Miara adekwatności próby Kaisera-Meyera-Olkin wynosi 0,629

<sup>a</sup> Zmienne włączone do analizy zostały utworzone poprzez przekodowanie odpowiedzi na pytanie o najważniejsze kryteria zdrowia w taki sposób, że przyjmują wartości od 1 do 4; wartość 4 oznacza, że dane kryterium zostało wybrane przez respondenta w pierwszej kolejności jako jedno z czterech najważniejszych kryteriów (punkt a zob. główka tabeli), wartość 3 oznacza, że dane kryterium zostało wybrane w drugiej kolejności jako mniej ważne (punkt b), 2 – że kryterium zostało wybrane w trzeciej kolejności (punkt c), a wartość 1 oznacza, że dane kryterium nie zostało wybrane – jest jednym z najmniej ważnych kryteriów.

**Note:** Factors were determined using principal component analysis, rotation method: Varimax with Kaiser Normalization. P values are provided even though the sample was not randomized. Therefore, the results should be treated rather as a hypothesis and cannot be generalized. The measure of the sampling adequacy the Kaiser-Meyer-Olkin test is 0.629.

<sup>a</sup> The variables included in the analysis were created by recoding the answer to the question about the most important health criteria in such a way that they assume values from 1 to 4; value 4 means that the given criterion was first selected by the respondent as one of the four most important criteria (point a, see the heading of the table), value 3 means that the given criterion was selected second as less important (point b), 2 – that the criterion was selected as the third (point c), and value 1 means that the given criterion was not selected – it is one of the least important criteria.

**Tabela 3.** Determinanty stylu życia związanego ze zdrowiem. Wyniki analizy regresji liniowej wielokrotnej z wykorzystaniem metody eliminacji wstecznej**Table 3.** Determinants of the health-related lifestyle. Results of multiple linear regression analysis using the backward elimination method

Style życia (zmiennie wyjaśniane) / Lifestyles (explained variables)	Zmiennie wyjaśniające: / Explanatory variables:	Niestandaryzowany współczynnik regresji / Non-standardized regression coefficient		Standaryzowany współczynnik regresji / Standardized regression coefficient		t	p	Skorygowane R kwadrat / Adjusted R-squared
		B	Std. Error	Beta				
Zorientowany na zdrowie / Health oriented	Płeć (1-M; 2- K) / Sex (1-M; 2- K)	0.227	0.084	0.120		-2.684	0.008	0.054
	Wiek / Age	-0.007	0.003	-0.099		-2.224	0.027	
	Behawioralny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdrowy styl życia”) / Behavioral dimension of the social representation of health („health as a healthy lifestyle”)	0.142	0.042	0.151		3.389	0.001	
	Biomedyczny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako rezerwy zdrowia”) / Biomedical dimension of the social representation of health („health as a health reserve”)	0.102	0.042	0.107		20.404	0.017	
Zorientowany na prewencję / Prevention oriented	Wiek / Age	0.013	0.003	0.168		30.727	0.000	0.033
	Ocenny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia (zdrowie jako pozytywna samoocena zdrowia) / Assessment dimension of the social representation of health (health as a positive self-assessment of health)	-0.108	0.043	-0.113		-20.511	0.012	
Zorientowany na zabawę / Fun oriented	Płeć (1-M; 2- K) / Sex (1-M; 2- K)	0.553	0.072	-0.297		70.639	0.000	0.288
	Wiek / Age	-0.032	0.003	-0.444		-110.427	0.000	
	Biopsychospołeczny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako dobre samopoczucie”) / Biopsychosocial dimension of the social representation of health („health as well-being”)	0.072	0.036	0.078		10.981	0.048	
Zorientowany na rekreację / Recreation oriented	Behawioralny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdrowy styl życia”) / Behavioral dimension of the social representation of health („health as a healthy lifestyle”)	0.180	0.043	0.185		40.192	0.000	0.059
	Funkcjonalny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdolność do pełnienia ról społecznych”) / Functional dimension of the social representation of health („health as the ability to fulfill social roles”)	0.171	0.043	0.174		30.935	0.000	

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

**Uwaga:** Zmiennie wstawione do modeli: płeć (1-M, 2-K), wiek (w latach), wykształcenie (1- poniżej wyższego, 2- wyższe), pozycja zawodowa: specjalista (kat. ref.), przedsiębiorca (0-nie, 1-tak), menadżer (0-nie, 1-tak), wymiary społecznych reprezentacji zdrowia (oceny czynnikowe uzyskane w wyniku analizy głównych składowych)

**Uwaga:** Analiza wielokrotnej regresji liniowej z wykorzystaniem metody eliminacji wstecznej (prawdopodobieństwo usunięcia F wynosi 0,05, prawdopodobieństwo wprowadzenia F wynosi 0,01) Tabela pokazuje tylko te zmiennie objaśniające, które są statystycznie powiązane z daną zmienną zależną Podano wartości p, chociaż próba nie została dobrana losowo. Z tego względu wyniki należy traktować raczej jako hipotezę i nie można ich generalizować.

**Note:** Variables in the models: gender (1-M, 2-F), age (in years), education (1- below tertiary, 2- tertiary), occupational position: specialist (ref. cat.), entrepreneur (0-no, 1-yes), manager (0-no, 1-yes), dimensions of social representations of health (factor assessments obtained as a result of principal component analysis)

**Note:** Multiple linear regression analysis using the backward elimination method (the probability of removing F is 0.05, the probability of introducing F is 0.01). The table shows only those explanatory variables that are statistically related to the given dependent variable. P values were given, even though the sample was chosen randomly. Therefore, the results should be treated rather as a hypothesis and cannot be generalized.

przedsiębiorców i menadżerów. Jak się okazało pozycja zawodowa nie jest związana z żadnym stylem życia. Dodatkowo analizy regresji zostały wykonane oddzielnie dla badanych z każdej z trzech wyodrębnionych kategorii klasy średniej. Choć dla każdej z tych grup lista istotnych predyktorów poszczególnych zdrowotnych stylów życia okazała się trochę inna, to kierunki istotnych zależności są jednakowe. Reprezentacje zdrowia okazały się w największym stopniu związane z różnymi stylami życia wśród menadżerów. Wymiar behawioralny okazał się związany pozytywnie ze stylem życia zorientowanym na zdrowie oraz na rekreację (odpowiednio:  $\beta = 0,344$ ,  $p \leq 0,01$  i  $\beta = 0,255$ ,  $p \leq 0,01$ ). Rozumienie zdrowia w kategoriach „rezerw” (wymiar biomedyczny) okazało się sprzyjać zarówno stylowi życia zorientowanemu na zdrowie, jak i na zabawę (odpowiednio:  $\beta = 0,243$ ,  $p \leq 0,01$  i  $\beta = 0,200$ ,  $p \leq 0,01$ ). Mniej skłonne stosować się do zasad prewencji okazały się osoby, które uważają zdrowie za zdolność do wypełniania codziennych obowiązków (wymiar funkcjonalny) oraz sprowadzają je do pozytywnej samooceny (wymiar ocenny) (odpowiednio:  $\beta = -0,196$ ,  $p \leq 0,05$  i  $\beta = -0,209$ ,  $p \leq 0,05$ ). Z kolei wśród przedsiębiorców tylko styl zorientowany na rekreację okazał się związany z wymiarami społecznych reprezentacji zdrowia. Sprzyjają mu wymiary: behawioralny, funkcjonalny oraz biopsychospołeczny (odpowiednio:  $\beta = 0,233$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $\beta = 0,241$ ,  $p \leq 0,01$  i  $\beta = 0,196$ ,  $p \leq 0,05$ ). Specjaliści są bardziej skłonni prowadzić styl życia zorientowany na zabawę jeśli postrzegają zdrowie jako dobre samopoczucie (wymiar biopsychospołeczny) ( $\beta = 0,121$ ,  $p \leq 0,05$ ) oraz styl życia zorientowany na rekreację, jeśli uważają zdrowie za zdolność do pełnienia ról społecznych (wymiar funkcjonalny) ( $\beta = 0,157$ ,  $p \leq 0,05$ ).

## Dyskusja

Sposoby rozumienia zdrowia uzyskane w niniejszym badaniu okazały się zbieżne z uzyskanymi wcześniej przez innych badaczy. Na przykład trzy z uzyskanych wymiarów: funkcjonalny, biomedyczny i biopsychospołeczny są podobne do wymiarów określonych przez Bishop i Yardley (2010). Badaczki te przyjęły podejście podobne do tego zastosowanego w prezentowanym badaniu, tj. metodę ilościową, pytania zamknięte oraz analizę statystyczną metodą PCA. Podobieństwa są widoczne również w przypadku innych badań, w których zidentyfikowano rozumienie zdrowia: w sposób funkcjonalny, jako rezerwy oraz jako dobre samopoczucie (Blaxter, 1990, Williams, 1983, Damron-Rodriguez, Frank, Enriquez-Haass, Reuben, 2005, Buck, Ryan-Wenger, 2003, Borowiec, 2015). Niemniej jednak istnieją również odmienności, które można przypisać nie tylko różnicom między poszczególnymi krajami, ale także wpływowi kampanii promujących zdrowie. Po pierwsze, nie zidentyfikowano rozumienia zdrowia jedynie jako „braku choroby”. Forma zdrowia nazywana przez Herzlich „zdrowiem w próżni” („brak choroby”), co

separate categories of the middle class. Even though, for each of the groups the list of significant predictors of individual health lifestyles turned out to be slightly different, the directions of significant relationships are the same. Health representations turned out to be most related to different lifestyles among managers. The behavioral dimension turned out to be positively related to the health-oriented and recreation-oriented lifestyle (respectively:  $\beta = 0.344$ ,  $p \leq 0.01$  and  $\beta = 0.255$ ,  $p \leq 0.01$ ). Understanding health in terms of “reserves” (biomedical dimension) turned out to favor both health-oriented and fun-oriented lifestyle ( $\beta = 0.243$ ,  $p \leq 0.01$  and  $\beta = 0.200$ ,  $p \leq 0.01$ , respectively). People who consider health to be the ability to fulfill daily duties (functional dimension) and reduce it to positive self-assessment (assessment dimension) turned out to be less willing to follow the principles of prevention (respectively:  $\beta = -0.196$ ,  $p \leq 0.05$  and  $\beta = -0.209$ ,  $p \leq 0.05$ ). In turn, among entrepreneurs only the recreation-oriented style turned out to be related to the dimensions of social representations of health. It is favored by the following dimensions: behavioral, functional, and biopsychosocial (respectively:  $\beta = 0.233$ ,  $p \leq 0.01$ ;  $\beta = 0.241$ ,  $p \leq 0.01$  and  $\beta = 0.196$ ,  $p \leq 0.05$ ). Specialists are more likely to lead a fun-oriented lifestyle if they perceive health as well-being (biopsychosocial dimension) ( $\beta = 0.121$ ,  $p \leq 0.05$ ) and the recreation-oriented lifestyle if they perceive health as the ability to fulfill social roles (functional dimension) ( $\beta = 0.157$ ,  $p \leq 0.05$ ).

## Discussion

The ways of understanding health obtained in this study turned out to be consistent with those obtained previously by other researchers. For example, three of the dimensions obtained: functional, biomedical, and biopsychosocial are like the dimensions identified by Bishop and Yardley (2010). The researchers adopted an approach like that used in the present study, i.e., quantitative method, closed-ended questions and PCA statistical analysis. Similarities are also seen in other studies that have identified the understanding of health as functionally, as reserves and as well-being (Blaxter, 1990, Williams, 1983, Damron-Rodriguez, Frank, Enriquez-Haass, Reuben, 2005, Buck, Ryan-Wenger, 2003, Borowiec, 2015). Nevertheless, there are also differences that can be attributed not only to national differences, but also to the impact of health promotion campaigns. First, the understanding of health as merely “no disease” has not been identified. The form of health called by Herzlich “health in a vacuum” (“no disease”), a negative definition of health also observed in many



**Tabela 4.** Determinanty stylu życia związanego ze zdrowiem. Wyniki analizy regresji liniowej wielokrotnej z wykorzystaniem metody eliminacji wstecznej. PRZEDSIĘBIORCY**Table 4.** Determinants of health-related lifestyle. Results of multiple linear regression analysis using the backward elimination method. ENTREPRENEURS

Style życia (zmienne wyjaśniane) / Lifestyles (explained variables)	Zmienne wyjaśniające: / Explanatory variables:	Niestandaryzowany współczynnik regresji / Non-standardized regression coefficient		Standaryzowany współczynnik regresji / Standardized regression coefficient	t	p	Skorygowane R kwadrat / Adjusted R-squared
		B	Std. Error	Beta			
Zorientowany na zdrowie / Health oriented	Brak / No						0.000
Zorientowany na prewencję / Prevention oriented	Wiek / Age	0.020	0.007	0.249	2.842	0.005	0.069
	Wykształcenie / Education	0.471	0.220	0.187	2.143	0.034	
Zorientowany na zabawę / Fun oriented	Płeć (1-M; 2- K) / Sex (1-M; 2- K)	-0.552	0.144	-0.306	-3.827	0.000	0.289
	Wiek / Age	-0.025	0.006	-0.339	-4.229	0.000	
Zorientowany na rekreację / Recreation oriented	Behawioralny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdrowy styl życia”) / Behavioral dimension of the social representation of health („health as a healthy lifestyle”)	0.261	0.094	0.233	2.770	0.006	0.130
	Funkcyjny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdolność do pełnienia ról społecznych”) / Functional dimension of the social representation of health („health as the ability to fulfill social roles”)	0.280	0.098	0.241	2.864	0.005	
	Biopsychospołeczny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako dobre samopoczucie”) / Biopsychosocial dimension of the social representation of health („health as well-being”)	0.217	0.093	0.196	2.339	0.021	

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

**Uwaga:** Zmienne wstawione do modeli: płeć (1-M, 2-K), wiek (w latach), wykształcenie (1- poniżej wyższego, 2- wyższe), wymiary społecznych reprezentacji zdrowia (oceny czynnikowe uzyskane w wyniku analizy głównych składowych)

**Uwaga:** Analiza wielokrotnej regresji liniowej z wykorzystaniem metody eliminacji wstecznej (prawdopodobieństwo usunięcia F wynosi 0,05, prawdopodobieństwo wprowadzenia F wynosi 0,01) Tabela pokazuje tylko te zmienne objaśniające, które są statystycznie powiązane z daną zmienną zależną. Podano wartości p, chociaż próba nie została dobrana losowo. Z tego względu wyniki należy traktować raczej jako hipotezę i nie można ich generalizować.

**Note:** Variables in the models: gender (1-M, 2-F), age (in years), education (1- below tertiary, 2- tertiary), dimensions of social representations of health (factor assessments obtained as a result of principal component analysis)

**Note:** Multiple linear regression analysis using the backward elimination method (the probability of removing F is 0.05, the probability of introducing F is 0.01). The table shows only those explanatory variables that are statistically related to the given dependent variable. P values were given, even though the sample was chosen randomly. Therefore, the results should be treated rather as a hypothesis and cannot be generalized.

**Tabela 5.** Determinanty stylu życia związanego ze zdrowiem. Wyniki analizy regresji liniowej wielokrotnej z wykorzystaniem metody eliminacji wstecznej. MENADŻEROWIE**Table 5.** Determinants of the health-related lifestyle. Results of multiple linear regression analysis using the backward elimination method. MANAGERS

Style życia (zmienne wyjaśniane) / Lifestyles (explained variables)	Zmienne wyjaśniające: / Explanatory variables:	Niestandaryzowany współczynnik regresji / Non-standardized regression coefficient		Standaryzowany współczynnik regresji / Standardized regression coefficient	t	p	Skorygowane R kwadrat / Adjusted R-squared
		B	Std. Error	Beta			
Zorientowany na zdrowie / Health oriented	Behawioralny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdrowy styl życia”) / Behavioral dimension of the social representation of health („health as a healthy lifestyle”)	0.348	0.085	0.344	4.083	0.000	0.157
	Biomedyczny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako rezerwy zdrowia”) / Biomedical dimension of the social representation of health („health as a health reserve”)	0.256	0.089	0.243	2.887	0.005	
Zorientowany na prewencję / Prevention oriented	Funkcjonalny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdolność do pełnienia ról społecznych”) / Functional dimension of the social representation of health („health as the ability to fulfill social roles”)	-0.189	0.086	-0.196	-2.209	0.029	0.076
	Ocenny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia (zdrowie jako pozytywna samoocena zdrowia) / Assessment dimension of the social representation of health (health as a positive self-assessment of health)	-0.210	0.089	-0.209	-2.354	0.020	
Zorientowany na zabawę / Fun oriented	Płeć (1-M; 2- K) / Sex (1-M; 2- K)	-0.492	0.135	-0.285	-3.647	0.000	0.304
	Wiek / Age	-0.028	0.005	-0.412	-5.304	0.000	
	Biomedyczny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako rezerwy zdrowia”) / Biomedical dimension of the social representation of health („health as a health reserve”)	0.178	0.068	0.200	2.604	0.010	
Zorientowany na rekreację / Recreation oriented	Behawioralny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdrowy styl życia”) / Behavioral dimension of the social representation of health („health as a healthy lifestyle”)	0.228	0.080	0.255	2.864	0.005	0.057

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

**Uwaga:** Zmienne wstawione do modeli: płeć (1-M, 2-K), wiek (w latach), wykształcenie (1- poniżej wyższego, 2- wyższe), wymiary społecznych reprezentacji zdrowia (oceny czynnikowe uzyskane w wyniku analizy głównych składowych)

**Uwaga:** Analiza wielokrotnej regresji liniowej z wykorzystaniem metody eliminacji wstecznej (prawdopodobieństwo usunięcia F wynosi 0,05, prawdopodobieństwo wprowadzenia F wynosi 0,01) Tabela pokazuje tylko te zmienne objaśniające, które są statystycznie powiązane z daną zmienną zależną Podano wartości p, chociaż próba nie została dobrana losowo. Z tego względu wyniki należy traktować raczej jako hipotezę i nie można ich generalizować /

**Note:** Variables in the models: gender (1-M, 2-F), age (in years), education (1- below tertiary, 2- tertiary), dimensions of social representations of health (factor assessments obtained as a result of principal component analysis)

**Note:** Multiple linear regression analysis using the backward elimination method (the probability of removing F is 0.05, the probability of introducing F is 0.01). The table shows only those explanatory variables that are statistically related to the given dependent variable. P values were given, even though the sample was chosen randomly. Therefore, the results should be treated rather as a hypothesis and cannot be generalized.

**Tabela 6.** Determinanty stylu życia związanego ze zdrowiem. Wyniki analizy regresji liniowej wielokrotnej z wykorzystaniem metody eliminacji wstecznej. SPECJALIŚCI**Table 6.** Determinants of the health-related lifestyle. Results of multiple linear regression analysis using the backward elimination method. SPECIALISTS

Style życia (zmienne wyjaśniane) / Lifestyles (explained variables)	Zmienne wyjaśniające: / Explanatory variables:	Niestandaryzowany współczynnik regresji / Non-standardized regression coefficient		Standaryzowany współczynnik regresji / Standardized regression coefficient	t	p	Skorygowane R kwadrat / Adjusted R-squared
		B	Std. Error	Beta			
Zorientowany na zdrowie / Health oriented	Płeć (1-M; 2- K) / Sex (1-M; 2- K)	0.242	0.114	0.136	2.121	0.035	0.037
	Wiek / Age	-0.013	0.005	-0.172	-2.693	0.008	
Zorientowany na prewencję / Prevention oriented	Wiek / Age	0.020	0.005	0.253	4.012	0.000	0.060
Zorientowany na zabawę / Fun oriented	Płeć (1-M; 2- K) / Sex (1-M; 2- K)	-0.603	0.106	-0.309	-5.674	0.000	0.322
	Wiek / Age	-0.039	0.004	-0.477	-8.818	0.000	
	Biopsychosocial dimension of the social representation of health („health as well-being”) / Biopsychosocjalny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako dobre samopoczucie”)	0.112	0.051	0.121	2.218	0.028	
Zorientowany na rekreację / Recreation oriented	Functional dimension of the social representation of health („health as the ability to fulfill social roles”) / Funkcjonalny wymiar społecznej reprezentacji zdrowia („zdrowie jako zdolność do pełnienia ról społecznych”)	0.145	0.059	0.157	2.434	0.016	0.020

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

**Uwaga:** Zmienne wstawione do modeli: płeć (1-M, 2-K), wiek (w latach), wykształcenie (1- poniżej wyższego, 2- wyższe), wymiary społecznych reprezentacji zdrowia (oceny czynnikowe uzyskane w wyniku analizy głównych składowych)

**Uwaga:** Analiza wielokrotnej regresji liniowej z wykorzystaniem metody eliminacji wstecznej (prawdopodobieństwo usunięcia F wynosi 0,05, prawdopodobieństwo wprowadzenia F wynosi 0,01) Tabela pokazuje tylko te zmienne objaśniające, które są statystycznie powiązane z daną zmienną zależną. Podano wartości p, chociaż próba nie została dobrana losowo. Z tego względu wyniki należy traktować raczej jako hipotezę i nie można ich generalizować.

**Note:** Variables in the models: gender (1-M, 2-F), age (in years), education (1- below tertiary, 2- tertiary), dimensions of social representations of health (factor assessments obtained as a result of principal component analysis)

**Note:** Multiple linear regression analysis using the backward elimination method (the probability of removing F is 0.05, the probability of introducing F is 0.01). The table shows only those explanatory variables that are statistically related to the given dependent variable. P values were given, even though the sample was chosen randomly. Therefore, the results should be treated rather as a hypothesis and cannot be generalized.

jest negatywną definicją zdrowia obserwowaną także w wielu wcześniejszych badaniach (Herzlich, 1973, Blaxter, 1990, Buck, Ryan-Wenger, 2003) nie została zidentyfikowana wśród warszawskich specjalistów, przedsiębiorców i menadżerów. W naszym badaniu „brak choroby” (brak dolegliwości, brak bólu, a także brak choroby zdiagnozowanej na podstawie badania lekarskiego) łączy się z innym aspektem zdrowia, czyli prawidłowym funkcjonowaniem i odpornością organizmu na choroby, choć według ustaleń Herzlich i Blaxter te sposoby rozumienia zdrowia są odrębne. W naszym badaniu tworzą one wymiar biomedyczny, który należy nazwać raczej „rezerwami zdrowia”

previous studies (Herzlich, 1973, Blaxter, 1990, Buck, Ryan-Wenger, 2003), has not been identified among the Warsaw specialists, entrepreneurs, and managers. In our study, “no disease” (no ailments, no pain, and no disease diagnosed on the basis of a medical examination) is associated with another aspect of health, i.e., the proper functioning and resistance of the body to diseases, although according to the findings of Herzlich and Blaxter, the ways of understanding health are separate. In our study, they form a biomedical dimension that should be called “health reserves” rather than “no disease”. Secondly, two relatively new ways

niż „brakiem choroby”. Po drugie, w prezentowanym badaniu zaobserwowano dwa stosunkowo nowe sposoby postrzegania zdrowia: „zdrowy styl życia” i „pozytywna samoocena zdrowia”. Ten pierwszy nie został zidentyfikowany w klasycznym badaniu Herzlich, ale pojawił się w późniejszych definicjach zdrowia jako „prowadzenie zdrowego stylu życia” (Blaxter, 1990, Flick, 2000) lub „zachowanie promujące zdrowie” (Buck, Ryan-Wenger, 2003). Z kolei rozumienie zdrowia jako „pozytywnej samooceny” wydaje się być całkiem nowym wymiarem społecznej reprezentacji zdrowia. Przypomina jednak formę zdrowia zidentyfikowaną przez Herzlich „równowaga”, z powodu założenia, że zdrowie jest „normą osobistą” i zależy od oceny jednostki, a nie od obiektywnego zewnętrznego kryterium. Warto zwrócić uwagę jeszcze na jeden wymiar: biopsychospołeczny, czyli rozumienie zdrowia jako chęć do działania, energia, dobra kondycja fizyczna oraz umiejętność utrzymywania dobrych relacji z innymi ludźmi. Jak się wydaje jest on zbliżony do definicji zdrowia WHO ponieważ łączy wszystkie trzy aspekty uwzględnione przez Światową Organizację Zdrowia: psychiczny, fizyczny i społeczny, i odnosi się do samopoczucia danej osoby. Trzeba także dodać, że w wyodrębnionych definicjach zdrowia aspekt fizyczny i psychiczny są ze sobą splecione. Analiza nie doprowadziła do wyodrębnienia wymiaru czysto psychicznego, a tylko jeden wymiar: biomedyczny można określić jako odnoszący się tylko do sfery somatycznej.

Spośród hipotez poddanych weryfikacji potwierdzono hipotezę o związku między rozumieniem zdrowia w kategoriach rezerw organizmu a stylem życia zorientowanym na zdrowie. Wydaje się, że ludzie, którzy prowadzą styl życia zorientowany na zdrowie, częściej postrzegają zdrowie jako „rezerwy” i podobnie jak Francuzi badani przez Herzlich, są przekonani, że rezerwy te można zwiększyć dzięki własnym wysiłkom. Odkrycie to wydaje się również zgodne z wynikami uzyskanymi w Polsce przez Puchalskiego, Korzeniowską i Piwowską-Pościk (1999), które wskazują, że aktywność w obszarze zdrowia jest związana z przekonaniem o możliwości wpływania na jego stan. Przypomina to także jeden z dwóch rodzajów funkcjonowania członków klasy średniej w Polsce w sytuacji nadmiernej pracy i stresu zawodowego, które zostały zidentyfikowane pod koniec ubiegłego wieku przez Palską (2000), czyli „typ przepracowany higieniczny”. Zakłada on zdrowe zachowania, takie jak unikanie niezdrowej żywności, spożywanie zdrowej żywności, uprawianie sportu i innych rodzajów aktywności fizycznej, ponieważ ciało traktuje się jak maszynę, która będzie działała dłużej, jeśli będzie lepiej zadbana.

Hipoteza, zgodnie z którą rozumienie zdrowia jako „braku choroby” wpływa na zdrowy styl życia, nie może zostać zweryfikowana z powodu braku tak określonego wymiaru społecznej reprezentacji zdrowia.

Tak jak przewidziano w kolejnej hipotezie ludzie, którzy identyfikują zdrowie z dobrym samopoczuciem

of perceiving health have been observed in the current research: “healthy lifestyle” and “positive self-assessment of health”. The former was not identified in the classic Herzlich study but was recorded in later concepts of health as “leading a healthy lifestyle” (Blaxter, 1990, Flick, 2000) or “health promoting behavior” (Buck, Ryan-Wenger, 2003). On the other hand, understanding health as “positive self-assessment” seems to be a whole new dimension of the social representation of health. However, it resembles the form of health identified by Herzlich as “equilibrium” because of the assumption that health is a “personal norm” and depends on the judgment of the individual, but not an objective external criterion. It is worth paying attention to one more dimension: biopsychosocial, i.e., understanding health as a willingness to act, energy, good physical condition, and the ability to maintain good relations with other people. As it seems, it is close to the WHO definition of health because it combines all three aspects considered by the World Health Organization: mental, physical, and social, and relates to a person’s well-being. It should also be added that in the definitions of health, the physical and mental aspects are intertwined. The analysis did not result in isolating a purely mental dimension, and only one dimension, the biomedical one, can be defined as referring only to the somatic sphere.

Among the hypotheses subjected to verification, the hypothesis about the relationship between the understanding of health in terms of the body’s reserves and the health-oriented lifestyle was confirmed. It seems that people who lead a health-oriented lifestyle tend to see health as “reserves” more often and, like the French Herzlich surveyed, believe that the reserves can be increased through their own efforts. This discovery also seems to be consistent with the results obtained in Poland by Puchalski, Korzeniowska and Piwowska-Pościk (1999), indicating that activity around health is related to the belief that it can affect health. It also resembles one of the two types of functioning of middle-class members in Poland if they experience excessive work and occupational stress, as identified at the end of the last century by Palska (2000), i.e., “hygienic overworked type”. It presupposes healthy behaviors such as avoiding unhealthy foods, eating healthy foods, playing sports, and other types of physical activity as the body treats itself as a machine that will last longer if cared for better.

The hypothesis that understanding health as “no disease” affects a healthy lifestyle cannot be verified due to the lack of such a defined dimension of the social representation of health.

As envisaged in the next hypothesis, people who identify health with well-being are more likely to lead an unhealthy “fun-oriented” lifestyle, and among entrepreneurs with this view of health, it is more common to lead an ambiguous recreation-

ciem, częściej prowadzą niezdrowy styl życia „zorientowany na zabawę”, a wśród przedsiębiorców o takim poglądzie na zdrowie częstsze jest prowadzenie niejednoznacznego stylu życia zorientowanego na rekreację. Chociaż związek między relacjami społecznymi a dobrym zdrowiem jest w rzeczywistości udokumentowany (Gilbert, Quinn, Goodman, Butler, Wallace, 2013), niestety takiemu przejawowi kontaktów z innymi osobami, jakim jest prowadzenie życia towarzyskiego może towarzyszyć jedzenie niezdrowych przekąsek i picie niezdrowych napojów, co może być szkodliwe dla zdrowia.

Nie można także uznać za potwierdzoną hipotezy, że rozumienie zdrowia jako czynnika umożliwiającego osiąganie ważnych celów życiowych jest pozytywnie związane ze zdrowym stylem życia. Wbrew oczekiwaniom wymiar funkcjonalny, który wydaje się być najbliższy temu sposobowi postrzegania zdrowia, nie okazał się związany ze stylem życia „zorientowanym na zdrowie”, a wśród menadżerów jest on negatywnie związany ze stylem zorientowanym na prewencję. Istnieje jedynie związek między funkcjonalnym rozumieniem zdrowia a stylem życia zorientowanym na rekreację. Być może należy przyjąć argumenty promotorów zdrowia, że funkcjonalne rozumienie zdrowia jest niekorzystne z punktu widzenia zdrowia, gdyż wiąże się z przekonaniem, że dopóki jest się zdolnym do samodzielnego funkcjonowania i wykonywania codziennych obowiązków, nie musi się dbać o swoje zdrowie. Przypomina to drugi z dwóch typów zidentyfikowanych przez Palską (2000), zwany „typem przepracowanym niehigienicznym”, który obejmuje „brak wyobraźni higienicznej, jeśli << maszyna >> działa”. Z drugiej strony, być może ludzie, którzy rozumieją zdrowie funkcjonalnie starają się je utrzymać, uprawiając sport i inne aktywności fizyczne (tj. mając styl życia zorientowany na rekreację) mając przekonanie, że to sprawność fizyczna umożliwia wykonywanie codziennych obowiązków. Jednak nie dostrzegają związku sprawności ze zdrowym odżywianiem się, powstrzymaniem się od palenia lub kontrolą stanu zdrowia.

Okazało się również, że rozumienie zdrowia w sposób behawioralny (czyli jako „zdrowy styl życia”) jest pozytywne z punktu widzenia zdrowia, ponieważ wiąże się ono ze stylem życia zorientowanym na zdrowie i rekreację, co jest zgodne z wcześniej uzyskanymi wynikami w Polsce.

Z kolei rozumienie zdrowia jako „pozytywnej samooceny stanu zdrowia” wydaje się być niekorzystne ze względu na jego negatywny związek ze stylem „zorientowanym na prewencję”. Oznacza to, że ludzie, którzy są przekonani, że osoba zdrowa to taka osoba, która sama uważa się za zdrową, są mniej skłonni do poddania się kontrolnym badaniom lekarskim (nie potrzebują zewnętrznego kryterium).

## Wnioski

Sposoby rozumienia zdrowia zidentyfikowane w niniejszym badaniu są zbliżone do uzyskiwanych

orientowany styl życia. While the relationship between social relationships and good health is documented (Gilbert, Quinn, Goodman, Butler, & Wallace, 2013), unfortunately such social interaction as socializing may be accompanied by eating unhealthy snacks and drinking unhealthy drinks, which may be harmful to health.

The hypothesis that understanding health as a factor enabling the achievement of important life goals is positively related to a healthy lifestyle cannot be regarded as a confirmed hypothesis. Contrary to expectations, the functional dimension, which seems to be closest to this perception of health, has not turned out to be related to the “health-oriented” lifestyle, and among managers it is negatively related to the preventive-oriented style. There is only a relationship between a functional understanding of health and a recreational lifestyle. Perhaps one should accept the arguments of health promoters that the functional understanding of health is unfavorable from the point of view of health, which is associated with the belief that if you are able to function independently and perform daily duties, you do not need to take care of your health. This is like the second of the two types identified by Palska (2000), the “unhygienic overworked type” which includes “lack of hygienic imagination if the << machine >> works”. On the other hand, perhaps people who understand health functionally try to maintain it by playing sports and other physical activities (i.e., having a recreational lifestyle) believing that it is physical fitness that enables them to perform their daily duties. However, they fail to see any connection between fitness and healthy eating, smoking cessation, or health control.

It also turned out that understanding health in a behavioral way (i.e., as a “healthy lifestyle”) is positive from the point of view of health, as it is associated with a lifestyle oriented towards health and recreation, as is consistent with the previously obtained results in Poland.

On the other hand, understanding health as “positive self-assessment of health condition” seems to be unfavorable due to its negative relationship with the “prevention-oriented” style. This means that people who believe that a healthy person is someone who considers themselves healthy are less likely to undergo medical checkups (they don’t need an external criterion).

## Conclusions

The ways of understanding health determined in the study are like those obtained so far by

dotychczas przez innych badaczy. Jednak pojawiły się także pewne różnice. Nie zidentyfikowano negatywnej definicji zdrowia (jako brak choroby), została natomiast zaobserwowana definicja zdrowia jako „zdrowego stylu życia”, która pojawiała się względnie rzadko w dotychczas przeprowadzonych badaniach oraz całkiem nowe rozumienie zdrowia jako „pozytywna jego samoocena”. Potwierdzona została hipoteza o pozytywnym związku między stylami życia korzystnymi dla zdrowia a rozumieniem zdrowia jako „zasobu” oraz o negatywnym związku stylów korzystnych z punktu widzenia zdrowia z rozumieniem zdrowia jako „dobre samopoczucie”. Ponadto okazało się, że korzystne jest traktowanie zdrowia jako „zdrowego stylu życia” i niekorzystne – jako jego „pozytywnej samooceny”.

Znajomość wymiarów reprezentacji zdrowia może służyć dwóm celom. Po pierwsze, wiedza na temat tego, jak ludzie postrzegają zdrowie, może pomóc w dostosowaniu do tej wizji programów promocji zdrowia. Po drugie, dzięki niej programy te mogą zawierać elementy propagujące takie sposoby postrzegania zdrowia, które są korzystne z punktu widzenia aktywności prozdrowotnych. Zgodnie z wynikami analizy należy promować myślenie o zdrowiu w kategoriach „zasobów” oraz „zdrowego stylu życia”, a negatywne skutki innych sposobów postrzegania zdrowia – redukować. W przypadku rozumienia zdrowia w kategoriach „samooceny stanu zdrowia”, można tego dokonać poprzez edukację na temat bezobjawowej natury wielu chorób we wczesnych stadiach. W przypadku rozumienia zdrowia jako „dobrego samopoczucia” potrzebne jest promowanie innych sposobów wspólnego spędzania czasu niż tylko tak zwane „siedzenie przy stole” popularne w Polsce, a także promowanie zdrowych potraw i napojów, które mogą być podawane na spotkaniach towarzyskich.

Badanie zostało sfinansowane w ramach pracy statutowej nr 2.24/I/13 pt. „Społeczne reprezentacje zdrowia a zachowania zdrowotne klasy średniej” realizowanej w Narodowym Instytucie Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego - Państwowym Instytucie Badawczym w latach 2013-2014

### Literatura / References:

1. Baah-Odoom D. (2012). The Social Representations of HIV/AIDS and Condom Use among Male Pupils in Selected School in UK. *Gender and Behaviour*, 10(1), 4433-4442.
2. Bauer M.W., Gaskell G. (1999). Towards a Paradigm for Research on Social Representation. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 29, 163-186. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00096>
3. Berger, P., L., (1995). *Rewolucja kapitalistyczna: pięćdziesiąt tez o dobrobycie, równości i wolności*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
4. Bishop, F., Yardley, L. (2010). The development and initial validation of a new measure of lay definitions of health: The wellness beliefs scale. *Psychology and Health*, 25(3), 271-87, DOI: 10.1080/08870440802609980.
5. Blaxter, M. (1990). *Health & Lifestyle*. Londyn i New York (UK, USA): Tavistock/Routledge.
6. Blaxter, M. (2009). *Zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
7. Blaxter, M., Paterson E. (1982). *Mothers and daughters: A three-generational study of health attitudes and behavior*. London: Heinemann Educational Books
8. Borowiec, A. A., Lignowska, I. (2015). How Do Poles Perceive Health? The Social Representation of Health and its Importance for the Social Order. *Polish Sociological Review*, 4(192), 511-528.

9. Borraccino, A., Pera, R., Lemma, P. (2019). "What being healthy means to me": A qualitative analysis uncovering the core categories of adolescents' perception of health. *PLoS ONE*, 14(6), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218727>
10. Bourdieu P. (2005). Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
11. Bourdieu P., Wacquant L. J. D. (2001). Zaproszenie do socjologii refleksyjnej. Warszawa: Oficyna Naukowa.
12. Buck, J.S., Ryan-Wenger, N.A. (2003). Early Adolescents' Definition of Health: The Development of a New Taxonomy. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 7(2), 50-55.
13. Callaghan, P. (1999). Health beliefs and their influence on United Kingdom nurses' health-related behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 28-35. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.00834.x
14. CBOS. (2018). Aktywność fizyczna Polaków. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS.
15. CBOS. (2019a). Jak zdrowo odżywiają się Polacy. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS.
16. CBOS. (2019b). Postawy wobec palenia papierosów. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS.
17. Cockerham W.C. (1999). *Health and social change in Russia and Eastern Europe*. New York, London: Routledge.
18. Cockerham, W.C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behaviour*, 46(1), 61-67.
19. Cockerham, W.C. (2007). Health lifestyles and the absence of the Russian middle class. *Sociology of Health and Illness*, 29(3), 457-473. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.00492.x
20. Cockerham, W.C. (2012). The intersection of life expectancy and gender in a transitional state: the case of Russia. *Sociology of Health and Illness*, 34(6), 943-957. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2011.01454.x.
21. Crawford R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.
22. Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401-420. DOI: 10.1177/1363459306067310
23. D'Houtaud, A., Field, M.G. (1984). The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health and Illness*, 6(1), 30-60. DOI: 10.1111/1467-9566.ep10777358
24. Damron-Rodriguez, J., Frank, J.C., Enriquez-Haas, V., Reuben, D.B. (2005). Definitions of Health Among Diverse Groups of Elders: Implications for Health Promotion. *Generations*, 29(2), 11-16.
25. Domański H. (1999). Klasa średnia. W: Encyklopedia socjologii, Warszawa: Oficyna Wydawnicza.
26. Domański, H. (2002). *Polska klasa średnia*. Wrocław: Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej.
27. Domaradzki, J. (2013). O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Public Health*, 48(4), 408-419.
28. Echabe, A. E., Guillen, C. S., Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: Coping strategies and health-promoting behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 339-349. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1992.tb01003.x.
29. Flick, U, Fischer, C, Neuber, A Schwartz, F.W., Walter, U. (2003). Health in the Context of Growing Old: Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 8, 539-556.
30. Flick, U. (2000). Qualitative Inquires into Social Representation of Health. *Journal of Health Psychology* 5(3), 315 - 324. DOI: 10.1177/135910530000500303
31. Gabe, J., Bury M., Elston, M. (2006). *Lay knowledge*. W: Key Concepts in Medical Sociology, London: Sage Publications, 135-139.
32. Garay, F. V., de la Caridad Moncada Santos, C. M., Rodríguez, D.G. (2019). Representación social de la salud en ancianos de un área de salud en Santiago de Cuba (Social representation of health in aged patients from a health area in Santiago de Cuba). *Medisan*, 23(1), 52-64.
33. Gdula, M., Sadura, P., (2013). Style życia jako rywalizujące uniwersalności. W: M. Gdula, P. Sadura (red.). *Style życia i porządek klasowy w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
34. Gilbert, K.L., Quinn, S.C., Goodman, R.M., Butler, J., Wallace, J. (2013). A Meta-Analysis of Social Capital and Health: A Case for Needed Research. *Journal of Health Psychology*, 18(11), 1385-1399. DOI: 10.1177/1359105311435983
35. Gould, R., Brown, S. L., Bramwell, R. (2010). Psychological adjustment to gynaecological cancer: Patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance. *Psychology & Health*, 25(5), 633 - 646. DOI: 10.1080/08870440902811163
36. Greenhalgh, T., Wessely, S. (2004) 'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Bulletin*, 69(1), 197-213. DOI: 10.1093/bmb/ldh013
37. Harvey, J.N., Lawson, V.L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26(1), 5-13. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x
38. Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. London and New York (UK, USA): Academic Press in cooperation with the European Association of Experimental Social Psychology.

39. Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: Exploring the critical potential of social representation theory. *British Journal of Social Psychology*, 45, 65-86. DOI: 10.1348/014466605X43777
40. *Journal of Health Psychology*, 24(5), 640-649. DOI: 10.1177/1359105316679247
41. Jovchelovitch, S., Gervais, M.C. (1999). Social Representations of Health and Illness: The Case of the Chinese Community in England. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9(4), 247-260. 10.1002/(SICI)1099-1298(199907/08)9:4<247::AID-CASP500>3.0.CO;2-E
42. Kirscht, J.P., Haefner, D.P., Kegeles, S.S., Rosenstock, I.M. (1966). A national study of health beliefs, *Journal of health and Human Behavior*, 7(4), 248-254. DOI: 10.2307/2948771
43. Koudstaal, K., Verdonk, P., Bartels, E., (2020). "At this age, a Moroccan woman's life's work is over"-older Moroccan-Dutch migrant women's perceptions of health and lifestyle, with a focus on Ramadan experiences: qualitative research integrating education and consultation. *International Journal for Equity in Health*, 19 (1), 1-12. DOI: 10.1186/s12939-020-1141-9
44. Leszkowicz-Baczyński, J. (2007). *Klasa średnia w Polsce? Sytuacja pracy, mentalność, wartości*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
45. Mills C. Wright, 1965, *Białe kołnierzyki. Amerykańskie klasy średnie*. Warszawa: KiW.
46. Mokoukolo, R., Mullet, E. (1999). Lay beliefs on the nature of health: an English-French comparison. *Social Behavior & Personality*, 27(5), 439-453. DOI: 10.2224/sbp.1999.27.5.439
47. Moscovici, S., Foreword, W., Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. London and New York (UK, USA): Academic Press in cooperation with the European Association of Experimental Social Psychology, p ix-xiv.
48. Ostrowska A. (1999). Styl życia a zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
49. Palska, H. (2000). Czy nowe style życia Polaków? Wybrane wymiary stylu życia „ludzi sukcesu”. W: Domański H., Ostrowska, A, Rychard, A(red.) *Jak żyją Polacy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, 335-362.
50. Pilewska-Kozak, A. B., Pałucka K., Łepecka-Klusek, C. , Stadnicka, G., Jurek K, Dobrowolska, B.B. (2020). Perception of health, health behaviours and the use of prophylactic examinations in postmenopausal women. *BMC Women's Health*, 20, 71 DOI: 10.1186/s12905-020-00931-9
51. Pill, R., Stott, N.C.H. (1982). Concept of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers. *Social Science and Medicine*, 16(1), 43-52. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90422-1
52. Puchalski, K, Korzeniowska, E., Piwowarska-Pościk, L. (1999). *Aktywność zdrowotna a świadomość społeczna*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
53. Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
54. Ramirez, A., Yovany, L. (2006). Erepresentaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. *MedU-nab*, 9(3), 211-220.
55. Sadura P. (2013) *Wielość w jedności: klasa średnia i jej zróżnicowanie*. W: M. Gdula, P. Sadura (red.). *Style życia i porządek klasowy w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
56. Savage, M., Barlow, J., Dickens, P., Fielding, T. (1995). *Property, Bureaucracy and culture. Middle class formation in contemporary Britain*. London and New York: Routledge.
57. Shimizu, H., Silva, J.R., de Moura, L.M., Bermúdez, X.P. (2015). The structure of social representations on health and illness among members of social movements. *Ciencia & saude coletiva*. 20 (9), 2899-910.
58. Trutkowski, C. (1999). *Społeczne reprezentacje polityki*. Budapest: Open Society Institute, Higher Education Support Program, Praha: Research Support Scheme.
59. Velotti, P., Pace, C., S., Petrocchi, C., Zavattini, G., C. (2019). Representations of health, illness and care by Eastern European, South American and Italian nurses: *A qualitative study*.
60. Weber, M. (2010). *Etyka Protestancka a duch kapitalizmu*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
61. Williams, R. (1983). Concepts of health: an analysis of lay logic. *Sociology*, 17(2), 184-204. DOI: 10.1177/0038038583017002003
62. Woynarowska, B., (2007). *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: PWN.