MORA BITI DOBER DRŽAVLJAN TUDI ZDRAV?

TANJA KAMIN in BLANKA TIVADAR

Povzetek

Prispevek je premislek o vlogi komunikacijskih intervencij, ki jih avtoritete javnega zdravstva na temeljih pojma tveganja posredno ali neposredno izvajajo v namen upravljanja z zdravjem populacije. Po medicinskem modelu, ki je prevladujoč vidik promocije zdravja v Sloveniji, velja, da je zdravo vedenje državljanov sorazmerno z njihovo obveščenostjo o zdravem načinu življenja in o tveganjih za zdravje. Linearnost te zveze zmanjšujejo številni dejavniki, ki so razvidni tudi iz kvalitativnih raziskovalnih podatkov avtoric. V prispevku je predstavljenih šest skupin individualnih in družbenih ovir, s pomočjo katerih posamezniki dekonstruirajo in/ali relativizirajo komunikacijsko upravljanje s tveganji.

Tanja Kamin je asistentka na Oddelku za komunikologijo, Fakulteta za družbene vede v Ljubljani, e-naslov: tanja.kamin@fdv.uni-lj.si.

Blanka Tivadar je raziskovalka na Oddelku za sociologijo, Fakulteta za družbene vede v Ljubljani, e-naslov: blanka.tivadar@guest.arnes.si.

Uvod

V *Nacionalnem programu varovanja zdravja Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004* (v nadaljevanju NPVZ) je v skladu z direktivami Svetovne zdravstvene organizacije zapisano, da mora biti eden izmed temeljnih ciljev sodobne politike spreminjanje zdravju škodljivih vzorcev vedenja posameznikov. Nezdravi posamezniki so za državo, ki je zaznamovana z dekonstrukcijo države blaginje, staranjem prebivalstva, vse hitrejšimi in nepredvidljivimi družbenimi spremembami, politično in ekonomsko nestabilnostjo v svetu ipd., ne le predragi, ampak predstavljajo tudi nevarnost, da bodo ovirali družbeni, kulturni in ekonomski razvoj države (NPVZ 2000, 1–3). *Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije* (PZV) je svaril, da »si ne smemo nikoli dopustiti, da bi bilo zdravje /…/ potisnjeno na družbeni rob / …/ že zaradi spremenjenih epidemioloških in demografskih razmer pri nas, ki v marsičem ogrožajo naš nadaljnji obstoj in razvoj« (PZV 1993, vi). Država naj bi si zato prizadevala za učinkovito nadzorovanje zdravja populacije, ki naj bi se odražalo v zmanjševanju umrljivosti, zmanjšanju obiskov v zunajbolnišničnem varstvu in v nižji stopnji hospitalizacij ter v boljši produktivnosti državljanov. Iz omenjenih dokumentov je razvidna težnja države po uveljavitvi takšne oblike upravljanja z zdravjem, ki ustreza poznomodernemu, individualiziranemu subjektu in političnim okoliščinam, v katerih v ospredje prehajajo liberalna načela. V skladu s tem se na ravni komuniciranja krepi prepričevanje posameznikov za "prostovoljno" prevzemanje zdravega načina življenja.

V nadaljevanju bova izpostavili tezo, da ima v sodobnih družbah za upravljanje z omenjenimi kazalniki zdravja populacije (pa tudi za upravljanje drugih družbenih sprememb) pojem tveganja bistveno retorično in simbolično vlogo. Strateško upravljanje s tveganji za zdravje populacije je srž promocije zdravja,[1] v sklopu katere so tudi v Sloveniji vse več pozornosti deležne komunikacijske intervencije za usmerjanje zdravega načina življenja državljanov in vzgajanje posameznikove odgovornosti za samonadzorovanje (Kamin 2003). Vendar s tveganji ne upravljajo samo avtoritete zdravja, npr. zdravniki in Ministrstvo za zdravje, na svoj način se vsakodnevno z njimi spopadajo tudi posamezniki v zasebnem življenju. Da je upravljanje s tveganji in s strokovnimi priporočili za preventivo bolj svojeglavo in manj predvidljivo, kot bi si avtoritete zdravja želele, skušava v tem prispevku pokazati z osvetlitvijo pojma tveganja in s predstavitvijo rezultatov raziskave o zaskrbljenosti zaradi hrane v Sloveniji, ki zmanjšujejo linearnost zveze med obveščenostjo in vedenjem v okviru zdravega prehranjevanja.

Od nevarnosti k tveganju

Najino razumevanje tveganja za zdravje je skladno s socialnokonstrukcionistično paradigmo (Burr 1995, Guttman, 2000, Mitchell 1992, Lupton 1999a). V skladu s paradigmo opozarjava, da je zaznavanje določenih nevarnosti kot tveganj pogojeno z družbeno-kulturnim kontekstom in konstruirano tudi z določenim političnim namenom, kar neizogibno vodi k družbeno-kulturnemu vrednotenju vsakršnega tveganja in njegovih posledic.

V tem prispevku bova koncept tveganja osvetlili s pomočjo Castlove razprave, s katero je po foucaultovski predlogi racionalnosti oblasti skušal utemeljiti pomen diskurza tveganja in preventive za družbeno regulacijo sodobnih (neoliberalnih) družb. Zanj je odtujitev tveganja od dejanske nevarnosti in odtujitev terapevtsko

potencialnega subjekta od dejanske terapije temeljnega pomena za vseprisotno, a subtilno moč sodobnega nadzorovanja družbe. Za Castla namreč »tveganje ne izvira iz dejanske prisotnosti določene nevarnosti pri posamezniku ali v skupnosti«, temveč gre pri tveganju za »učinek kombinacije abstraktnih *dejavnikov*, ki lahko bolj ali manj verjetno spodbudijo pojav nezaželenih oblik vedenja« (Castel 1991, 287, poud. v izvirniku). Iz koncepta tveganja je po njegovem mnenju subjekt odtujen zato, ker ni več neposredno, fizično opazovan. Namesto posameznika so v središču opazovanja o njem zbrane informacije glede številnih heterogenih dejavnikov, ki s pomočjo skupinjenja in statističnih izračunov postanejo vir predvidevanj o njegovih (ali populacijskih) potencialnih fizičnih in/ali psiho-socialnih anomalijah oziroma so vir za identificiranje čim več oblik pojavov nevarnosti (ibid., 288). Gre torej za sistem sistematičnega »znanstvenega predodkrivanja« potencialnih nevarnosti, ki se skrivajo bodisi v posamezniku bodisi v njegovem okolju in na podlagi katerih lahko strokovnjaki ustrezno in pravočasno intervenirajo, da bi potencialno nevarnost preprečili. Ilustrativen je podatek, da v ZDA prostovoljna preventivna odstranitev dojk postaja vse pogostejša praksa, če je pri posameznici odkrit gen, ki lahko z določeno verjetnostjo in pod določenimi pogoji v prihodnosti sproži razvoj raka.

Preprečevanje potencialnih nevarnosti oziroma preventiva je po mnogih avtorjih (npr. Crawford 1980; Rose 1993; Ule 2003; Petersen in Lupton 1996; Lupton 1999b; Inglehart 1997, tudi vodilnih teoretikih pozne moderne, npr. Beck 1992; Giddens 1991) osnovni kredo sodobnih družb, pri čemer za legitimno posredovanje niso nujne dejanske manifestacije simptomov abnormalnosti ali nevarnosti. Dovolj je, da se pri posamezniku ali v skupnosti identificirajo dejavniki ali ustrezna kombinacija dejavnikov tveganja. Ob takšni vse prežemajoči ideologiji tveganja pooblastila in možnosti za intervencije za regulacijo družbe kar brstijo. Naslonitev družbene regulacije na tehnologijo verjetnostnih računov in oblikovanja profilov tveganja za intervencije je po Castlovem prepričanju bistvena sprememba, ki je dala neprimerljivo moč administratorjem, zdravnike in terapevte pa kot zbiralce informacij o posameznikovem zdravju podredila ciljem menedžerske politike (1991, 291–293). Ideologija tveganja in preventive je, kot opaža Castel, zaznamovana z veličastnimi tehnokratskimi sanjami o absolutnem nadzoru naključij, nepredvidljivosti in nezgod. Zato govori o mitu absolutnega izkoreninjenja tveganja, saj družba v njegovem imenu v obupnem prizadevanju po obvladovanju neobvladljivega nenehno konstruira množico novih tveganj, ki nato predstavljajo vedno nove tarče preventivnih intervencij (1991, 289).

Izogibanje nalezljivim boleznim, virusom, bakterijam, odkrivanje genskih anomalij ipd. je le eno od področij potencialnih intervencij za varovanje pred problemi zdravja. A kot lahko opazujemo v diskurzu novega javnega zdravja, katerega najbolj očitni reprezentanti so politični programi, npr. dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije, nacionalni programi varovanja zdravja, pa tudi komunikacijske intervencije za promocijo zdravja ipd., se politična načela in ukrepi v ideologiji tveganja in preventive iz leta v leto, iz programa v program širijo na vse več področij javnega (npr. prepoved kajenja v javnih prostorih temelji na medicinskem razumevanju kajenja) in zasebnega življenja. Med bolj aktualnimi vprašanji tveganja za zdravje je vse več nevarnosti, ki so povezane z načinom posameznikovega življenja oziroma njegovim življenjskim stilom, z njegovo voljo in razumom, da se upre skušnjavam raznih razvad, npr. kajenju, prekomernemu

uživanju alkohola, preobjedanju, da se izogne manj priporočljivim situacijam, npr. stresu, dolgotrajnemu sedenju, slabemu zraku, močnemu soncu, ali pa prevzame nove navade, npr. na kožo nanaša vlažilne kreme, uživa vitaminske dodatke k prehrani, poje vsaj pet enot zelenjave in sadja na dan itd.

Prizadevanje za popolno zdravje in nenehna opozorila glede varovanja pred tveganji za zdravje, ki jih izračunava in v javnost posreduje pretežno medicinska stroka, so osrednja lastnost promocije zdravja. Promocija zdravja je namreč temeljna strategija novega javnega zdravja (WHO 1998; Petersen in Lupton 1996; Burrows, Nettelton in Bunton 1996; De Rodes 1994), ki je prežeto z neoliberalnimi načeli za minimalizacijo tveganj (Petersen 2000, Greco 1993), in sicer je primarno usmerjeno v vzgajanje posameznika za samostojno upravljanje s tveganji po aktualnih priporočilih stroke. Po aktualnih priporočilih zato, ker se priporočila v času spreminjajo in ker hkrati priporočila avtoritet zdravja niso enotna. Dober primer za to je prehranska piramida, ki ji v ZDA po nekaj desetletjih intenzivnega promoviranja nekateri dietetiki oporekajo ustreznost, celo krivijo jo za predebelo populacijo (Newsweek 2003). Ker so številni alarmi glede tveganj tudi zaradi medijske logike objave negativnih novic za učinkovitejše privabljanje občinstva (Glasgow University Media Group, 1976) nemalokrat preuranjeno predstavljeni javnosti in kasneje preglašeni z nasprotujočimi si nasveti o virih in stopnjah tveganja, posamezniki, ki naj bi se ravnali po strokovnih priporočilih, nikoli zares ne vedo, katera priporočila so ustreznejša za izogibanje tveganjem, če sploh katera. Je priporočilo kozmetične industrije za uporabo visokega zaščitnega UV-faktorja za varno uživanje na soncu bolj prepričljivo od nasvetov dermatologov, da se je zaradi nevarnosti kožnega raka močnemu soncu kljub uporabi zaščitnih faktorjev bolje izogibati? Je bolje uživati gensko spremenjeno zelenjavo in tvegati še neraziskane posledice za zdravje ali domače vzrejeno svinino ter tvegati obolenje srca in ožilja? Ali paradižnik povzroča raka ali obvaruje pred njim? To je le nekaj primerov premislekov o tveganjih za zdravje, ki vsakodnevno polnijo medijski prostor in utrjujejo splošne, abstraktne posameznikove skrbi za zdravje, hkrati pa relativizirajo posamične.

Omenili sva že, da je pojem tveganja pri promociji zdravja, ki jo v slovenskih dokumentih imenujejo tudi pospeševanje ali krepitev zdravja, ključ za upravljanje z zdravjem populacije, pri čemer se zdravje razume v vseobsegajočem smislu, kot telesno, duševno in socialno blagostanje. Prednostni cilji v politiki promocije zdravja se oblikujejo na temelju tveganj za vsesplošno zdravje, z odkrivanjem katerih se primarno ukvarja epidemiologija. Eden teh prednostnih ciljev in ukrepov v NPVZ zadeva upravljanje s tveganjem za obolenje (in umrljivost) zaradi bolezni srca in ožilja.[2] Po mnenju medicinskih strokovnjakov bi lahko te vzroke občutno zmanjšali s spreminjanjem vedenja posameznikov oziroma s posameznikovim prevzemanjem odgovornosti za zdrav življenjski stil, pri čemer sta telesna aktivnost in ustrezna prehrana še posebej izpostavljeni. Strategije večine komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja v Sloveniji sledijo t. i. medicinskemu modelu oziroma modelu prepričanj o zdravju. Po tem modelu velja, da je zdravo vedenje državljanov sorazmerno z njihovo obveščenostjo o zdravem načinu življenja in o tveganjih za zdravje (Adam in Herzlich 2002, 44), kar je z vidika komunikacijskih študij že dolgo dokazano kot zmotno.

Podobno zmoto t. i. medicinskega modela promocije zdravja potrjujejo tudi podatki najine raziskave. Kot bova pokazali v nadaljevanju, je zaznavanje tveganj

za zdravje zaradi prehranjevanja v javnosti občutno, a svojega vedenja posamezniki kljub temu bodisi ne spremenijo bodisi ga spremenijo le delno in/ali simbolično. V tem prispevku bova predstavili šest glavnih skupin individualnih in družbenih ovir, ki so jih udeleženci najine raziskave navajali v zvezi s spremembami vedenja po uradnomedicinskih priporočilih.

Metoda in udeleženci raziskave

Rezultati, ki jih predstavljava, so nastali na podlagi prve faze triletnega raziskovalnega projekta z naslovom *Sociološki in socialnopsihološki vidiki zaskrbljenosti zaradi hrane v Sloveniji*.[3] Od jeseni 2001 do jeseni 2003 je potekala kvalitativna faza (fokusne skupine z laiki in osebni intervjuji s strokovnjaki za prehrano), ki ji je sledila kvantitativna faza z anketo med prehranskimi strokovnjaki in na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije. Namen raziskave je ugotoviti naravo in razširjenost zaskrbljenosti zaradi hrane v Sloveniji ter osebne strategije za njihovo obvladovanje oziroma upravljanje.

Rezultate, ki jih predstavljava v tem članku, sva zbrali med petimi skupinskimi pogovori s skupaj 38 udeleženci in udeleženkami. Za rekrutacijo udeležencev sva uporabili svoji socialni omrežji v kombinaciji s tehniko »snežene kepe«, pri čemer sva skupine sestavljali v skladu s pravili rekrutiranja fokusnih skupin (Krueger in Casey 2000), da bi dosegli karseda veliko variabilnost končnih rezultatov. Tako sva pazili, da v posamezne skupine nisva združili socialnodemografsko preveč različnih posameznikov in da sva med skupinami dosegli karseda velike socialnodemografske razlike. Pogovori so potekali od aprila do avgusta 2002 in so trajali med 90 in 150 minut. Prvo pogovorno skupino so sestavljali redni študenti in študentke dveh ljubljanskih fakultet, drugo primarno kmečke ženske različnih starosti iz ruralnega okolja v Spodnji Savinjski dolini, tretjo ženske in en moški iz manjšega kraja na Primorskem, četrto ženske in moški v srednjih tridesetih letih iz Ljubljane in njene okolice, v zadnji pa so bili moški intelektualci srednjih let (35–53 let) iz različnih krajev Slovenije. Prevladujoča izobrazba v skupini študentov in tridesetletnikov je bila srednješolska, v skupini iz Spodnje Savinjske doline osnovnošolska, v skupini iz Primorske poklicna, v skupini intelektualcev pa podiplomska. Velika večina sogovornikov, razen študentov, je bila zaposlena in je živela s partnerjem in otroki. Skupaj sva govorili z 11 moškimi in 27 ženskami.[4]

Izsledki – relativiziranje tveganj v vsakdanjem življenju

Udeleženci najine raziskave v večini menijo, da za zdravje ne naredijo dovolj, ne glede na to, kako dobro zanj skrbijo. To je skladno s tezo o zdravizmu, ki pomeni zaposlenost družbe s posameznikovim zdravjem kot temeljem za določanje in doseganje družbene blaginje. Četudi so vzroki bolezni zapleteni, se v okviru zdravizma kot simptomi zdravja in bolezni, potrebni pozornosti, središčno obravnavajo posameznikovo vedenje, stališča in čustva, kot da so vedenja, stališča in čustva izvzeta iz socialnega konteksta (Crawford 1989, 368). S tega vidika za zdraviste oziroma zdravstvene entuziaste problemi bolezni sicer lahko izvirajo zunaj posameznika, a ker so ti problemi hkrati del posameznikovega vedenja, iščejo zdravisti rešitve bolezni v domeni posameznikovih izbir, posledično pa prelagajo odgovornost za zdravje na posameznika (Kamin 2004, 25).

Poudariti velja, da vsi, s katerimi sva govorili, od kmečkih gospodinj do intelektualcev, po najinih ocenah nasvete za zdravo prehranjevanje poznajo dovolj dobro, da bi se lahko po njih ravnali, pa se ne. Po eni strani pravijo, da je zdrava prehrana tista, ki vsebuje veliko sadja in zelenjave, dovolj vode, rastlinske maščobe namesto živalskih, je raznolika in uravnotežena, vsebuje dovolj vitaminov, pa tudi da je treba imeti dnevno pet manjših obrokov, med katerimi se jim zdi najpomembnejši zajtrk, itn. Po drugi strani pa jih večina v vsakdanjem življenju ta priporočila upošteva le deloma ali sploh ne zaradi različnih osebnih in družbenih razlogov. Tu se kaže že zgoraj omenjeni paradoks razlike med vseprisotno, splošno zaskrbljenostjo za zdravje in njeno relativizacijo na partikularni, vedenjski ravni.

Četudi razlogov za prepad med dobro obveščenostjo in neupoštevanjem prehranskih priporočil nisva raziskovali bolj poglobljeno, saj to ni bil osrednji predmet raziskave, lahko na podlagi analize izjav informantov navedeva vsaj šest skupin ovir[5] za nespremenjeno vedenje glede na priporočila stroke: naporna in nezdrava disciplina, neetična in zmotna znanost ter neobvladljivost tveganj, primat moškega okusa, modrost telesa, drago zdravje in optimistična pristranskost.

Naporna in nezdrava disciplina. Udeleženci so izpostavili, da je skrb za zdravo prehrano trdo delo, ki zahteva veliko discipline in odrekanja, na kar pa niso pripravljeni, saj so brez izjem prepričani, da je zdravo tudi uživati. Ljudje menijo, da se je po eni strani treba prehranjevati disciplinirano, da bi bili zdravi, po drugi strani pa se, če naj bi bili zdravi, morajo sprostiti, si privoščiti in uživati. Hrana, ki je morda nezdrava, a dobra, prinaša užitek, ki človeku v splošnem dobro dene (enako ugotavlja tudi Lupton 1996). Poglejmo primer:

> *»Se mi zdi pravilno, da ješ tisto, kar ti paše.« (Tina, vzgojiteljica, 34)*

> *»Je pa res, da včas ti paše pa tud kej mastnga. Ne bom zdej tiste maščobe ven pobirala al pa jajca na zasek pečena bom glih tko jedla. Občasno, k ti paše.« (Mojca, dipl. ing. gradbeništva, 34)*

Težavnost samonadzora in nepripravljenost posameznikov, da bi se odrekli uživanju v hrani, so izpostavile tudi kvantitativne raziskave. Raziskava o stališčih do prehranjevanja in zdravja (Lappalainen in dr. 1997), ki so jo opravili v letih 1995 in 1996 v državah Evropske unije, je pokazala, da je poleg pomanjkanja časa to najpomembnejši razlog, da se ljudje ne ravnajo po prehranskih smernicah. Med najmanj pomembne razloge se je uvrstila neseznanjenost s smernicami.[6]

Nihanja med odrekanjem in uživaštvom se naučimo že v otroštvu. Otroku se marsikdaj obljubi slaščico, če bo pojedel kosilo do konca, sicer bo ostal brez nje. Hrani, ki je domnevno »nujna za normalno rast in razvoj otroka« (meso in zelenjava) in je na idejni ravni koristna, sledi nagrada, ki na idejni ravni škodi (slaščica). Posledica tovrstnega pogojevanja je, da postane vsak obrok, vsak stik s hrano dogodek, kjer posameznik vedno znova izbira med zdravim in užitkom (Mead 1980 v James 1990, 680–681). Psihološke raziskave prehranjevalnih navad (Birch in dr. 1982 v Logue 1991, 110) pa hkrati kažejo, da ima tovrstno pogojevanje nasprotni učinek od želenega: da utrjuje ljubezen do nagrade in odpor do hrane, za katero starši menijo, da bi jo otrok moral jesti.

Neetična in zmotna znanost ter neobvladljivost tveganj. Pomenljiv zaviralni dejavnik za priporočena izogibanja tveganjem je mnenje, da zaradi dobičkaželjnosti kmetovalcev in živilske industrije nima smisla upoštevati vsega, kar medicina

oziroma nutricionistika narekujeta, saj navadni ljudje ne morejo vplivati na industrijsko proizvodnjo. Sogovorniki so opozarjali na vsesplošno onesnaženost okolja, velike količine nezdravih sestavin tudi v »zdravih« živilih, govorili so npr. o ostankih škropiv v zelenjavi in sadju, o sledeh zdravil v mesu, o umetnih dodatkih, konzervansih ipd. Vsemu temu se pri sodobnem načinu prehranjevanja ne da izogniti. In če vnosa strupov v telo človek ne more nadzorovati, menijo ljudje, se nima smisla obremenjevati še s prehranjevalnimi navadami:

> *»Jez bi reku, da je mal butast zarad medijske kampanje ne jest govedine. Sej ne jejo sam krave kostne moke, tud prašiče, kure in ribe krmijo z njo. In če tko pogledaš, potlej sploh ni varn noben meso, edino noji, ki bi jih lovil sred Afrike, k sami zrastejo. Glih zarad tega sem si reku: 'Brez veze.'« (Jože, študent, 24)*

> *»Mi kdo reče, da prodaja biojabolka, ga bom v rit sunil, vsa hrana je nezdrava. Če pesek iz Sahare sem pride, potem tud razni strupi …« (Sebastijan, inženir, 34)*

Za avtoritete zdravja ni nič kaj spodbudno tudi mnenje udeležencev, da znanstveniki mnogokrat sami niso prepričani v rezultate svojih raziskav, da so informacije o tveganjih mnogokrat zavajajoče in neustrezne. Diplomirana inženirka kemije meni:

> *»Včasih je bolš, da ne veš preveč, sej še uni /znanstveniki/ ne vejo.« (Klementina, diplomirana iženirka, 34)*

Nezaupanje najinih sogovornikov v ekspertne sodbe ima dve posledici: posameznik namerno ne išče novih znanstvenih spoznanj o prehranjevanju ali pa jih spremlja, a hkrati zmanjšuje njihov pomen. To potrjuje mnenje Irwina in Wayna (1996 v Mali 2002, 168), da ignoranca ni nujno posledica nerazumevanja znanstvenih vprašanj, ampak je lahko znak nezaupanja v znanost. Franc Mali (2002, 168) ugotavlja, da slovenske javnomnenjske raziskave iz devetdesetih let kažejo kritično zavest ljudi o možnih negativnih okoljskih posledicah sodobnega znanstvenega in tehnološkega razvoja in ugotavlja, da je v slovenski javnosti »/v/era v apodiktično resnico znanosti dokončno minila« (169).

Primat moškega okusa. Pomemben razlog za neupoštevanje strokovnih nasvetov izvira tudi iz patriarhalnih družinskih odnosov, v katerih kuho narekuje moška naklonjenost mesu. Ta mnogokrat prevlada, tudi ko je ženska – žena – mati zdravstveno dobro ozaveščena. Poglejmo izsek iz pogovora:

> *»Sej naši moški tudi štruklje radi pojejo, samo so hmal lačni, mož že kr hmal hod sem pa tja, pa gleda.« (Olga, kmečka gospodinja, 52)*

> *»Jst včasih rečem: 'A bi nocoj mlečni gres jedla?', pa prau: 'Ja lahka, sam tapr'u bom en sendvič pojedu.' (Marjeta, delavka v pralnici, 48)*

O težavnosti uvajanja novosti v družinsko prehrano v patriarhalnih okoljih je poročala že ena prvih sociooloških raziskav prehranjevalnih navad iz osemdesetih let (Charles in Kerr 1988). Marsikatera gospodinja je med (ponavadi) konfliktnima možnostma, da bi za družino kuhala zdravo hrano ali pa da bi pripravljala hrano, ki jo bodo njen partner in otroci radi in z užitkom pojedli, izbrala drugo. Ženske so pri nakupovanju in pripravi hrane največkrat ustregle partnerjevim željam, nato željam otrok in šele na koncu svojim (Charles in Kerr 1986, 68). Na vprašanje »Ali bi kuhali drugače, če bi živeli sami?« je le 25 odstotkov žensk odgovorilo, da bi

pripravljale iste jedi, 75 odstotkov pa bi jih prehrano deloma ali v celoti spremenilo. Večina žensk bi uživala manj mesa, več zelenjave in sadja. Nekatere sogovornice pa so izjavile, da bi v tem primeru prenehale kuhati, saj bi kuhanje izgubilo smisel, nehalo bi jim biti v veselje in užitek (Charles in Kerr 1988, 71–74). Tudi Anne Murcott (1983, 83) je ugotovila, da ženske ne kuhajo in nekatere celo ne jedo, kadar so same doma. Prisotnost drugih je torej za smiselnost kuhe ključnega pomena. V najini raziskavi so skoraj vsi, ki živijo s partnerjem ali imajo družino, pripisovali velik pomen družinskemu kosilu. Družinsko kosilo je zanje, tako kot za udeležence številnih tujih raziskav (npr. Charles in Kerr 1988, Lupton 1996, Murcott 1983), družabni dogodek, ki obnavlja in krepi odnose med člani družine.

Modrost telesa. Mešanica vsakdanjega in (poljudno)strokovnega znanja, ki ga delno navdihujejo novodobne ideologije, deloma pa izhaja iz poenostavljenih interpretacij medicinskih spoznanj, je prepričanje o tem, da ima telo lastno modrost in voljo, da samo ve, kaj mu dobro dene in kaj škodi, zato mu je pametno slediti. Telo naj bi se samo reguliralo in sporočalo posamezniku, kdaj je jedel prav ali narobe oziroma kdaj mu primanjkuje določenih snovi. To prepričanje ljudje uporabljajo tako za potrdilo, da zdrava prehrana dobro dene njihovemu telesu, kot tudi za opravičilo, zakaj jedo, česar po priporočilih stroke ne bi smeli.

> *»Jes poslušam organizem, kokrkol se to smešno sliš. Jest ne vem vnaprej, katero vrsto sadja bom jedu, jest odprem vrata hladilnika in potem pogledam ... hruške, pogledam banane, pogledam lubenico, 'Ah, u, tole bom'. Pa mi recimo en dan ful hruške pašejo, drug dan pa sploh ne.« (Anže, učitelj, 45)*

> *»Potem je pa redno tko, da me zvije ob ene desetih, enajstih zvečer, da bi kej sladkega jedu. To je znak, da imam nekje en primanjkljaj nečesa ... « (Martin, učitelj, 46 let)*

O prepričanju ljudi, da je njihovo telo modro, poročajo tudi druge raziskovalke (npr. Lupton 1996, 83–84; Keane 1997, 187). A raziskav, opravljenih na ljudeh, ki bi modrost telesa dejansko potrdile, ni. Eksperimenti, opravljeni na živalih kažejo, da bi o tem, da organizem vodi žival v iskanje določenih virov, ki ji jih primanjkuje, morda lahko govorili pri pomanjkanju natrija. To je eksperimentalne živali, ki jim je natrija *zelo* primanjkovalo, vodilo v uživanje slanih živil (Galef 1991 v Meiselman in MacFie, 1997, 181).

Drago zdravje. Pozitivno povezanost med zdravim prehranjevanjem in gmotnim položajem ljudi so našle številne raziskave, tudi slovenske (npr. Koch 1997, Tivadar 2001, Tivadar 2002). Zato je razumljivo, da so visoke cene "zdravih živil" strukturna ovira za upoštevanje prehranskih smernic:

> *»Lahko se zmišluješ, če maš. Jes sem bla brezposelna, priznam, ampak preživet z eno plačo, s stroški, ki so stanovanjski …, kupiš hrano, ki ti jo fond, ki ga maš, omogoča, moraš zbekslat in vmes moraš poskrbet, da je kolkr lahko zdrava hrana zaradi otrok, k se razvijajo, in gledaš predvsem na to … Ti ješ, kar moreš jest, ampak za otroka …« (Polona, poslovna sekretarka, 34)*

> *»Jaz pa sama delam v trgovini pa lahko povem iz izkušenj, da ljudje zelo iščejo take poceni artikle ... Jes nikoli ne gledam ceno pr sadju in zelenjavi, ker to imamo radi. Pa tudi sama rada cenejše kupim. Naše plače niso take, da bi lahko kupavali najbolj kvalitetno blago, tko da se moramo včasih zadovoljit*

tudi z manj kvalitetnim ... Važno, da preživiš. In tako mislim, da se odloča 90 % ali 95 % ljudi. V akcijski prodaji se dosti bolje prodaja kot v redni prodaji.« (Zora, poslovodkinja, 43 let)

Po podatkih britanske *Državne raziskave prehrane* (1997) so v obdobju od leta 1995 do 1997 v gospodinjstvih z najnižjimi osebnimi dohodki zaužili za 45 odstotkov manj sadja, kot je bilo britansko povprečje, in le tretjino količine, ki so jo zaužili v najvišji dohodkovni skupini. Višina dohodkov lahko vpliva na izbiro živil neposredno, lahko pa tudi prek novosti in pripravljalnih tehnik hrane. Da bi se ljudje prehranjevali v skladu s prehranskimi smernicami, bi namreč morali v svoj jedilnik uvesti tudi nova živila in spremeniti nekatere navade pripravljanja hrane. A manj premožni imajo manj možnosti za preizkušanje novih živil, ker bi, če njim ali njihovim družinskim članom nova hrana ne bi ugajala, lahkomiselno zapravljali že tako zelo omejena sredstva. Poleg tega je za uvajanje novosti v prehranjevanje treba kupiti tudi nove kuhinjske pripomočke (npr. posode za peko brez maščobe, soparnike ...), ki si jih marsikdo ne more privoščiti (Keane,1997).

Optimistična pristranskost. Psihološke raziskave o percepciji tveganja pri posameznikih (npr. Weinstein 1989 v Slovic 2000, 366) ugotavljajo, da se ljudje v splošnem sicer strinjajo, da lahko neki dejavnik škoduje zdravju, a menijo, da je verjetnost, da se to zgodi njim, manjša od verjetnosti, ki velja za povprečnega ali z njimi primerljivega posameznika.

Naslednji izjavi se sicer nanašata na nevarnost okužbe s povzročiteljem Kreutzfeld-Jakobove bolezni, a ta pristranskost se lahko pojavi tudi pri ocenjevanju tveganja, da bi zboleli za katero drugo s prehrano povezano boleznijo.

»Taka v bistvu abstraktna nevarnost, ko veš, da to nekje obstaja, mi ne gre nikol do živga, mi nismo takrat čist nč zmanjšal porabe mesa … To je mal tiste obrambe: 'Sej men se pa to ne more zgodit.'« (Anže, učitelj, 45)

»Takrat pred šestimi leti se mi je zdelo: 'Aha, to majo spet tile Angleži probleme', tako kot so se aristokratje med sabo preveč ženil, pa so bli potem mal čudni, tako so se mogoče živali, ker so na Otoku, mal preveč med seboj ... In potem tudi to, kadarkol se kakšna stvar na svetu zgodi, takoj naši ponavadi pohitijo in rečejo: 'Ne, ne, ne, pri nas pa tega ni.' Potem ko je pa pri nas do tega prišlo, pa moram rečt, da me pravzaprav sploh ni preveč ganilo, kljub temu da je bilo relativno blizu /njegovega domačega kraja/.« (Matjaž, učitelj, 35 let)

Raziskovalci so odkrilioptimistično pristranskost pri ocenjevanju številnih nevarnosti. Najpogosteje se pojavlja pri ocenjevanju nevarnosti vedenja, za katerega posamezniki verjamejo, da lahko nanj osebno vplivajo, kot so na primer različne življenjske navade (Slovic 2000). Tako je optimistična pristranskost ugotovljena za ocenjevanje nevarnosti kajenja, zastrupitve s hrano, debelosti, visokega krvnega pritiska, srčnega infarkta ter okužbe s salmonelo in povzročiteljem CJB/BSE (Weinstein 1987 v Frewer in Miles 2001, 409; Sparks in dr. 1995 v Frewer in Miles 2001, 409; Frewer in dr. 1994 v Frewer in Miles 2001, 409; Slovic 2000).

Optimistična pristranskost je lahko velika ovira za učinkovitost komunikacijskih intervencij. Če namreč ljudje verjamejo, da so neki nevarnosti izpostavljeni manj kot drugi, ocenjujejo sporočila o njej kot nerelevantna in jih ignorirajo (Frewer in Miles 2001, 409). Optimistično pristranskost pogosto spregledajo tudi raziskovalci

javnega mnenja, ko pritrdilne odgovore anketirancev na vprašanja o velikosti posameznih družbenih problemov (ki so ponavadi posledica medijskega melodramatičnega sporočanja novic), razumejo kot izraz osebne zaskrbljenosti. Če se anketiranci strinjajo, da je npr. kriminaliteta ali onesnaženost okolja velik družbeni problem, to ne pomeni, da menijo, da jih tudi neposredno zadeva. Ljudje namreč razlikujejo med tveganji za družbo in tveganji zase (Wilkinson 2001, 122).

Sklep

Ni več dvoma, da so sodobne »križarske vojne« zavezane idealu zdravja. Ne le zdravju kot stanju, ki bi odražalo odsotnost bolezni in smrti, ampak totalnemu zdravju, ki naj bi se po eni strani zrcalilo v procesu upravljanja z vsemi možnimi oblikami tveganj, hkrati pa v visokem osebnem zadovoljstvu in veliki zaznani blaginji. Številna opozorila o možnih stranpoteh in posledicah množičnega ozaveščanja o zdravju in tveganjih (Illich 1976, Crawford 1980, Metcalfe 1993) niso bila, glede na vztrajen in okrepljen pohod vedno novih komuniciranih tveganj, vzeta preveč resno. Danes so paradoksalne posledice totalne preventive že dobro vidne, kot pravi Førde (1998, 1157), vsem, ki hočejo videti. Višanje subjektivne ocene blaginje, nižanje stopnje potrošnje zdravstvenih storitev in manjšanje odvisnosti od zdravstvene nege je vse, kar je obljubljala ideologija zdravstvene preventive in na kar je, po ocenah številnih raziskovalcev, nesmiselno čakati. Četudi so se vrednosti negativnih kazalnikov zdravja (umrljivost in obolevnost) v zahodnih razvitih državah izboljšale, je načrtovalce in izvajalce v preventivo orientirane politike javnega zdravja presenetil odnos med posameznikovo preokupacijo z zdravjem na eni strani ter slabšo oceno lastnega zdravja in večjo porabo zdravstvenih storitev na drugi strani (Fylkesnes in Førde; Barsky v Førde 1998). Tudi v Sloveniji na podlagi raziskav *Slovensko javno mnenje* opažamo, da večina vprašanih posameznikov meni, da za svoje zdravje sorazmerno dobro skrbi, hkrati pa jih večina izraža načelno pripravljenost, da bi za svoje zdravje naredili še več. Opažamo tudi, da je pri izrazito zdravstveno »ozaveščenih« posameznikih bolj pogosto (preventivno) obiskovanje zdravnika (Toš in Malnar 2002, 94). Paradoksalno je, da je preventivno obiskovanje zdravnika, za katero meniva, da je pravzaprav aktivno iskanje bolezni, sestavni del zdravega življenjskega stila. Subjektivne ocene zdravja so podobno kot v drugih razvitih zahodnih državah tudi v Sloveniji relativno nizke. Večina svoje zdravje ocenjuje sredinsko, z dobro, le 25 odstotkov jih svoje zdravje ocenjuje z zelo dobro, 13 odstotkov pa kot slabo (Toš in Malnar 2002, 96).

Glede na širjenje epidemioloških kriterijev dobrega zdravja je vsak posameznik zagotovo vsaj malo obolel in zagotovo vsaj malo nezdravo živi. Zato ni presenetljivo, kot kažejo tudi podatki najine raziskave, da vsi pravijo, kako jih zdravje načeloma zelo skrbi, a da zanj v nobenem primeru ne storijo dovolj. Načelom in zahtevam komunikacijskih intervencij za upravljanje s tveganji za zdravje posamezniki zaradi različnih in številnih individualnih in družbenih razlogov ne morejo biti kos. Zato je na določeni ravni abstraktna zaskrbljenost zaradi tveganj visoka (in predvidevava, da narašča) in je na ravni vsakdanjega življenja obvladljiva le z dekonstrukcijo in relativiziranjem tveganj.

V prispevku sva navedli šest glavnih skupin individualnih in družbenih ovir oziroma razlogov, s katerimi so intervjuvanci legitimirali svoje obnašanje glede tveganj za zdravje. Z vidika avtoritet javnega zdravstva lahko te ovire imenujemo

zaviralni dejavniki učinkov komunikacijskih intervencij za promocijo zdravega načina življenja. To upravičevanje nenormativnega obnašanja (v nekaterih primerih dekonstrukcija tveganj) pri posameznikih mnogokrat poteka na nezavedni ravni, ko ravnajo v skladu s tradicionalnimi vrednotami, pričakovanji družinskih članov, laično epidemiologijo ipd. Spet drugič se pojavlja kot zelo zavesten proces upiranja naraščajočemu ustrahovanju pred raznovrstnimi tveganji.

Videti je, da je nenehno nihanje med zdravim in nezdravim, med askezo in užitkom (Lupton, 1996) ena temeljnih značilnosti sodobnega prehranjevanja tudi v Sloveniji. Tu bodo strokovnjaki s pomočjo komuniciranja za implementacijo nove prehranske politike le težko prodrli. Z opozarjanjem in z apeli strahu ne bodo dosegli želenih odzivov, poglobili pa bodo abstraktno raven zaskrbljenosti za zdravje. Poleg tega bi ljudje priporočilom ortodoksne medicine in vladnih resorjev, ki se ukvarjajo s prehrano, morda bolj zaupali, če bi menili, da jim je njihovega zdravja resnično mar. A ob trenutnem pomanjkanju sistemskih ukrepov (npr. subvencioniranje pridelave sadja in zelenjave namesto mesa, zmanjšanje obdavčitev t. i. zdravih živil, obširen nadzor vsebnosti pesticidov v sadju in zelenjavi, spodbujanje projektov potrošniških organizacij na področju varne hrane, premik začetka delovnega dneva na kasnejšo uro, da bi posameznikom omogočili zajtrkovanje, itd.), ki bi kazali na to, da država s promocijo zdravega načina življenja misli resno in ne le prelaga odgovornost za zdravje na državljane, se ti znajdejo tako, da priporočila relativizirajo in jih upoštevajo le toliko, kolikor so v skladu z njihovo življenjsko situacijo.

Zahvala

Iskreno se zahvaljujeva vsem udeleženkam in udeležencem raziskave, ki so z nama velikodušno delili svoja razmišljanja, izkušnje in skrbi.

Opombe:

1. V terminologiji javnega zdravja je najosnovnejša opredelitev promocije zdravja naslednja: »Promocija zdravja so različne kombinacije vzgoje za zdravje z organizacijskimi, političnimi in ekonomskimi intervencijami, ki so oblikovane z namenom vplivanja na vedenjske in okoljske spremembe za ohranjanje in izboljšanje zdravja« (Anderson v Parish 1995, 21). Novejša opredelitev pravi, da je promocija zdravja »kombinacija izobraževalnih in ekoloških podpor delovanju posameznika in življenjskim razmeram, ki pozitivno vplivajo na zdravje«, pri čemer se "kombinacija" nanaša na nujnost povezovanja številnih determinant zdravja s številnimi intervencijami ali podpornimi viri, »ekološko« pa se nanaša na politične, ekonomske, organizacijske, družbene ipd. okoliščine, ki vplivajo na vedenje in posledično zdravje (Green in Kreuter v McKenzie in Smeltzer 2001, 3). V sistem vzgoje oziroma izobraževanja za zdravje sodijo t. i. komunikacijske intervencije (Guttman 2000), ki so vpete v celostnejšo strategijo za promocijo zdravja in katerih namen je osvestiti posameznike o problemih zdravja in tveganjih za zdravje ter jih prepričati v spremembo vedenja v skladu s priporočili.

2. NPVZ v opisu zdravstvenega stanja prebivalstva Slovenije kot normativni problem izpostavlja pričakovano življenjsko dobo, ki za povprečjem EU zaostaja za 2,4 leta. Za glavne vzroke umrljivosti podobno kot v drugih državah EU veljajo bolezni srca in ožilja, rak in poškodbe.

3. Gre za podoktorski raziskovalni projekt št. Z5-3214-0582-01, ki ga vodi druga avtorica članka, finančno pa ga omogoča Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport RS.

4. Podrobne socialnodemografske značilnosti udeleženk in udeležencev raziskave so opisane v Tivadar in Kamin (2002).

5. To, kar posamezniki navajajo kot ovire za upoštevanje prehranskih priporočil, so prav tako lahko

tudi njihova opravičila oziroma le poizkusi legitimiranja njihovega odstopanja od domnevnih norm vedenja.

6. Anketiranci so lahko izbirali med devetimi skupinami ovir za zdravo prehranjevanje. Rezultati so: pomanjkanje časa: 33 %, težavnost samonadzora: 33 %, odpor do sprememb/novosti: 21 %, ovire, povezane s pripravo (npr. neznanje kuhanja, hitra pokvarljivost zdravih živil ...): 19 %, previsoka cena: 15 %, slab okus: 14 %, nasprotovanje bližnjih: 14 %, pomanjkanje znanja: 14 % in slaba ponudba: 14 %.

Literatura:

Adam, Philippe in Claudine Herzlich. 2002. Sociologija bolezni in medicine. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov.

Beck, Ulrich. 1992. Risk Society: Towards a New Modernity. London: Sage Publications.

Birch, Leann, L., Jennifer Orlet Fisher in Karen Grimm Thomas. 1997. The development of children's eating habits. V H. L. Meiselman in H. J. H. MacFie (ur.), Food Choice, Acceptance and Consumption, 161–206. London: Blackie Academic and Professional.

Burr, Vivien. 1995. Introduction to Social Constructivism. London, New York: Routledge.

Burrows, Roger, Sarah Nettleton in Robin Bunton. 1996. Sociology and Health Promotion. Health, Risks and Consumption Under Late Modernism. V R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows (ur.), The Sociology of Health Promotion. Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk, 1–12. London in New York: Routledge.

Charles, Nickie in Marion Kerr. 1988. Women, Food and Families. Manchester: Manchester University Press.

Castel, Robert. 1991. From Dangerousness to Risk. V G. Burchell C. Gordon in P. Miller (ur.), The Foucault Effect. Studies in Governmentality, 281–298. Chicago: The University Press.

Crawford, Robert. 1980. Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 3, 365–388.

Dean, Mitchell. 1999. Risk, Calculable and Incalculable. V D. Lupton, (ur.), Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives, 131–159. Cambridge: University Press.

De Rodes, Deneen M. 1994. Risk Perception and Risk Communication in the Public Decision-Making Process. *Journal of Planning Literature* 3, 324–335.

Førde, Olav Helge. 1998. Is Imposing Risk Awareness Cultural Imperialism? *Social Science and Medicine* 9, 1155–1159.

Frewer, Lynn J. in Susan Miles. 2001. Risk Perception, Communication and Trust. How Might Consumer Confidence in the Food Supply be Maintained? V L. J. Frewer, E. Risvik in H. Schifferstein. *Food, People and Society,* 401–414. Berlin: Springer.

Giddens, Anthony. 1991. The Consequences of Modernity. Cambridge, Oxford: Polity Press.

Glasgow University Media Group. 1976. Bad News. London: Routledge & Kegan Paul.

Greco, Monica. 1993. Psyhosomatic subjects and the 'duty to be well': Personal Agency Within Medical Rationality. *Economy and Society* 3, 357–372.

Guttman, Nurit. 2000. *Public Helth Communication Interventions. Values and Ethical Dilemmas.* London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.

Illich, Ivan. 1976. Limits to Medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health. London: Marion Boyers.

Inglehart, Ronald. 1997. Modernization, Postmodernization and Changing Perceptions of Risk. *International Review of Sociology* 3, 449–460.

James, Allison. 1990. The god, the bad and the delicious: the role of confectionery in British society. *The Sociological Review,* 38, 4, 666–688.

Kamin, Tanja. 2004. Promocija zdravja in mit opolnomočenega državljana. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kamin, Tanja. 2003. Spretnosti in izkušnje komuniciranja zdravega načina življenja v Sloveniji. Poročilo ciljno raziskovalnega projekta.

Kamin, Tanja in Blanka Tivadar. 2003. Laično upravljanje s telesom v imenu zdravja: iskanje ravnotežja s prehranjevanjem. *Teorija in praksa* 5, 891–908.

Koch, Verena. 1997. Prehrambene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Doktorska disertacija. Ljubljana: Biotehniška fakulteta, Oddelek za živilstvo.

Lappalainen, R., A. Saba, L. Holm, H. Mykkanen in MJ Gibney. 1997. Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *European Journal of Clinical Nutrition* 51, Suppl. 2, 36–40.

Lupton, Deborah. 1996. Food, the Body and the Self. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.

Lupton, Deborah in John Tulloch. 2002. 'Life would be pretty dull without risk': voluntary risk-taking and its pleasures. *Health, risk and society* 2, 113–124.

Lupton, Deborah. 1999a. Risk. London and New York, Routledge.

Lupton, Deborah. 1999b. Introduction: Risk and Sociocultural Theory. V D. Lupton (ur.), Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives, 1–11. Cambridge: University Press.

Mali, Franc. 2002. Razvoj moderne znanosti: socialni mehanizmi. Ljubljana: FDV.

Metcalfe, A. 1993. Living in a Clinic: the Power of Public Health Promotions. *Anthropological Journal of Australia* 1, 31–44.

McKenzie, F. James in Jan L. Smeltzer. 2001. Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs. Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Allyn and Bacon.

Ministrstvo za zdravstvo. 1993. Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo.

Ministrstvo za zdravje. 2000. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004. http://www2.gov.si/zak (6. 5. 2003)

Murcott, Anne. 1983. It is a Pleasure to Cook for him: Food, Mealtimes and Gender in some South Wales Households. V E. Gamarnikow, D. Morgan, J. Purvis, in D. Taylorson (ur.), The Public and the Private, 78–90. London: Heineman Educational Books.

National Food Survey. Annual Report on Food Expenditure, Consumption and Nutritient Intakes. 1997. London: Ministry of Agriculture, Fisheries and Food.

Nettleton, Sarah. 1997. Governing the Risky Self: How to Become Healthy, Wealthy and Wise. V A. Petersen in R. Bunton (ur.), Foucault. Health and Medicine, 207–222. London and New York: Routledge.

Newsweek. 2003. Building a Better Way to Eat. (20. 1. 2003, 32–36).

Parish, Richard. 1995. Health Promotion: Rhetoric and Reality. V Bunton, Robin, Sarah Nettleton, Roger Burrows (ur.), The Sociology of Health Promotion. Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk, 13–23. London and New York: Routledge.

Rose, Nikolas. 1993. Government, Authority and Expertise in Advanced Liberalism. *Economy and Society* 3, 283–299.

Slovic, Paul. 2000. Perception of Risk. V P. Slovic (ur.), The Perception of Risk, 220–231. London in Sterling: Earthscan.

Tivadar, Blanka. 2001. Družbeno strukturiranje prehranjevalnih navad. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Tivadar, Blanka. 2002. Od goriva za telo do pripomočka za samouresničevanje: vzorci prehranjevanja v Sloveniji. *Družboslovne razprave,* XVIII, 39, 151–178.

Tivadar, Blanka in Tanja Kamin. 2002. Smem? Moram? Naj? Skrb za hrano. *Socialna pedagogika* 3, 279–308.

Toš, Niko in Brina Malnar (ur.). 2003. Družbeni vidiki zdravja. Ljubljana: FDV-IDV Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.

Ule Nastran, Mirjana. 2003. Spregledana razmerja. Družbeni vidiki sodobne medicine. Maribor: Aristej.

WHO. 1998. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO.

Wilkinson, Iain. 2001. Anxiety in a Risk Society. London: Routledge.

Woods – Logue, Alexandra. 1991. The Psychology of Eating and Drinking. An Introduction. New York: Freeman.