

Część I

GŁÓWNE NURTY ZAINTERESOWAŃ SOCJOLOGII ŻYWIENIA
JAKO SUBDYSCYPLINY SOCJOLOGII MEDYCYNY

Beata Tobiasz-Adamczyk

1. SOCJOLOGIA ŻYWIENIA JAKO SUBDYSCYPLINA SOCJOLOGII MEDYCyny

Socjologiczne perspektywy definicji zdrowia i choroby, społeczno-kulturowe uwarunkowania stanu zdrowia, zachowania w zdrowiu, chorobie, a także konsekwencje społeczne niepełnosprawności, chorób przewlekłych czy wieku starszego – to klasyczne już dzisiaj obszary zainteresowań socjologii medycyny, która pomimo stosunkowo niedługiej, bo tylko ponad sześćdziesięcioletniej, historii swego istnienia, wywalczyła sobie należne miejsce wśród różnych innych subdyscyplin socjologii. Odwołując się do równie klasycznego pierwszego podziału, jakiego dokonał Robert Straus w 1955 roku, na *sociology in medicine* i *sociology of medicine* (Straus, 1957), należy zaznaczyć, że zapoczątkował on na gruncie socjologii medycyny tworzenie się w jej obrębie kolejnych podziałów na socjologię zdrowia, socjologię choroby, socjologię niepełnosprawności czy – ostatnio coraz wyraźniej zaznaczającą swoją odrębność – socjologię wieku starszego (socjologię starości).

Rozszerzeniu i wzbogaceniu uległ również drugi człon tego podziału – *sociology of medicine*, głównie za sprawą tworzenia się nowych profesji medycznych (na przykład fizjoterapeutów, dietetyków), zaznaczających swoją znaczącą rolę w zmieniających się funkcjach instytucji medycznych, a także budujących odmienne typy interakcji i komunikacji, z jednej strony z osobą chorą lub pacjentem, a z drugiej – przez funkcję edukacyjną i promocję zdrowia – z szerszymi kręgami społecznymi.

Wyzwania stojące przed zdrowiem publicznym, ukierunkowane na rozwiązanie wielu palących problemów zdrowotnych, jednocześnie miały za zadanie polepszenie zdrowia jednostek, grup społecznych czy całych społeczeństw, traktując jako punkt wyjścia indywidualne lub zbiorowe zachowania prowadzące do powstania tychże problemów albo odpowiadające za ich pojawienie się. Z perspektywy odkrywania bądź skuteczności walki z czynnikami ryzyka wielu chorób wiedza o poszczególnych społeczeństwach, ich uwarunkowaniach strukturalnych i funkcjonalnych okazała się niezbędna, podobnie jak wymiar kulturowy, wskazujący na znaczenie i siłę wartości, norm i symboli.

Na socjologii medycyny i jej poszczególnych obszarach zainteresowań wyraźnie odbiły się zmieniające się nurty teoretyczne i ewoluujące w czasie własne, wypracowane paradygmaty, jak i stosowane metody badawcze (skłaniające

się w stronę metod jakościowych). Najważniejsze perspektywy teoretyczne okazały się przydatne dla „wzmocnienia teoretycznego” socjologii medycyny.

Jak już zaznaczono, socjologia medycyny wyraźnie ewoluuje, o czym świadczy fakt, że na gruncie socjologii zdrowia i socjologii choroby powstają nowe, szczegółowe subdyscypliny, jak właśnie socjologia żywienia czy socjologia otyłości – obie wiążące swój rodowód z szeroko rozumianym stylem życia.

Anthony Giddens (2010) zwraca uwagę, że „nowoczesność stawia przed jednostką całą gamę rozmaitych możliwości, a równocześnie nie udziela wskazówek, które z nich powinno się wybrać”. Styl życia oznacza według Giddensa „mniej lub bardziej zintegrowany zespół praktyk, które podejmuje jednostka nie tylko dlatego, że są użyteczne, ale także dlatego, że nadają materialny kształt poszczególnym narracjom tożsamościowym”. Zdaniem badacza pojęcie stylu życia „nie ma większego zastosowania w odniesieniu do kultur tradycyjnych, bo oznacza wybór spośród wielu możliwości i jest czymś, co się »przyjmuje«, a nie »przejmuje«. Style życia są zrutyinizowanymi praktykami, które odpowiadają nawykowi żywieniowym. Rutynowe działania jednostki podlegają jednak refleksji i mogą ulegać zmianom ze względu na zmienność indywidualnej tożsamości”.

W opublikowanej w 1999 roku książce *Styl życia a zdrowie* Antonina Ostrowska przedstawia znaczenie badań nad relacją pomiędzy stylem życia a zdrowiem z perspektywy socjologicznej, zwracając uwagę, że posługiwanie się tym pojęciem w naukach medycznych i w zdrowiu publicznym znacznie zubożyło i ograniczyło sposób jego definiowania. Jak podkreśla, treści przypisywane temu pojęciu w perspektywie teoretycznej są znacznie szersze i odwołują się do prac Maxa Webera, Pierre’a Bourdieu i Anthony’ego Giddensa – i przytacza także wkład polskich socjologów w rozwój tej koncepcji badawczej. Według Weberowskiej koncepcji należy rozróżnić dwa pojęcia: sposób życia i szanse życiowe.

(...) sposób życia odnosi się do wyborów różnych dóbr i zachowań (*life choice*), podczas gdy szanse życiowe (*life chances*) odnoszą się do prawdopodobieństwa realizacji tych wyborów i są związane z sytuacją życiową (Ostrowska, 1999).

W myśl cytowanej tu autorki koncepcja Webera jest istotna, gdyż wiąże style życia z grupami o podobnym statusie („są bardziej zjawiskami zbiorowymi niż indywidualnymi”), odnosi się do sfery konsumpcji i określona jest jako wypadkowa preferencji i wyborów w konfrontacji z realnymi szansami na ich realizację. Ostrowska podnosi również znaczenie koncepcji Pierre’a Bourdieu, który widział zróżnicowanie społeczne przez stratyfikację stylów życia opartych na wyborach i upodobaniach kulturowych (Ostrowska, 1999).

Andrzej Siciński, autor hasła „styl życia” zamieszczonego w *Encyklopedii socjologii*, twierdzi, że określenie to rozpowszechniło się dopiero w latach 70.

XX wieku, a jego rozumienie było zależne od występujących równolegle z nim takich czterech terminów, jak: „życie codzienne”, „sposób życia”, „obyczaj”, „etos”. W odniesieniu do zagadnień żywienia te pokrewne terminy znajdują w pełni zastosowanie.

Określenie „życie codzienne”, obejmując różne sfery, w zależności od rodzaju społeczności, zawiera w sobie elementy związane ze zwyczajami żywieniowymi, wskazując na „sposób życia” oznaczający możliwie pełną „fotografię” tego życia codziennego danej zbiorowości (Siciński, 2002).

Złamanie obyczaju może – odnośnie do zachowań związanych z zachowaniami żywieniowymi – dotyczyć złamania pewnych obowiązujących zasad, na przykład postów, podania posiłku niestosownego do okoliczności. Według Sicińskiego

(...) styl życia to zespół codziennych zachowań jednostek lub zbiorowości społecznych, zachowań specyficznych ze względu na treść i konfigurację [a] sposób rozumienia określenia „styl życia” wyznacza różnica między podejściem behawioralnym i rozumiejącym. Pierwsze zawęża rozumienie do sposobu życia, z reguły obejmuje charakterystykę „bezpośredniej rzeczywistości”, drugie zaś operuje raczej pewnym konstruktem teoretycznym i hermeneutycznym (Siciński, 2002: 138).

Siciński powołuje się również na koncepcje badaczy fińskich wskazujących na typologię stylów życia odnoszącą się do „subiektywnych” aspektów życia ludzkiego, takich jak: sterowanie własnym życiem, charakter doświadczeń życiowych, relacja między sferą życia publicznego i prywatnego, główna orientacja życiowa (Siciński, 2002).

Andrzej Tyszka określa styl życia jako „syntetyczny jakościowy wyróżnik indywidualnego usytuowania”. Autor ten wyróżnił: styl życia społeczno-kulturalnej elity miasta, styl życia warstwy pracowników umysłowych, neomieszczański styl życia, ludowo-plebejski styl życia, styl życia ludzi społecznie i kulturalnie zaniedbanych (Tyszka, 1971, za: Siciński, 2002). Siciński zwraca uwagę, że „podstawowym lub jednym z podstawowych kryteriów typologizacji stylów życia są uwarunkowania studiowanych stylów” (Siciński, 2002: 139). Do najczęstszych zalicza uwarunkowania czynnikami zewnętrznymi wobec jednostek lub zbiorowości: ekonomiczne, ekologiczne, związane z poziomem techniki. Podkreśla, że niejednokrotnie style życia rozpatruje się jako korelaty pewnych kategorii społecznych, takich jak pokolenie, płeć, zawód, biorąc wówczas pod uwagę „uwarunkowania wynikające zarówno z biologicznych, jak i – przede wszystkim – społecznych różnic między poszczególnymi kategoriami” (Siciński, 2002: 139).

1.1. Powstanie socjologii żywienia

Rozwój w niektórych krajach nowej subdyscypliny, jaką jest socjologia żywienia, jedzenia i żywności, stał się w ostatnich dekadach przedmiotem zainteresowania socjologów medycyny, o czym świadczy zwiększająca się liczba badań i publikacji (Sobal, McIntosh, Whit, 1993). Dzieje się tak dlatego, że rozważania dotyczące wzorów odżywiania się i różnych aspektów żywności są ważnym elementem funkcjonowania życia społecznego, a zróżnicowanie tych wzorów w zależności od wieku, płci, grupy etnicznej, statusu społeczno-ekonomicznego i religii wnosi wiele cennych informacji, pozwalających na poznanie ich kulturowych i społecznych uwarunkowań. Przedmiotem analizy są: społeczność, rodzina, indywidualne zachowania żywieniowe, a także wzory konsumpcji w restauracjach, barach i innych publicznych formach żywienia.

W prologu do *Historii żywności* jej autor, Barry W. Higman, stwierdza:

(...) spośród wielu wyborów dokonywanych przez nas w życiu wybór tego, co jeść, jest zapewne najbardziej nieunikniony i najistotniejszy (...) nie przeżyje [się] bez jedzenia (...). Ta absolutna konieczność biologiczna czyni jedzenie tak ważnym dla historii kulturowej, a zarazem jednoczy wszystkich ludzi wszystkich czasów (...). Jednak przeciwieństwo niż inne podstawowe napędzane przez biologię ludzkie potrzeby, potrzebę jedzenia można zaspokoić na mnóstwo sposobów umożliwiających wybór i sprawiających, że spożywanie pokarmów staje się częścią kultury (Higman, 2012: 9).

W Polsce prekursorem socjologii żywienia była Barbara Uramowska-Żyto, która w latach 90. XX wieku zwracała uwagę na to, że przez długi okres zachowania żywieniowe nie stanowiły przedmiotu szczególnego zainteresowania socjologów – niemniej właśnie schyłek XX wieku zmienił ich stosunek do zagadnień żywienia, przede wszystkim ze względu na fakt wzrastającej świadomości problemów żywieniowych w skali globalnej oraz pojawienia się takich zaburzeń w odżywianiu, jak *anorexia nervosa*, bulimia, otyłość. Zainteresowanie to zwiększyło się również na skutek szerokiego rozpowszechnienia chorób powstałych na tle wadliwego żywienia (Uramowska-Żyto, 1995).

Socjologia żywienia poszukuje wzorów interakcji społecznych związanych z modelami konsumpcji i próbuje określić powiązania pomiędzy instytucjami społecznymi a indywidualnym zachowaniem, gdyż procesowi rozwoju cywilizacji towarzyszył proces rozwoju wzorów odżywiania się, ostatnie zaś dekady przynoszą nastawienie na podejmowanie zachowań związanych ze zdrowym jedzeniem.

Produkcja żywności, jej dystrybucja i konsumpcja zawierają w sobie wytworzony kulturowo „społeczny aspekt”. Odwołując się do charakterystycznych dla procesu socjalizacji perspektyw teoretycznych oraz sposobów interpretacji rzeczywistości społecznej i życia społecznego, John Germov i Lauren

Williams (2008) wskazują, jak tworzyła się identyfikacja społeczna przez wzory konsumpcji, jak budowany był konstrukt społeczny związany ze smakiem. Pokarmy są często traktowane jako metafory – na przykład „miód” czy „złe nasienie” – a kultury wiążą pokarmy z określonymi rytuałami i symbolami, charakteryzującymi takie społeczne sytuacje, jak: urodziny, chrzciny, wesele, święta religijne, a także z okazjami zmuszającymi do ograniczenia pokarmów lub – wręcz przeciwnie – pozwalającymi na spożywanie ulubionych lub bezpiecznych potraw bez ograniczeń.

Perspektywa socjologiczna według Germova i Williams (2008) pozwala określić:

- 1) rolę czynników kulturowych (wpływ tradycji, wartości kulturowych, systemu wierzeń i przekonań) na zachowania związane z żywnością w określonych społeczeństwach, grupach społecznych i społecznych sytuacjach;
- 2) czynniki strukturalne, wynikające z organizacji życia społecznego i funkcji instytucji społecznych, związanych z produkcją, dystrybucją i wzorami konsumpcji.

Stałym tematem historii jedzenia świata współczesnego jest „globalizacja”, proces i doświadczenie nieograniczające się do jedzenia, choć często uosabiane przez kultury jedzenia (Higman, 2012: 298–299).

Nie sposób nie brać pod uwagę globalizacji wzorów konsumpcji, mnogości oferowanych produktów żywnościowych, ale także „turystyki kulinarnej” w celu poznania kuchni świata. Trudno jednak nie dostrzec faktu funkcjonowania ludzi w „społeczeństwach ryzyka”, które niosą z sobą zagrożenia związane z globalizacją wzorów konsumpcji (na przykład „macdonaldyzacja” współczesnego świata, subkultura fast foodów).

Żywność produkowana, dystrybuowana i wymieniana na różne sposoby stanowi jeden z podstawowych środków wyrazu relacji władzy (Higman, 2012: 11).

Wybory związane z konsumpcją pokarmów mogą być wyrazem budowania własnej tożsamości i identyfikacji społecznej. Na przykład różne formy wegetarianizmu są dla wielu jednocześnie wyrazem identyfikacji z określoną ideologią. Współczesne podziały żywności często wyróżniają „dobrą i złą żywność”, żywność „czysto męską” i żywność „kobiecą”, zwierzęcą lub roślinną, zdrową lub niezdrową, życiodajną albo prowadzącą do śmierci, oznaczającą bezpieczeństwo, ale także będącą wyrazem kary (Germov, Williams, 2008).

Historia jedzenia ma przynajmniej dwa zasadnicze wątki. Jeden skupia się przede wszystkim na historii jedzenia jako takiego, nierzadko znajduje wyraz w opiewaniu radości płynących z przygotowywania i spożywania konkretnych potraw – surowych lub gotowanych – i kładzie duży nacisk na przyjemność. Drugi wątek częściej pochodzi od historyków społecznych i gospodarczych, którzy interesują się raczej innymi aspektami tematu i rzadko skupiają się na świadectwach hedonistycznych. Stałą treść tego drugiego nurtu historii jedzenia stanowią raczej poważne problemy aniżeli rozkosze podniebienia, ze szczególnym uwzględnieniem ubóstwa oraz roli, jaką pożywienie odgrywa w sytuacji konfliktu – na przykład wszelkie badania produkcji i handlu silnie opierają się na „ponurej nauce” ekonomii politycznej (Higman, 2012: 5).

Socjologia żywienia koncentruje się na społeczno-kulturowych, politycznych, ekonomicznych i filozoficznych uwarunkowaniach, które wpływają na wzory związane z żywieniem, to znaczy: co ludzie jedzą, gdzie jedzą, jak jedzą, z kim jedzą i dlaczego jedzą te, a nie inne potrawy. Dlatego też analizuje się:

- 1) pożywienie z perspektywy szans przeżycia jednostek, grup, całych społeczeństw;
- 2) sposoby zdobywania żywności i dystrybucji żywności;
- 3) kulturowe uwarunkowania sposobu odżywiania się jako podstawę identyfikacji społecznej.

Konsumenci żywności uzależnieni są od uwarunkowań ekonomicznych, psychologicznych, społecznych, kulturowych, demograficznych oraz od rekomendacji żywieniowych, i od informacji wiążących jedzenie ze zdrowiem.

Różnice historyczne i kulturowe w sposobach gotowania i zachowania się przy stole są dość wyraziste i wynikają z odmiennych upodobań smakowych, z przeciwstawnego pojmowania porządku społecznego i z rozmaitych technologii (Higman, 2012: 231).

Uwarunkowania kulturowe obejmują wiedzę, przekonania, wartości, wierzenia, zwyczaje i zachowania, które łączą grupy i społeczeństwa z sobą; tym samym zachowania związane z odżywianiem się nie są „dziedziczone genetycznie”, ale zdobywane w procesie socjalizacji pierwotnej i wtórnej. Wzory zachowań związane z żywieniem są wyuczone, każda grupa etniczna, kulturowa ma własną kulturę żywieniową, własne wzory odżywiania się i rytuały z tym związane. Obecnie coraz częściej mamy do czynienia z wielokulturowymi wzorami odżywiania się, niejednokrotnie dostosowanymi do wymogów

zdrowotnych, co jest wynikiem zmian wiedzy, przekonań, wierzeń, zwyczajów, rytuałów. Współcześnie świadomość wielu konsumentów ukierunkowana jest na dostosowywanie wzorów odżywiania do wymogów zdrowotnych.

Hegemoniczna władza płynąca z kontroli nad żywnością nie ograniczała się do zaspokajania materialnych, fizjologicznych potrzeb, lecz działała za pośrednictwem stawy rytualnej i symbolicznej, dla której jedzenie stanowi łącznik pomiędzy sferą fizyczną a sferą duchową, między światem a zaświatami (Higman, 2012: 11).

Relacja pomiędzy szeroko rozumianymi zagadnieniami dotyczącymi żywności a społeczeństwem obejmuje nie tylko produkcję i dystrybucję żywności oraz zachowania związane z jej konsumpcją, ale przede wszystkim konsekwencje zdrowotne, wynikające z nieprawidłowego lub antyzdrowotnego odżywiania się.

Reklamy dotyczące propagowania prawidłowych wzorów żywienia, a w szczególności promocja zdrowotnej żywności i związana z nią edukacja zdrowotna, to tylko niektóre przykłady działań wskazujących na oczekiwane preferencje dotyczące odżywiania się. Przedmiotem zainteresowania są także wzory odżywiania w grupach osób wykluczonych, w sytuacji ubóstwa, bezdomności, a ich ocena jest adresowana przede wszystkim do instytucji społecznych, których celem jest pomoc i wspieranie osób wykluczonych.

Porównywalny rozziw występuje też między popularnym celebrowaniem posiłku – wyrażanym najjaskrawiej na Zachodzie za sprawą zalewu telewizyjnych programów kulinarnych zapoczątkowanych w 1946 roku przez Jamesa Bearda – a apokaliptycznymi wizjami głodu i klęsk rozprzestrzeniających się z krajów Trzeciego Świata na całą kulę ziemską (Higman, 2012: 5).

Jak pisze Elizabeth Dowler (2001), w definiowaniu stylu życia żywienie i aktywność fizyczna są zawsze wymieniane jako główne jego składowe. Wskazuje się zwykle na nierówności społeczne w stanie zdrowia wynikające z nierówności społecznych. W odniesieniu do żywienia widać, że im mniej zasobów materialnych, tym gorszy dostęp do żywności, a w szczególności do zdrowej żywności; podobną zależność przytacza się, analizując nierówności społeczne w stosunku do aktywności fizycznej. Badania nad wzorami żywienia pokazują, że są one zależne nie tylko od indywidualnych wyborów, rodzinnych uwarunkowań lub wpływów społeczności lokalnej, ale są przede wszystkim wynikiem

takich społecznych uwarunkowań, jak ilość pieniędzy, które można przeznaczyć na „dobrą żywność”, podobnie jak ilość czasu, który może być spędzany na poszukiwaniu dobrej, zdrowej żywności. Identyczne uwarunkowania są brane pod uwagę odnośnie do aktywności fizycznej, gdyż obecne sposoby odżywiania się łączą się ściśle z aktywnością fizyczną. Realizowanie tych potrzeb żywieniowych zależy od dostępności w sensie fizycznym i w sensie możliwości zakupu, zależnych od statusu finansowego. Kolejnym istotnym uwarunkowaniem jest motywacja ukierunkowana na poszukiwanie skutecznych sposobów kształtowania odpowiednich zachowań i aktywności w celu osiągnięcia dobrostanu w przyszłości.

Definiując pojęcie stylu życia i jego złożoność, Giddens sięga po przykłady dotyczące odżywiania, wiążąc

(...) styl życia ze sferą konsumpcji; w odniesieniu do szans życiowych wielość stylów życia nie oznacza, że wszystkie możliwości są na równi dostępne każdemu albo że przy dokonywaniu wyborów są zawsze świadomi wszelkich dostępnych im możliwości. (...) wielkość wyborów, z którą styka się jednostka w warunkach późnej nowoczesności, wywodzi się z kilku źródeł (...). 1) działanie w świecie wielorakich wyborów i wprowadzanie ich w życie to tyle, ile wybór różnorodności. Świadome zlekceważenie badań, z których wynika, że bogata w owoce i błonnik, a uboga w cukier, tłuszcz i alkohol dieta jest korzystna dla organizmu i zmniejsza ryzyko pewnych chorób i obstawanie przy ciężkich, tłustych i słodzonych potrawach, jakie jadano od pokoleń, oznacza, że jednostka zna dostępne opcje i w jakimś stopniu ma ich świadomość, a takie postępowanie jest wyrazem określonego stylu życia (...), 2) zjawisko „pluralizacji stylów życia” wynika z poruszania się w codziennym życiu pomiędzy różnymi środowiskami, które mogą podawać w wątpliwość własny styl życia jednostki (...), 3) zależność usankcjonowanych przekonań od kontekstu (...), 4) doświadczenie zapośredniczone – aby bardziej subtelny drogami wzbogacać pulę możliwości (Giddens, 2010: 117–119).

Zmiany dotyczące stylu życia, w tym zwyczajów żywieniowych pod wpływem presji społecznej (na przykład walka z otyłością) lub w wyniku negatywnych zmian w stanie zdrowia (konieczność ograniczenia lub wyeliminowania pewnych pokarmów, zmiana sposobu przygotowywania pokarmów, zmiana we wzorach spożywania pokarmów, choćby w nadciśnieniu tętniczym lub innych chorobach układu krążenia, nowotworowych, przewodu pokarmowego) wskazują na znaczącą rolę dietetyka jako eksperta w dziedzinie zdrowia.

Zalecenia dotyczące pożywienia mogą być rozpatrywane z punktu widzenia polityki społecznej i zdrowotnej (Robertson, Brunner, Sheiham, 2006), gdyż wzory żywieniowe są znaczącym czynnikiem ryzyka wystąpienia wielu chorób, a także mogą istotnie wpływać na ich przebieg, proces leczenia i jakość życia pacjentów. Dowiedziono, że uwarunkowania żywieniowe determinują nie tylko wiele chorób, ale także są odpowiedzialne za to, że na przykład w 2000 roku odnotowano 136 milionów utraconych lat w zdrowiu w regionie

europiejskim właśnie z powodu chorób powiązanych z odżywianiem się. Zalecenia opracowane przez Światową Organizację Zdrowia zmierzają do wskazania na rolę tłuszczów, soli, cukru, warzyw i owoców w zapobieganiu różnym czynnikom ryzyka.

W *Nowej ewangelii zdrowia* Ronald W. Dworkin zauważa:

Największa różnica pomiędzy pacjentami inspirowanymi przez tradycyjną religię a zorientowanymi na zdrowy styl życia polega na tym, że ci ostatni mają poczucie własnej siły (*empowerment*). Przekonani są, że zdrowie i choroba są pod ich kontrolą. Inaczej niż wierzący, którzy są często spokojni, wręcz bierni, gdy oddają się w ręce Boga w trakcie leczenia, świeccy pacjenci pobudzeni wiarą w zdrowy styl życia są niemal jak obłąkani. Swe próby wyzdrowienia traktują jako kolejną formę samodoskonalenia czy podkreślania własnego ja. Jadą na wczasy odchudzające i do ośrodków leczenia nadwagi, które witają ich hasłami „kontroluj zdrowie, kontrolując, co jesz”. Zapisują się do siłowni i centrów odnowy. Ponieważ wierzą, że ich choroby powodowane są przez zły styl życia, ze śmiałością dokonują nowych wyborów. Do wejścia na ścieżkę uzdrowienia zachęca ich żarliwa wiara, że ich kondycja jest w pełni pod kontrolą (Dworkin, 2008: 723).

W podrozdziale *Bogowie zdrowia* Dworkin stwierdza:

Na pierwszy rzut oka wydawałoby się, że ruch zdrowego stylu życia i tradycyjna religia nie mają z sobą nic wspólnego ze względu na to, że ten pierwszy korzysta z dobrodziejstw nauki. Jednak w istocie, podobnie jak religia, przynależy on w dużej mierze do sfery wierzeń (Dworkin, 2008: 722).

Ruch tak jednoznacznie podkreśla siłę woli, samokontrolę i samodyscyplinę, że ludzie boją się przekroczyć granicę właściwego zachowania i wierzą, że ich zdrowie jest w takim samym stopniu zależne od zwykłego przekroczenia zasad czy wyrazu słabości, jak od praw nauki. Tacy ludzie podkreślają czystość i ścisłość, które najczęściej spotykamy w ruchach religijnych; a w swym ideologicznym ferworze tracą poczucie praktyczności czy niefrasobliwości w najzwyczajszym dogadaniu sobie lub pozwalaniu na to innym (Dworkin, 2008: 724–725).

„Zasiadanie przy wspólnym stole” w celu zjedzenia śniadania, obiadu czy kolacji sprawia, że spożywanie posiłków jest czynnością o charakterze społecznym. Wspólny stół jest symbolem integracji rodziny lub innych grup, w których spożywa się razem posiłki. Zmieniające się wzory życia niejednokrotnie powodują, że ten wspólny stół łączący członków rodziny podczas posiłków pojawia się coraz częściej tylko w dni wolne od pracy lub w czasie świąt. Szczególne negatywne znaczenie dla zdrowia psychicznego ma spożywanie posiłków w samotności, a sytuacje te często dotyczą osób starszych, mieszkających

samotnie. Utrata małżonka może również powodować rezygnację z roli osoby przygotowującej posiłki, co dla wielu owdowiałych kobiet oznacza nieregularne i niewłaściwe odżywianie się, gdyż przestają gotować również dla siebie.

Alan Warde i Lydia Martens w eseju *Miłe spotkania przy stole* (2008) opisują takie doznania, jak zmysłowe przyjemności z jedzenia poza domem – przyjemności cielesne wynikające z siedzenia w komfortowym otoczeniu, dające poczucie odprężenia po dniu pracy, ale większość aspektów zmysłowości i cielesności związanych jest z samym jedzeniem. Pozytywne doświadczenia zmysłu smaku i powonienia sprawiają radość, poczucie spełnienia, ale także bliskości, wzajemności i dzielenia się tymi pozytywnymi emocjami związanymi z jedzeniem (Warde, Martens, 2008).

Richard Wilkinson (1999) wskazuje, że w świadomości społecznej istnieje wiedza na temat relacji pomiędzy zwyczajami żywieniowymi a ryzykiem wystąpienia pewnych chorób, podobnie jak w odniesieniu do braku aktywności fizycznej. Niemniej zalecenia zdrowotne są ignorowane przez przemysł spożywczy, który produkuje żywność wysoce antyzdrowotną, na przykład napoje wysokosłodzone dla dzieci lub nadmiernie słone produkty przeznaczone do spożywania przez osoby dorosłe.

Relacja pomiędzy ubóstwem a nierównościami w dostępie do żywności lub do zdrowej żywności skutkuje określonymi konsekwencjami zdrowotnymi. Analizy dotyczące wysokości dochodów w przeliczeniu na wielkość gospodarstwa domowego i budżetów domowych zwracają uwagę na zróżnicowane wydatki przeznaczane na żywność w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego i przynależności do klasy społecznej.

Uczenie przyszłych dietetyków szerokiego spojrzenia na aspekty społeczne ich pracy, społeczno-kulturowych preferencji dotyczących wybieranej żywności i wzorów konsumpcji – to wyzwania, jakim trzeba sprostać w procesie socjalizacji do tej roli zawodowej.

2. PROCES MEDYKALIZACJI A ZMIANY WE WZORACH ODŻYWIANIA

Rozważania dotyczące medykalizacji pozostają w ścisłej relacji z rolą socjologii w promocji zdrowia (Słońska, 2008; 2009). Rozwój nauk biomedycznych obejmujących biologię molekularną, genetykę, biotechnologię, farmakogenetykę – wzmocniony rozwojem medycznych technologii oraz informatyzacji i komputeryzacji – spowodował w praktyce dynamiczny proces biomedykalizacji życia społecznego, uprawomocniony przez określone decyzje polityczne i ekonomiczne. Wyrazem tego procesu stały się: nowe nastawienie do wydłużania życia ludzkiego, procedury biomedyczne dotyczące zdrowia i choroby, technologizacja medycyny, szeroka transformacja wiedzy biomedycznej i jej wprowadzanie w praktykę oraz transformacja w sferze identyfikacji. Biopolityczna ekonomia zdrowia i choroby, ale również „życia i śmierci”, odnalazła swoje odbicie w biomedykalizacji usług medycznych. Ukierunkowanie procesu biomedykalizacji na zdrowie wiązało się z koncentracją uwagi na czynnikach ryzyka, a także z położeniem nacisku na poziom molekularny i genetyczny. Wiedza biomedyczna została szeroko rozpropagowana przez mass media, internet i bezpośrednie relacje z konsumentami (Clarke, Shim, 2011).

Proces medykalizacji rozpoczął się w latach 70. XX wieku i oznaczał, zgodnie z definicją Irvinga Zoli (1972), „proces coraz mocniejszego oddziaływania na codzienne życie dominacji medycyny, jej wpływów i kontroli”. Według Petera Conrada (1992) sprowadzał się natomiast do definiowania zachowań jako problemów medycznych, a w przypadku chorób dawał zawodom medycznym prawo decydowania o ich leczeniu. Medykalizacja oznacza „wtargnięcie” medycyny w powszednie życie – medyczną interwencję w codzienność. Techniczna siła i autorytet medycyny w nowoczesnym społeczeństwie zaznaczyły się kontrolowaniem wszystkiego, co jest definiowane jako zaburzenie, choroba, dewiacja (odróżnienie tego, „co jest złe”, od tego, co „jest chore”).

Teorie medykalizacji odwołują się do perspektywy kulturowej oraz do etnografii kulturowej, przy czym medykalizację odnoszono przede wszystkim do kobiet. Teorie socjologiczne dotyczące medykalizacji się zmieniały. Według ostatnich ta znacząca presja medycyny powoduje, że często społeczeństwo czuje się „winne” swoich zachowań, nie poddając się wpływom „imperializmu medycznego” i korzystających na medykalizacji firm farmaceutycznych z racji

profitów uzyskiwanych ze sprzedaży leków (na przykład preparatów na odchudzanie). Jednocześnie wskazuje się na pozytywną rolę medykalizacji w edukacji pacjentów sprzyjającej prozdrowotnym zachowaniom, a dobrze poinformowany pacjent sam kieruje swoimi zachowaniami.

Według Fernando de Maio (2010) historia „socjalizacji medycyny” z perspektywy różnych założeń teoretycznych – od Parsonsa do Freidsona – pokazuje zręby procesu medykalizacji (Parsonsa teoria choroby jako roli społecznej oraz funkcji instytucji medycznych w procesie legitymizacji roli w społeczeństwie czy też opracowania Freidsona wskazujące na budowanie dominacji „władzy” zawodu lekarza i „zdobywania” przez tę profesję coraz nowszych terytoriów).

Proces medykalizacji doprowadził do kontrolowania przez medycynę wszystkich wymiarów życia społecznego, a lekarze – „świeccy duchowni” – zostali sprowadzeni do roli wskazujących, jak należy postępować. Medykalizacja pewnych problemów oznaczała również zmianę ich znaczenia na skali ocen – „od przestępstwa do choroby”, na przykład w odniesieniu do uzależnień alkoholowych, przestępstw dokonywanych przez osoby chore psychicznie, w kontekście „brania odpowiedzialności za swoje zachowania”.

Powszechna akceptacja koncepcji medykalizacji, jako uprawomocnionej do wskazywania sposobów postępowania wynikających z ewidentnych przesłanek, dokonywała się przez całe lata. Jak wskazuje Peter Morrall (2009), „otyłe ciało nie jest już wyrazem dużego apetytu lub, jak w niektórych kulturach afrykańskich lub azjatyckich, wyrazem wysokiego statusu społecznego”, ale jest podstawą stygmatyzacji społecznej. Podobnie dzieje się z nadmiernym piciem alkoholu, które nie jest już postrzegane jako wybór określonego stylu życia, ale jako alkoholizm. Morrall przytacza wypowiedzi brytyjskiego lekarza ogólnego Michaela Fitzpatricka z roku 2000, który dowodził, że żyjemy w epoce „tyranii” zdrowia i systemu opieki medycznej, co wywołuje różnego typu napięcia nie tylko wśród pacjentów, ale także wśród osób określających się jako zdrowe.

Krytyka medykalizacji dotyczyła przede wszystkim „monopolu medycyny”, a przykładem tej polemicznej postawy wobec procesu medykalizacji były w latach 70. XX wieku prace Ivana Illicha (1978).

Medykalizacja jako proces społeczny wtargnęła w życie społeczne w charakterze „healthizmu”, a jej eksplozję wspierały komercyjne instytucje i decydenci polityczni. Ukierunkowana była na ćwiczenia fizyczne, jogging, prawidłową dietę, zapewnienie oprzyrządowania do fitness i podejmowanie antystresowych strategii. W ramach tego procesu przeprowadzono duże kampanie antynikotynowe i antyalkoholowe, jak również intensywne działania w celu walki z otyłością czy wysokim cholesterolem, jednocześnie promujące ruch i fitness, przekonując, że powinny one zapewnić poczucie szczęścia (Morrall, 2009).

Nastawienie na działania prozdrowotne lub zapobiegające chorobom w przebiegu całego życia jest według przeciwników medykalizacji promowaniem opresji, a rolę „policji zdrowotnej” odgrywają lekarze, pielęgniarki, dietetycy, sprawując nad ludźmi tak silną kontrolę, jak nigdy w historii ludzkości (Morrall, 2009).

System kontroli sprawowanej przez przedstawicieli medycyny obejmuje między innymi radzenie sobie ze stresem, niepalenie tytoniu, prawidłowe odżywianie się, umiarkowane picie alkoholu, unikanie napromieniania słonecznego, brak stresu w domu, miejscu pracy, w szkole, ćwiczenia i fitness, ogólne samopoczucie, zdrowe podróżowanie, unikanie przemocy i zaniedbania.

Również Robert Crawford (1980) wskazuje, że zarówno pojęcie normalności, jak i dewiacji zostało zmedykalizowane – bycie zdrowym jest wyrazem woli, stan przeciwny jest dewiacją.

W eseju *Nowa ewangelia zdrowia* Dworkin zauważa:

W przeciągu ostatnich dwóch dekad społeczeństwo dostrzegło wagę „zdrowego stylu życia”, który ma obejmować właściwą dietę, regularne ćwiczenia, rezygnację z palenia i ograniczenie alkoholu. Zdrowy tryb życia stał się nawet ruchem politycznym, szczególnie reprezentowanym przez agresywnych przeciwników tytoniu. W oczach konserwatystów propagatorzy zdrowia starają się stworzyć państwo opiekuńcze, podczas gdy aktywiści upierają się, że praktykują jedynie medyczną prewencję. Jest jednak pewien głębszy skutek starań propagatorów zdrowego trybu życia, z którego ani oni, ani ich przeciwnicy nie zdają sobie w pełni sprawy. Tworzą oni bowiem nowe wyjaśnienie i usprawiedliwienie faktu, iż ludzie chorują i cierpią (Dworkin, 2008: 721).

Ruch zdrowego trybu życia opiera się na idei, iż choroby można uniknąć. Mamy dziś mnóstwo informacji na temat skutków palenia, picia, objadania się i zbyt małej ilości ruchu. Nawet rządy zaangażowały się w szerzenie tej wiedzy. Ukrytą przesłanką ruchu jest to, że ludzie zostali ostrzeżeni, a gdy będą nadal trwać w swym niezdrowym trybie życia, w razie choroby będą mogli obwiniać tylko siebie samych (Dworkin, 2008: 722).

Dbanie o zdrowie stało się modelem „dobrego życia”: zdrowi obywatele to dobrzy obywatele, a łamiące prozdrowotny styl życia osoby to „źli obywatele”, do których zalicza się palących papierosy przed śniadaniem, spożywających tłuste (jajka, kiełbasy) i smażone potrawy, białe pieczywo, mleko z wysoką zawartością tłuszczu oraz cukier, kawę, preferujących posiłki obfite w alkohol, chipsy, czekoladę, słodczyce, a także popierających siedzący tryb życia w pracy i poruszanie się wyłącznie samochodem.

Studenci chorujący na cukrzycę zaangażowali się w stosowanie prawidłowych praktyk, skupiając się na prozdrowotnym odżywianiu się i ćwicze-

niach, oczekując, że dzięki temu pomimo choroby będą mieli większą szansę na dobrą pracę i „odnalezienie swego miejsca” w środowisku osób zdrowych (Balfe, 2007).

Ruch zdrowego stylu życia i religia dzielą jeszcze jedną cechę: oba stanowią nie tylko systemy wsparcia dla chorych, lecz także źródła otuchy dla zdrowych. W ostatnim dziesięcioleciu rozgorzała w środowisku lekarskim debata na temat medycyny prewencyjnej (Dworkin, 2008: 724).

Według Giddensa (2010) rutynowa kontrola nad ciałem jest konieczna do zachowania „kokonu ochronnego” – w sytuacjach codziennej interakcji jednostka zachowuje orientację cielesną, wykazując się „swobodną kontrolą”. Odwołując się do koncepcji Michela Foucaulta (1998), możemy stwierdzić, że „poddawanie ciała mechanizmom dyscypliny prowadzi do ukształtowania »posłusznego ciała«, a dyscyplina ta jest warunkiem koniecznym społecznej kompetencji jednostek”.

Foucault przedstawia teoretyczne podstawy wyjaśniania, dlaczego jednostki angażują się w takie praktyki, jak zdrowe odżywianie się, ćwiczenia fizyczne i przestrzeganie diety. W publikacji *Discipline and Punish* (1977) pokazuje, że te rodzaje praktyk, które nazywa „dyscyplinującymi”, prowadzą do pozytywnych i owocnych wyników. Foucault wskazuje, że ludzie decydują się na zaangażowanie w tego typu praktyki prozdrowotne, gdyż pozwalają one na dostosowanie się do norm i zdobycie kompetencji dających jednostkom poczucie siły, dobrostanu przez normalizację ich własnego „ja”.

Praktyki te są również według Foucaulta praktykami moralnymi, dającymi jednostkom szansę na poczucie bycia dobrym czy lepszym. Nie dokonał on jednak ich podziału w odniesieniu do ciała kobiety i mężczyzny.

Spożywanie zdrowej żywności jest praktyką nie tylko dobrą dla ciała; jedzenie zgodnie z wytycznymi prozdrowotnego odżywiania się jest drogą do konstruowania poczucia „własnego ja”, bycia „dobrą osobą”.

Kobiety okazały się bardziej podatne na proces medykalizacji (rodzenie dzieci, syndrom napięcia przedmiesiączkowego, menopauza). Natomiast w stosunku do mężczyzn problem *masculinity* – „męskości” – był omijany w analizach, gdyż mężczyźni nie okazali się podatni na medyczną kontrolę i medykalizację (słabiej poddają się monitorowaniu i interwencji medycznej). Mężczyźni bardziej niż kobiety angażują się w zachowania związane z antyzdrowotnym stylem życia.

Według Anthony’ego Elliota

W eseju *The Government of the Body* (1982) Turner rozszerza idee Foucaulta, analizując regulowanie osobowości, racjonalizację diety oraz dyscyplinowanie ciała. Jego

zdaniem dieta wiąże się z mikropolityką ludzkiego ciała, ponieważ czyni jednostki odpowiedzialnymi za dyscyplinowanie własnej osobowości. Rozwój dietetyki i nauk społecznych prowadzi do konsolidacji administracyjnego zarządzania konsumpcją żywności w ramach biopolityki populacji, która ma na celu regulowanie jednostek, zdrowia i śmiertelności (...). „Tabele dietetyczne były zazwyczaj wymierzone w formy konsumpcji, które postrzegano jako „nieracjonalne” zagrożenia dla zdrowia, szczególnie jeśli nadmierna konsumpcja wiązała się z otyłością i alkoholizmem. Programy dietetyczne były początkowo adresowane do tych grup społecznych, które miały styczność z obfitością jedzenia – arystokracji, kupców i grup zawodowych związanych z londyńskimi tawernami i klubami (...). Dietetyka, skupiona na konsumpcji i na ciele, w coraz większym stopniu skłaniała ludzi do dbania o siebie według wcześniej ustanowionych zasad i rozporządzeń administracyjnych. Skłaniała ich również do zarządzania osobowością i sprawowania nad nią kontroli zgodnie z zaleceniami ekspertów” (...). Zdaniem Turnera we współczesnej kulturze troska o siebie zostaje podniesiona do kwadratu, a reżimy liczenia kalorii, uprawiania joggingu i uczęszczania do klubów fitness stają się środkami, za pomocą których ludzie dyscyplinują swoje ciała. Z tej perspektywy polityka tożsamości jest coraz ściślej związana z konfiguracjami ciała – ciała sprawnego, zdyscyplinowanego, pięknego, ozdobionego kolczykami czy surfującego w cyberprzestrzeni. Istnieje też oczywiście udręczone i kłopotliwe ciało anorektyczne – według Turnera zaburzenia odżywiania są dziś głównymi patologiami osobowości. W tym wszystkim jednak samo ciało stanowi ośrodek nasilonego samozarządzania, samoregulacji i panowania na sobą” (Elliot, 2011, s. 97–98).

3. SOCJOLOGICZNE UJĘCIA ZACHOWAŃ W ZDROWIU*

Stanislav Kasl i Sidney Cobb (1966), definiując zachowania związane ze zdrowiem, wskazali na wszystkie działania podejmowane przez osoby uznające się za zdrowe w celu zapobiegania chorobie lub wykrycia choroby w stadium przedklinicznym. W promocji zdrowia do zachowań tych zalicza się przedsięwzięcia skierowane na poprawę zdrowia lub doskonalenie jego stanu. Według polskiej koncepcji przez zachowania zdrowotne rozumie się postępowanie (nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez poszczególnych ludzi i przez grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia pozwalające określić, jak funkcjonuje człowiek pod względem zdrowotnym, jak pojmuje zdrowie, w jaki sposób nim dysponuje. Przez działania zdrowotne rozumie się wszelkie formy aktywności celowej, ukierunkowanej na ochronę lub osiągnięcie poprawy własnego zdrowia. Wiele z tych zachowań wynikających z troski o własne zdrowie podejmowanych jest przez samych ludzi i są one niezależne od obowiązującego systemu opieki zdrowotnej. Inne zachowania, jak na przykład poddawanie się szczepieniom ochronnym, badaniom przesiewowym, są indywidualną odpowiedzią na różne formy działania opieki medycznej, jej efektywność i skuteczność (Puchalski, 1989).

Zachowania związane z doskonaleniem stanu zdrowia, utrzymaniem lub podtrzymaniem zdrowia wiążą się bardzo ściśle z programami promocji zdrowia. Ich ideą jest to, aby każdy człowiek mógł nauczyć się kontrolować swoje zdrowie i dążyć do jego polepszenia. Promocja zdrowia zakłada skoncentrowanie się na sprawach zdrowia związanych z codziennym funkcjonowaniem wszystkich ludzi, a nie tylko tych, którzy znajdują się w sytuacji zagrożenia określoną chorobą.

Do zachowań w zdrowiu zalicza się:

- 1) zachowania podejmowane przez osobę zdrową w celu osiągnięcia lepszego poziomu swego zdrowia;
- 2) zachowania prewencyjne podejmowane w celu zapobiegania chorobom lub nastawione na wykrycie choroby w stadium przedobjawowym (przedklinicznym);

* Fragmenty wstępu do rozdziału 3 pochodzą z publikacji: Tobiasz-Adamczyk, 2000: 42–44.

- 3) zachowania osób uznawanych za zdrowe, ale należących do grupy zwiększonego ryzyka lub z racji swej sytuacji życiowej narażonych na większe niż przeciętne ryzyko zachorowania, aby zapobiec skutkom tych zagrożeń;
- 4) zachowania związane z zapewnieniem ciągłości biologicznej (zachowanie reprodukcyjne);
- 5) zachowania podejmowane w celu zajścia w ciążę; zapewnienia jej prawidłowego przebiegu;
- 6) zachowania podejmowane w celu zabezpieczenia, utrzymania lub poprawy zdrowia płodu lub dziecka, za które jest się odpowiedzialnym;
- 7) zachowania zmierzające do poprawy środowiska.

Zachowania zmierzające do utrzymania zdrowia, a nawet jego polepszenia, są zwykle ściśle wiązane z prozdrowotnym stylem życia. Zachowania prozdrowotne składające się na zdrowy styl życia obejmują:

- niepalenie papierosów;
- umiarkowane picie alkoholu;
- sen nocny 7–8 godzin na dobę;
- regularne ćwiczenia fizyczne;
- **utrzymanie właściwego ciężaru ciała;**
- **unikanie przekąsek (pojadania między posiłkami);**
- **regularne jedzenie śniadania.**

Zwykle można wyróżnić pięć klas zachowań prozdrowotnych:

1. Unikanie używek – palenia papierosów, picia alkoholu.
2. Pozytywne praktyki zdrowotne – ćwiczenia fizyczne, odpowiednia liczba godzin snu, używanie filtrów przeciwsłonecznych przy opalaniu się, częste mycie zębów.
3. **Zwyczaje żywieniowe – ograniczenie ilości spożywanego mięsa, soli, kawy, tłuszczów zawierających cholesterol, jedzenie owoców, przestrzeganie liczby posiłków w ciągu dnia, unikanie pojadania pomiędzy posiłkami, regularne jedzenie śniadania, utrzymywanie określonej diety.**
4. Bezpieczne prowadzenie samochodu – używanie pasów bezpieczeństwa, jeżdżenie z bezpieczną prędkością, nieprowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu.
5. Zachowania związane z działalnością prewencyjną – regularne wizyty kontrolne u lekarza i dentystry, regularne kontrolowanie ciśnienia krwi, samokontrola piersi i jąder, profesjonalne badanie piersi i jąder, wykonywanie badań cytologicznych.

W modelu zachowań zdrowotnych Kasla i Cobba szczególne znaczenie przypisuje się:

- samokontroli – w celu unikania czynników ryzyka (palenia tytoniu, **niewłaściwej diety**, picia alkoholu, braku aktywności fizycznej);

- pewnym czynnościom wynikającym z aktywności dnia codziennego, pozostającym w relacji ze zdrowiem bez specjalnych starań osoby działającej – są to bardziej zachowania związane ze zdrowiem niż zachowania zdrowotne;
- różnego rodzaju uwarunkowaniom odgrywającym rolę w rozpoczynaniu i kontynuowaniu zachowań antyzdrowotnych.

Zachowania w zdrowiu są wyznaczone przez trzy rodzaje czynników:

- 1) Czynniki poznawcze – związane z poziomem wiedzy na temat związku określonego zachowania ze zdrowiem, co jest warunkiem wstępnym, koniecznym, ale niewystarczającym do podejmowania działań na rzecz zdrowia lub powstrzymania się od działań szkodliwych.
- 2) Czynniki emocjonalno-motywacyjne, które oznaczają stan gotowości do podjęcia zachowań, a temu stanowi gotowości odpowiada pozytywne nastawienie do zrobienia czegoś.
- 3) Czynniki behawioralne, do których należą zachowania zalecane i zachowania przeciwwskazane z punktu widzenia zdrowia.

Poziom wiedzy zdrowotnej, jak również prezentowane poglądy i przekonania dotyczące zdrowia, są bardzo ważne, ponieważ warunkują zachowania zdrowotne. Poglądy dotyczące zachowań prozdrowotnych wyznaczają działania nie tylko poszczególnych jednostek, ale mogą mieć wpływ na podejmowane decyzje legislacyjne, decyzje w zakresie programów profilaktyki zdrowotnej, na przykład kreowania programów promocji zdrowia.

Zmiana zachowań, choćby w zakresie wzorów żywienia, może nastąpić w procesie dostarczania ludziom wiedzy wywodzącej się z nauk o żywieniu, a dotyczącej relacji między modelami żywienia (dietami) a zdrowiem, z uwzględnieniem codziennych praktyk żywieniowych, przez:

- relacje pomiędzy stosowaną dietą a zdrowiem;
- wyjaśnianie, dlaczego ludzie jedzą to, co jedzą;
- wskazywanie, jak można pomóc ludziom zmienić ich zachowanie (Uramowska-Żyto, 1995).

Badania nad czynnikami wpływającymi na zachowania żywieniowe i wzory konsumpcji dowiodły, że do społeczno-kulturowych czynników decydujących o zwyczajach żywieniowych należą: wiek, płeć, wykształcenie, wykonywany zawód, dochód, status ekonomiczny, stan cywilny, stan rodzinny, miejsce zamieszkania, przynależność do klasy społecznej, religia.

Dzięki reklamom Danone'a ludzie w Stanach Zjednoczonych, podobnie jak w innych krajach, wierzą, że spożywanie jogurtu przyczyniło się do niezwykle długowieczności Abchazów i innych mieszkańców Kaukazu. A prawda jest taka, że Abchazi wcale nie jedzą jogurtu (Robbins, 2006: 40).

JEDZ MNIEJ, ŻYJ DŁUŻEJ

Jedną z dających najwięcej do myślenia różnic między dietami z Abchazji, Vilcabamby, Hunzy i Okinawy a współczesną dietą amerykańską jest to, że dieta ludzi długowiecznych ma o wiele mniejszą wartość kaloryczną (Robbins, 2006: 105).

Dowodzono, że na zachowania związane z żywieniem istotny wpływ wywiera środowisko społeczne. Do grup społecznych oddziałujących na zachowania związane z żywieniem należą: rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza, zakład pracy, społeczność lokalna, społeczność religijna. Określone warunki społeczne wyznaczające rynek żywności (dostępność do określonej żywności, oceny żywności) decydują w równie istotnym stopniu o wzorach żywieniowych (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

IM CHLEB JEST BIELSZY, TYM POGRZEB RYCHLEJSZY

(Robbins, 2006: 114).

Idź do kuchni, otwórz szafki i pozbądź się wszelkich produktów, które nie będą służyć twojemu zdrowiu.

Nie zanieczyszczaj ciała. Nie jedz niezdrowego jedzenia (Robbins, 2006: 183).

3.1. Samoocena sposobu żywienia przez osoby starsze

Na zachowania żywieniowe osób starszych wpływają znacząco czynniki społeczne, kulturowe, psychologiczne, ekonomiczne (dochód, ceny żywności, podaż), a także zdrowotne.

W badaniach dotyczących samooceny sposobu żywienia przez osoby starsze (w konfrontacji z codziennymi zaleceniami żywieniowymi) stwierdzono, że wśród badanych 65-letnich kobiet i mężczyzn, mieszkańców Krakowa, na pytanie „Czy uważa Pan/i, że zdrowo się żywi?” 17% kobiet odpowiadało, że „tak”, 52% spośród nich, że „raczej tak”; w podobnej proporcji odpowiadali na to pytanie również badani mężczyźni. Prawidłowe odżywianie się potwierdzały częściej osoby obu płci żyjące w związkach małżeńskich, najrzadziej kobiety i mężczyźni stanu wolnego oraz wdowcy. Zależność między samooceną sposobu żywienia a wykształceniem była istotna statystycznie: rzadziej kobiety z wykształceniem podstawowym niż kobiety z wyższym poziomem wykształcenia uznawały własny sposób żywienia za „zdrowy”. U mężczyzn odsetek pozytywnych samoocen sposobu żywienia wzrastał wraz z poziomem wykształcenia. Zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn przekonanie

o „zdrowym” odżywianiu się było istotnie częstsze u osób wykazujących wyższe dochody. Osoby pracujące umysłowo i zamieszkujące z żoną/mężem lub krewnymi częściej uważały, że żywią się „zdrowo” w porównaniu z samoocenami wypowiedzianymi przez osoby pracujące fizycznie i mieszkające samotnie lub z osobami niespokrewnionymi. Kobiety o lepszej samoocenie ogólnego stanu zdrowia częściej były skłonne do uznania swojego sposobu żywienia za „zdrowy”. Podobną tendencję zanotowano również wśród mężczyzn. Te spostrzeżenia zostały potwierdzone w modelu wielowymiarowym, który pokazał, że kobiety mieszkające samotnie rzadziej uznawały swój sposób żywienia za „zdrowy”. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy w okresie aktywności zawodowej byli zatrudnieni jako pracownicy fizyczni, rzadziej deklarowali „zdrowy” sposób żywienia. Okazało się, że mężczyźni o wyższych dochodach ponadtrzykrotnie częściej oceniali swój sposób żywienia jako „zdrowy”. W cytowanych badaniach wśród czynników społeczno-demograficznych warunkujących samoocenę zdrowego sposobu żywienia przez osoby starsze znalazły się: bycie w związku małżeńskim, zamieszkiwanie wspólnie z małżonką/małżonkiem, uprzednia praca o charakterze umysłowym, wyższe dochody oraz poziom wykształcenia, jakkolwiek zależności te były nieco odmienne wśród badanych kobiet i mężczyzn. Zaobserwowano, że osoby, które oceniały ogólny stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, częściej uważały swój sposób żywienia za „zdrowy”. Analizowano także wybrane pozytywne i negatywne zachowania żywieniowe osób starszych, konfrontując je z zaleceniami żywieniowymi. Zalecenie żywieniowe dotyczące regularnego zjadania co najmniej trzech posiłków dziennie i rozpoczynania każdego dnia od śniadania nie zawsze było realizowane przez badane osoby starsze. Tylko kobiety potwierdzały, że zjadają pierwsze śniadanie i był to dla nich wskaźnik „zdrowego” sposobu odżywiania się. Zjadanie kolacji było natomiast oceniane przez badane kobiety jako niewłaściwy sposób żywienia. Według obowiązujących zaleceń dieta osób starszych powinna być urozmaicona i powinna zawierać żywność pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, a osoby starsze powinny codziennie spożywać warzywa i owoce o dużej ilości błonnika, który znosi uczucie głodu, zmniejsza wchłanianie przez organizm szkodliwych substancji, wpływa na obniżenie poziomu cholesterolu we krwi, reguluje pracę jelit. W przytoczonych tu badaniach respondentki i respondenci stosowali się do tego zalecenia, ale tylko w odniesieniu do warzyw, których spożywanie zarówno kobiety, jak i mężczyźni uważali za przejaw „zdrowego” żywienia, w odniesieniu natomiast do owoców taki pogląd wyrażały tylko kobiety. Należy zauważyć, że badanym kobietom spożywanie słodczy nie przeszkadzało w uznaniu swego sposobu odżywiania się za „zdrowy”, mimo że według zaleceń żywieniowych należy ograniczać spożycie słodczy i cukru (Florek, Brzycki, 2007).

W tych samych badaniach około jedna czwarta badanych kobiet potwierdziła, że jest na diecie (przede wszystkim była to dieta bezcukrowa i niskocholesterolowa/beztłuszczowa), w porównaniu z mężczyznami kobiety częściej przebywały na diecie o małej zawartości błonnika. Wśród mężczyzn – rówieśników badanych kobiet – jakkolwiek odsetek osób przebywających na diecie był podobny, to jednak znamienne więcej respondentów poddanych było diecie niskocholesterolowej/beztłuszczowej. Interesujące są dane dotyczące decyzji przejścia na określoną dietę: wśród kobiet znacznie częściej decyzje te były wynikiem własnej inicjatywy, wśród mężczyzn poddanie się diecie wynikało w wyższym odsetku z zalecenia lekarza (Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004).

3.2. Zachowania antyzdrowotne*

Zachowania antyzdrowotne to zachowania prowadzące do niszczenia zdrowia, jego osłabienia, do świadomego wprowadzenia się w stan choroby. Inicjacja zachowań antyzdrowotnych rozpoczyna się zwykle w wieku młodzieńczym, w mniejszym stopniu dotyczy ona osób dorosłych (**wyjątkiem jest stosowanie nieodpowiedniej diety, złe odżywianie się**).

Podjęmowano wiele prób wyjaśnienia mechanizmu zachowań antyzdrowotnych, w których odwoływano się do następujących teorii:

I. **Teoria dysonansu poznawczego** – opierająca się na dwóch tezach:

- 1) założeniu, że ludzie w pewnym stopniu potrzebują ryzykownych zachowań;
- 2) założeniu znaczenia procesów poznawczych broniących zachowań antyzdrowotnych przez przeciwstawianie się informacjom mówiącym o zagrożeniu, jakie niosą z sobą te zachowania.

Na podstawie tego modelu sformułowano 5 typów sposobów wyjaśniania zachowań antyzdrowotnych, które zostaną przedstawione na przykładzie nieprzestrzegania prozdrowotnego stylu odżywiania się:

- 1) Selektywna ocena informacji: uwydatnia się te sprzeczne z sobą informacje dotyczące stylów odżywiania się, które obniżają (redukuje) zagrożenie zdrowotne wynikające ze złej diety. Smakosz wskazuje, że jedzenie wywołuje uczucie odprężenia, relaksu, które są stanami pożądanymi z punktu widzenia zdrowia, na przykład walki ze stresem, w związku z tym nieprzestrzeganie zaleceń dietetycznych nie jest całkowicie niezdrowe.
- 2) Porównanie z bardziej niebezpiecznymi (groźniejszymi) czynnikami ryzyka, na przykład z paleniem papierosów. Zagrożenie, jakie stwarza nieprzestrzeganie zaleceń dietetycznych, jest niczym w porównaniu z następstwami palenia tytoniu czy nadużywania alkoholu.

* Fragmenty podrozdziału 3.2 pochodzą z publikacji: Tobiasz-Adamczyk, 2000: 47–50.

- 3) Nieprzyjmowanie do wiadomości możliwości wystąpienia konsekwencji zachowań antyzdrowotnych („to mnie nie dotyczy”), pomniejszanie znaczenia naukowych informacji, na przykład danych statystycznych dotyczących ryzyka zachorowania lub zgonu z powodu różnych chorób spowodowanych nieprawidłowym odżywianiem się. Bagatelizowanie informacji przez odwoływanie się do osób przestrzegających zasad prawidłowego odżywiania, które pomimo stosowania się do tych zasad zachorowały.
- 4) Przekonanie o panowaniu nad własnymi zachowaniami związanymi z przestrzeganiem zaleceń zdrowej diety.
- 5) Analiza zysków i strat wynikających ze zmiany zwyczajów żywieniowych.

II. **Model dotyczący znaczenia przekonań i wierzeń** (*Health Belief Model*) został sformułowany w 1966 przez Irwina Rosenstocka, a rozszerzony przez Beckera i Maimana w 1975 roku. Model ten ma szczególne znaczenie przy wyjaśnianiu działań podejmowanych w celach prewencyjnych i promujących zdrowie. Zakłada on współdziałanie trzech rodzajów determinantów w kształtowaniu zachowań pro- i antyzdrowotnych:

- 1) **Motywacja zdrowia:** zainteresowanie zdrowiem, gotowość do szukania fachowej pomocy medycznej, wcześniejsze korzystanie z działań prewencyjnych, poglądy i zachowania wskazujące na poszanowanie zdrowia (lub brak szacunku dla zdrowia).
- 2) **Podatność na choroby:** spostrzegana zwiększona podatność na zachorowania; uprzednie doświadczenia z występowaniem objawów.
- 3) **Analiza zysków i strat:** dostrzegane zyski i straty, przekonanie o skuteczności nowych zachowań, niedostrzeżenie przeszkód w podejmowaniu nowych zachowań.

W rozszerzonej wersji tego modelu uwzględnia się również takie uwarunkowania, jak zmienne demograficzno-społeczne, wpływ struktury społecznej zbiorowości, w której te zachowania występują, stopień społecznej akceptacji lub odrzucenia (a nawet potępienia) tego typu zachowań.

III. **Model kulturowego pozostawania w tyle (opóźnienia)** (*Model of Cultural Lag*). Jest to typowy model socjologiczny, który próbuje wyjaśnić antyzdrowotne zachowania i niepoddawanie się działaniom prewencyjnym w kategoriach norm społeczno-kulturowych. Model ten odwołuje się do odmiennego przebiegu procesu socjalizacji pierwotnej w różnych grupach społecznych (na przykład w klasach wyższych i średnich w porównaniu z klasami niższymi).

W wyższych klasach społecznych kształtowanie postaw i wzorów zachowań zdrowotnych ma charakter perspektywiczny i ukierunkowane jest na osiągnięcie pozytywnych rezultatów, które mogą się pojawić nawet w dalekiej przyszłości, w niższych klasach społecznych wzory zachowań zdrowotnych są natomiast wynikiem występującej w danym momencie sytuacji zdrowotnej (doraźny, instrumentalny stosunek do zdrowia) i nie zawierają przygotowa-

nia do zachowań prewencyjnych, ukierunkowanych nieraz nawet na bardzo odległą przyszłość. W konsekwencji następuje odkładanie w czasie decyzji o poddaniu się działaniom prewencyjnym opieki zdrowotnej oraz ograniczona świadomość konsekwencji pewnych zachowań i zwiększony opór przeciw konieczności zmiany niepożądanych zachowań.

IV. **Model społecznych porównań** (*Model of Social Comparison*) zakłada, że jakkolwiek zachowania jednostki mają charakter zakorzeniony, gdyż decydują o nich pewne nawyki, poglądy, wierzenia i motywy, to mogą one jednak ulec znacznym zmianom, jeżeli w mikrospołecznym środowisku jednostki pojawiają się inne wzory o istotnym znaczeniu, które wzmacniają oczekiwane, instrumentalne zachowania. Zachowanie jest uważane za instrumentalne, jeśli wspiera korzystną prezentację własnej osoby związaną z określoną pozycją społeczną, to znaczy jeżeli dzięki takim zachowaniom wypadamy lepiej we własnej ocenie w porównaniu z innymi osobami. Przykładem takiej postawy są „zawody” związane ze spadkiem wagi ciała zorganizowane wśród pracowników przez trzy przedsiębiorstwa bankowe. W wyniku tych zawodów spadek ciężaru ciała wynosił średnio 5 kg u kobiet i 8,5 kg u mężczyzn, a osoby biorące udział w tych szczególnych zawodach utrzymały ten poziom przez następne 6 miesięcy (Siegrist, 1988; Tobiasz-Adamczyk, 2000).

3.3. Uwarunkowania zachowań żywieniowych

Społeczno-demograficzne i psychospołeczne uwarunkowania zachowań żywieniowych wskazują na rolę: wieku, płci, grupy etnicznej, a także innych społeczno-demograficznych czynników, takich jak: klasa/warstwa społeczna/zawód, miejsce zamieszkania, stan cywilny, struktura gospodarstwa domowego.

Określając rolę czynników psychospołecznych w zachowaniach związanych ze zwyczajami żywieniowymi, wskazuje się na takie elementy, jak:

- wiedza (rozumienie zdrowego żywienia, świadomość powiązań pomiędzy pożywieniem a zdrowiem lub ryzykiem chorób);
- przekonanie (przekonania/wierzenia dotyczące właściwego odżywiania się, aktywności fizycznej, kontrolowania wagi);
- postawy (normy) wartości (symboliczne aspekty posiłków, takie jak znaczenie odpowiedniego posiłku, wyobrażenia o wspólnym spożywaniu posiłków, na przykład w rodzinie, kulturowe wyobrażenia o idealnym ciele, tj. o rozmiarze czy kształcie);
- obowiązki wynikające z ról społecznych: w zależności od wieku, płci – związane ze społecznymi oczekiwaniami, kto odpowiada za zakup, zdobywanie pożywienia, z kim się jada posiłki (w obrębie płci, w obrębie grupy wiekowej);

- presje społeczne (mass media, reklamy, wpływy grupy rówieśniczej, wpływ rodziny);
- dochód/bogactwo lub inne indywidualne zasoby (pieniądze na zakup żywności/zdrowej żywności, standardy związane z przygotowywaniem/gotowaniem posiłków, dostęp do sklepów z żywnością/zdrową żywnością, dostęp do środków transportu pozwalających na zaopatrzenie w żywność/zdrową żywność);
- psychospołeczne zasoby: samoocena własnej osoby, wyobrażenia o własnym ciele (*body image*), stresujące wydarzenia, postrzegana własna skuteczność w przestrzeganiu zasad zdrowego odżywiania się, samokontrola, samodyscyplina;
- inne zachowania, które mogą modyfikować zachowania związane z odżywianiem się (palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu, praca, ćwiczenia/aktywny styl życia w czasie wolnym).

Zachowania związane z prozdrowotnym żywieniem obejmują dwanaście rekomendacji:

- 1) Ograniczenie spożywania mięsa czerwonego.
- 2) Spożywanie rekomendowanej ilości świeżych warzyw i owoców.
- 3) Ograniczenie konsumpcji produktów mlecznych z wysoką zawartością tłuszczów.
- 4) Unikanie tłustych i słonych przekąsek.
- 5) Ograniczenie smażonych potraw.
- 6) Spożywanie zalecanej dziennej konsumpcji pełnoziarnistych produktów zbożowych.
- 7) Używanie niskotłuszczowych metod przygotowywania posiłków.
- 8) Ograniczenie konsumpcji alkoholu.
- 9) Unikanie potraw zawierających duże ilości soli.
- 10) Unikanie potraw zawierających kwasy tłuszczowe trans.
- 11) Kontrolowanie solenia potraw w czasie przygotowywania posiłków i na stałe.
- 12) Używanie oleju o wysokiej zawartości kwasów tłuszczowych wielo- i jednonienasyconych.

3.4. Zachowania w stanie złego samopoczucia*

Zachowania w stanie złego samopoczucia dotyczą olbrzymiej i zróżnicowanej skali zachowań, które występują pomiędzy stanem, w którym uznajemy się za osoby zdrowe, a pomiędzy tym, w którym uznajemy się za osoby chore i próbujemy bądź to leczyć się sami, bądź szukamy fachowej medycznej pomo-

* Fragmenty podrozdziału 3.4 pochodzą z publikacji: Tobiasz-Adamczyk, 2000: 50.

cy u lekarza. Podobnie jak w przypadku zachowań w stanie zdrowia również i tutaj nasze poglądy i przekonania na temat zdrowia odgrywają dużą rolę. Na podstawie samoobserwacji można ocenić, czy dzieje się coś nieprawidłowego w stanie zdrowia, czy pojawiają się pewne dolegliwości lub objawy (na przykład **brak apetytu**, bezsenność, zmęczenie, duszność, pocenie się, bóle czy też widoczne zmiany w postaci wysypki, obrzęków itd.). Każdy człowiek inaczej interpretuje zaobserwowane objawy, przypisując im różny stopień niebezpieczeństwa lub zagrożenia. Należy tu podkreślić, że o zmianie samodefiniowania się „jestem zdrowy” na przekonanie „jestem chory” decyduje w większości przypadków sama jednostka i od niej zależy możliwość wyboru dalszych zachowań, czy w tych zmienionych warunkach zdrowotnych kontynuować będzie swoje zwykłe obowiązki, czy też, uznając występujące symptomy za przejaw choroby, zmieni, ograniczy lub przerwie wykonywanie swoich normalnych zajęć.

Złe samopoczucie może dotyczyć zarówno zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, jak i społecznego funkcjonowania. W wielu przypadkach te trzy podstawowe wymiary samopoczucia nie pozostają z sobą w zgodności; coraz częściej źródłem złego samopoczucia są negatywne emocje lub brak satysfakcji z różnych wymiarów życia społecznego (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

4. UWARUNKOWANIA WYBORU ŻYWNOSCI

Do uwarunkowań związanych w wyborem żywności i bezpieczeństwa żywności według Aileen Robertson i współautorów zalicza się:

I. Determinanty wynikające z uwarunkowań kultury upraw, wykształcenia, zdrowia i zatrudnienia – określane mianem społecznych determinantów wynikających z polityki społecznej.

II. Determinanty kulturowe pochodzące z indywidualnej charakterystyki.

Do uwarunkowań związanych ze społeczną polityką należą:

- 1) Właściwości pożywienia wynikające z rynku żywności, lokalizacji sklepów z żywnością, posiłków spożywanych w szkole lub miejscu pracy, dostępności do narzędzi i środków pozwalających na produkcję żywności w warunkach domowych.
- 2) Dostępność – ceny żywności w relacji do dochodów rodzinnych, ceny zdrowej żywności, zdolność robienia zakupów i gotowania, domowe sposoby przetwarzania, przechowywania lub gromadzenia żywności.
- 3) Wiedza i nabywanie umiejętności w zakresie edukacji związanej z pożywieniem, zalecenia zdrowotne, oznakowanie żywności, marketing, umiejętność operowania budżetem i robienia zakupów (Robertson, Brunner, Sheiham, 2006: 182).

Do indywidualnych uwarunkowań kulturowych zalicza się potrzeby i preferencje związane z:

- koniecznością lub wyborem specyficznej diety, kulturowymi lub religijnymi uwarunkowaniami wyboru pożywienia, poczuciem smaku, unikaniem pewnych produktów żywnościowych, związkiem pożywienia ze zdrowiem;
- praktykami stosowanymi w gospodarstwie domowym – podziałem obowiązków związanych z wytwarzaniem pożywienia, robieniem zakupów, spożywaniem posiłków, tj. częstości posiłków, czasu spożywania posiłków przez rodzinę (Robertson, Brunner, Sheiham, 2006: 182).

Podkreśla się, że właściwości pożywienia i dostępność do żywności decydują o bezpieczeństwie żywności spożywanej w warunkach domowych (żywność, jaką gospodarstwo domowe może zakupić lub jaką może w warunkach domowych wyprodukować). Jednocześnie to poczucie bezpieczeństwa w wypadku pożywienia domowego, wraz z wiedzą i umiejętnościami wynikającymi z edukacji zdrowotnej oraz wszystkimi wymienionymi uwarunkowaniami kulturowymi i preferencjami indywidualnymi, kształtuje wzory nabywania

żywności i ich rozmieszczenie (żywność kupowana przez tych członków gospodarstwa domowego, którzy są przygotowani do tej roli, produkowanie, wytwarzanie żywności w warunkach domowych, wewnątrzrodzinne wzory podziału żywności – co w konsekwencji prowadzi do poczucia bezpieczeństwa w zakresie tego, „co się je i jak się je” (Robertson, Brunner, Sheiham, 2006: 182).

Przeznaczeniem większości dóbr konsumpcyjnych jest ograniczone utowarowanie lub przynajmniej ich producent ma na to nadzieję. Oczekiwania producenta łatwo spełniają się w wypadku takich towarów, jak groszek w puszcze, choć nawet tutaj przeszkodzić mogą warunki zewnętrzne. Podczas niedoboru spowodowanego wojną towary, które w normalnych warunkach zostałyby skonsumowane, zaczynają być tezauryzowane i zamiast ulec konsumpcji, krążą bez końca na rynku (Kopytoff, 2003: 260).

Głód jest biologicznym wyzwaniem, a jego zaspokojenie daje szansę przeżycia, jednak jedzenie znaczy coś więcej niż tylko satysfakcję fizjologiczną w sytuacji zaspokojenia głodu. Jedzenie jest wytworem kulturowych, społecznych, religijnych, ekonomicznych i politycznych uwarunkowań (Germov, Williams, 2008).

Umiejętność długiego przechowywania zapasów jedzenia jest istotna, zwłaszcza tam, gdzie akwizycja i produkcja są w najwyższym stopniu sezonowe i niepewne, a po obfитоści następuje niedostatek (Higman, 2012: 13).

Fizjologiczne potrzeby związane z poczuciem głodu są zaspokajane za pomocą zachowań związanych ze spożywaniem posiłków, będących konstruktem społecznym, wyrastającym na tle kulturowych uwarunkowań. Wzory konsumpcji żywności są ściśle powiązane z innymi kulturowo wytworzonymi elementami stylu życia, takimi jak picie alkoholu, palenie tytoniu, aktywność fizyczna.

Niektóre z (...) wyborów i decyzji zależą od konsumentów i kucharzy, inne od przedsiębiorstw komercyjnych, instytucji i państw (Higman, 2012: 231).

Decydujemy o formie spożycia jedzenia, czy ma być surowe, czy gotowane. Kiedy jeść i z kim dzielić posiłek. Czy jeść w samotności, czy wspólnie z innymi, czy jeść w domu, czy na zewnątrz, czy sięgać do wspólnej miski, czy używać sztućców, czy raczej jeść palcami. Czy podzielić posiłek na dania i jak wyznaczyć ich kolejność. Wszystkie te kwestie mogą być obwarowane ścisłymi regułami społecznymi i rytuałami (Higman, 2012: 14–15).

Uwarunkowania kulturowe wskazują na rytuały i symbole dotyczących pożywienia w specyficznych sytuacjach społecznych. Uwarunkowania kulturowe wskazują na tradycje odnośnie do pożywienia, wzorów przygotowania posiłków, „kuchnie” zależne od kultury, kulturowe wartości i przekonania związane ze wzorami odżywiania się w różnych grupach społecznych uroczystości, wydarzeń. Religijne uwarunkowanie wzorów zachowań związanych z pożywieniem określa symboliczne znaczenie potraw, postów, dań świątecznych, ale także konfrontuje nowoczesne jedzenie z tradycyjnymi potrawami.

Tradycja kulturowa dotyczy nie tylko sposobów przygotowywania posiłków, ale także restrykcji w posiłkach, na przykład zależnie od religii. Zwykle migracje łączą się z adaptacją do nowych wzorów kulturowych w odniesieniu do żywności.

Skojarzenie przyjemności z cierpieniem dało asumpt (...) do ukucia nazwy „dylematu zwierzęcia wszystkożernego”, dylematu stawiającego ludzi współczesnych w obliczu pokusy spróbowania nieznanych potraw (Higman, 2012: 12).

Germov i Williams (2008) wskazują na zróżnicowanie wzorów konsumpcji w różnych kulturach w zależności od płci – potrawy przygotowywane przez kobiety dla ciężko pracujących mężów – również sposób żywienia chłopców w wielu rodzinach jest inny niż dziewcząt.

Regulowanie zachowań związanych ze spożywaniem posiłków może prowadzić do konfliktu pomiędzy „przyjemnością wynikającą z jedzenia” a poczuciem „wiedzy”, że je się za dużo. Postawa hedonistyczna związana z jedzeniem może pozostawać w sprzeczności z zaleceniami co do ilości i jakości spożywanych potraw rekomendowanych przez specjalistów – żywieniowców. Kulturowo budowany *image* ciała (na przykład idealne, szczupłe ciało kobiety i muskularne ciało męskie) nie pozostaje bez wpływu na proces odżywiania się prowadzący do osiągnięcia takiego ideału.

Spożywanie daje szansę zbudowania interakcji społecznych, na przykład spożywanie posiłków w rodzinie (wspólny stół), z przyjaciółmi, znajomymi wskazuje na ich integrującą funkcję. W każdej kulturze wypracowano wspólne wzory spożywania posiłków, wytworzono kulturę materialną i niematerialną dotyczącą jedzenia. Udowodniono wpływ wspólnego spożywania posiłku z innymi ludźmi (w grupie) na samopoczucie psychospołeczne, uwzględniając ilość i jakość relacji społecznych opartych na tej aktywności. Wskazuje się także na budowanie więzi pomiędzy ludźmi przez integrującą funkcję posiłków (wspólne biesiadowanie, spotkania towarzyskie), podkreślając ich rolę w odniesieniu do samopoczucia psychospołecznego.

Instytucje publiczne, zwłaszcza szpitale i więzienia, dopiero z czasem wzięły na siebie obowiązek karmienia pacjentów, więźniów, gości i patronów. Jednak, gdy tylko uznano tę konieczność, jedzenie zaczęło służyć instytucji jako środek podkreślający funkcje pełnione w jej strukturze: strażnika więziennego, uzdrowiacza, opiekuna lub nauczyciela. Często narzucano znormalizowane jadłospisy i godziny posiłków (Higman, 2012: 249).

Powiązanie pomiędzy indywidualnymi a społecznymi (kulturowymi) zwyczajami żywieniowymi dowodzi, że dla wielu ludzi „jedzenie” jest jedną z największych przyjemności życiowych (smak potraw), a także stanowi ważny element różnych społecznie ważnych okazji i spotkań, o czym świadczy symboliczne znaczenie potraw (tort weselny, tort z okazji Pierwszej Komunii). Pożywienie wpływa na różne formy społecznej partycypacji; oparte jest nie tylko na tradycyjnych więziach społecznych, ale także na nowych społecznych ruchach propagujących zdrową żywność i aktywność fizyczną.

Wybór pożywienia zależy od potrzeby zaspokojenia głodu, ale również od społecznie uwarunkowanych decyzji co do formy jego zaspokojenia, na co wpływają: uwarunkowania biologiczne (natężenie głodu, apetyt, smak), ekonomiczne determinanty (cena, dochód, stosowność), funkcjonalne determinanty (dostęp, wykształcenie, umiejętności, na przykład gotowania, czas), społeczne determinanty (kultura, rodzina, grupa rówieśnicza, wzory odżywiania się), psychologiczne determinanty (nastroj, stres, poczucie winy, postawy, wierzenia, przekonania i wiedza dotycząca żywności).

Typowymi przykładami „globalnych” produktów spożywczych są (mające włoski rodowód) pizza i pasta, które przyjęły się w bardzo wielu krajach (Higman, 2012: 299).

McDonald's znacznie wcześniej stał się najjaskrawszym symbolem amerykańskiej i globalizacji, o potencjalnie ogromnej sile oddziaływania, która w 1975 roku doprowadziła do ukucia terminu „makdonaldyzacji”, używanego zarówno po to, by chwalić, jak i po to, by ganić cnoty wydajności i standaryzacji. Hamburger z McDonald's zrodził też „Wskaźnik Big Maca” służący do porównywania względnych krajowych cen z kursami wymiany w celu sprawdzenia, czy są one przeszacowane (Higman, 2012: 301).

Ekonomiczne uwarunkowania dotyczą kosztów żywności i dostępu do niej, a także relacji pomiędzy ceną żywności a jej wyborem (w odniesieniu do dochodu). Analizuje się je według pozycji społeczno-ekonomicznej (wskazując, że niższe klasy społeczne zwykle kupują gorszą jakościowo żywność), niemniej dostęp (pieniądze na zakup), a także dostęp do sklepów i zasoby środowiska zamieszkania nie warunkują automatycznie wyboru lepszej jakościowo żywności.

Z amerykańskiego punktu widzenia coca-cola była patriotycznym symbolem politycznym, demokratyczną wizją konsumenckiej obfitości. Dzięki temu mogła uosabiać amerykański styl życia – wymagający ochrony przed wszystkim innym i stanowiący powszechny cel. Była egalitarna, bo niedroga, i miała prosty słodki smak, choć krytycy postrzegali jej uniformizację i ogólnoświatowy zasięg jako kulturowo niebezpieczne. (...) napój wkrótce został skojarzony z procesem zwanym „coca-kolonizacją” (Higman, 2012: 302).

Zachowania związane z odżywianiem zależne są od wykształcenia, ale wiedza na temat zdrowego odżywiania w niższym stopniu koreluje z wykształceniem, gdyż informacje na temat żywności pochodzą z różnych źródeł i często są sprzeczne.

Stres psychologiczny jako element życia wyraźnie wpływa na wzory spożywania posiłków, aktywność fizyczną, palenie tytoniu, picie alkoholu. Jedne osoby w stresie jedzą więcej, drugie mniej albo w ogóle nie są w stanie zjeść czegośkolwiek. Nie tylko zmiany w zachowaniach związane ze spożywaniem posiłków pod wpływem stresu zostały potwierdzone, ale także wskazuje się na stres zawodowy, pracę na zmiany i związane z tym zaburzenia we wzorach odżywiania. Nastrój i temperament to kolejne istotne determinanty wzorów odżywiania.

McDonald's stawał się wszechobecny i odciskał coraz silniejsze piętno nie tylko na gastronomii, ale także na innych dziedzinach życia społecznego. Pod wpływem tych obserwacji G. Ritzner napisał w roku 1983 esej pod tytułem *McDonaldyzacja społeczeństwa* (Kusio, 2009: 256).

Odmienne wzory spożywania posiłków odnotowano w zależności od stanu cywilnego. Osoby samotne mają inny stosunek do przygotowywania posiłków; uważa się, że osoby w związkach małżeńskich mają lepsze zwyczaje żywieniowe, relacje związane z warunkami życia i wspólnym spędzaniem czasu. Znaczenie społeczne przypisywane posiłkom, wzorom żywienia – obok stanu cywilnego – jest zależne od wieku, płci, kohorty, kompozycji gospodarstwa domowego (jednoosobowe, wieloosobowe) (Bahr, 2007; Batnizky, 2008; Calnan, Williams, 1991).

Kristel Nijs i współpracownicy (2006) wskazują na znaczenie rodzinnego stylu organizowania posiłków dla podnoszenia jakości życia rezydentów domów opieki dla osób starszych. Prezentowany model holenderski promuje odejście od tradycyjnego modelu organizowania posiłków dla osób starszych przez zaniechanie podawania na tackach zestawów żywieniowych indywidualnie starszym osobom. Nijs i zespół przekonują, że sposób podawania posiłków ma bardzo duże znaczenie dla jakości życia osób starszych, a przyjęcie rodzinnego modelu organizacji posiłków sprzyja integracji społecznej osób starszych nie tylko w obrębie samej tej grupy, ale również z personelem opiekującym się swoimi podopiecznymi, skoro zespół opiekunów ma uczestniczyć we wspólnym spożywaniu posiłków.

Tabela 1

Opis modelu rodzinnego organizowania posiłków dla osób starszych

Rodzinny system podawania posiłków w jadalni	
Przygotowanie stołu	Stoły przykryte obrusem, szklanki, talerze, sztuce, takie jakich używa się w warunkach domowych, serwetki, kwiaty na stole.
Zachowanie zespołu opiekującego się osobami starszymi	Członkowie zespołu wspólnie spożywają posiłki z podopiecznymi. Leki wydaje się przed rozpoczęciem posiłków.
Zachowanie osób starszych	Przy każdym stole powinno siedzieć sześćcioro rezydentów, osoby starsze decydują, kiedy posiłki są podawane, większość obsługuje się samodzielnie albo przy pomocy pielęgniarki lub opiekunki, podawanie jedzenia rozpoczyna się, gdy już wszyscy siedzą, przed posiłkiem chwile refleksji lub możliwość pomodlenia się.
Zasady dotyczące czasu posiłków	W tym czasie nie podejmuje się żadnych innych działań, nie ma wizyt lekarzy lub odwiedzin (jadalnia zamknięta).

Źródło: Nijs i in., 2006.

Nijs i współpracownicy dowodzą, że wprowadzenie rodzinnego stylu podawania posiłków zapobiegło obniżeniu jakości życia osób starszych (bez demencji). Niemniej autorzy ci wskazują, że jakkolwiek wszyscy zgadzają się, że rodzinna atmosfera w domach opieki sprzyja podniesieniu dobrostanu osób starszych, trudno jest jednak dowieść długotrwałych skutków takiej organizacji posiłków. Wskazuje się również na trudności związane z wprowadzeniem takiego modelu ze względu na ograniczenia budżetowe i kadrowe w domach opieki nad osobami starszymi (Nijs i in., 2006).

5. PREFERENCJE, WYBORY OKREŚLONYCH PRODUKTÓW ŻYWNOŚCIOWYCH

W wyborze żywności wielką rolę odgrywa rodzina, gdyż pokarmy przygotowywane dziecku przez rodziców w znaczący sposób kształtują późniejsze smaki i preferencje żywieniowe. Niemniej to, co rodzina przekazuje dziecku jako codzienne pożywienie, jest częścią szerszego społeczno-kulturowego kontekstu, związanego z identyfikacją społeczną rodziny, określoną między innymi przez przynależność do konkretnej tradycji kulinarnej lub grupy religijnej. Wejście w związek małżeński może stwarzać sytuacje związane ze zmianą dotychczasowych zwyczajów żywieniowych, wzajemnego porozumienia co do zasad przygotowywania posiłków, a rozkład obowiązków domowych – ze zmianą odpowiedzialności za kupowanie produktów żywnościowych, ceremoniału i rytuału spożywania posiłków w dni powszednie i w czasie weekendu, szczególnie w niedziele lub święta.

Badania Deborah Lupton (2000) pokazały wyraźne rozróżnienie pomiędzy rodzajem posiłków i sposobem ich przyrządzenia przez Australijczyków w dni robocze (szybko przygotowywane posiłki) i w dni wolne od pracy (znacznie więcej czasu poświęcanego na gotowanie obiadu, posiłki wspólnie spożywane przez rodzinę, bardziej celebrowane). Wśród badanych par małżeńskich zwracanie uwagi na zdrowotny aspekt spożywanej żywności miało szczególne znaczenie (Lupton, 2000).

Styl życia, zachowania i wierzenia związane ze zdrowiem według badań Kathryn Backett (1992) są wynikiem codziennych doświadczeń i aktywności. Zachowania w parach małżeńskich w zamiarze utraty wagi ciała związane były z koniecznością zmiany zwyczajów żywieniowych. Działania w celu zmiany zachowań żywieniowych są bardziej prawdopodobne do zrealizowania w parach, w których małżonkowie pozostają w bardzo dobrych relacjach i odczuwają satysfakcję z przebywania w związku. Zmiany zachowań są wynikiem łączących parę małżeńską myśli, uczuć, motywacji i zachowań (Lewis i in. 2006).

W zależności od grupy społecznej czy kulturowej symboliczne znaczenie prozdrowotnego stylu życia, związanego z dążeniem do szczupłego ciała, jest zróżnicowane. Obserwuje się również zmiany w czasie dotyczące pożądanego wyglądu ciała – na przykładzie szczupłości ciała kobiety jako warunku jej piękna i stygmatyzację osób niespełniających tego warunku.

Różnice w zwyczajach żywieniowych w zależności od płci (*gender*) często oznaczają kulturowe uwarunkowania zachowań żywieniowych, ściśle przypisane płci (na przykład odżywianie się kobiety w ciąży) lub związane są z symbolicznym znaczeniem męskości (Oliffe i in., 2010).

Uwarunkowania zwyczajów żywieniowych z zależności od płci wynikają z tego, że:

- 1) Kobiety są bardziej odpowiedzialne, z racji tradycyjnych ról społecznych, za przygotowanie posiłków. W wielu kulturach mężczyźni jedzą nie tylko więcej, ale też inne rodzaje pożywienia niż kobiety.
- 2) W zależności od płci występują odmienne typy aktywności fizycznej – w czasie wolnym we wszystkich grupach wiekowych bardziej aktywni są mężczyźni (sport).
- 3) Alkohol częściej i w większej ilości spożywają mężczyźni.
- 4) Kobiety doświadczają większej społecznej presji niż mężczyźni (wywiera się na nie nacisk psychologiczny), aby obniżyć wagę ciała, zmniejszyć racje pokarmowe, zmienić wzory żywienia.
- 5) Kobiety przypisujące większe znaczenie wyglądowi zewnętrznemu częściej mogą kierować się w swoich wyborach „kalorycznością” poszczególnych produktów żywieniowych.

Kobiety pozostające pod presją, aby sprostać „ideałowi bycia szczupłą”, odżywiają się zgodnie z tymi oczekiwaniami, utożsamiając się z ideałem szczupłości („życie pod presją ciała”, wyrażanie kontroli nad ciałem).

Problemy związane ze zmianą kształtu ciała na skutek stosowania diet: Emily Martin (1989) wskazuje na to, „jak często kobiety doświadczają swojego ciała jako wymykającego się na różne sposoby spod ich kontroli. Jasne jest również to, że wszelkie próby modyfikowania rozmiaru i kształtu ciała niosą z sobą różnego rodzaju ryzyko (na przykład jest coraz więcej dowodów potwierdzających niebezpieczeństwa wiążące się z operacjami plastycznymi oraz częstym stosowaniem diet)” (Shilling, 2010: 22).

Zróżnicowanie zachowań żywieniowych w zależności od płci wiąże się również z tradycyjną rolą kobiety jako odpowiedzialnej za przygotowywanie posiłków dla całej rodziny. Wpisane jest również w zakres obowiązków wynikających z funkcji opiekuńczej nad dziećmi, chorymi lub starszymi członkami rodziny.

Jak wynika z badań Anny Kotlarskiej-Michalskiej (2004), przemiany rodzinnych ról kobiety w okresie transformacji ustrojowej nie zmieniły tego, że jej rola jako gospodyni domowej koncentruje się przede wszystkim na przygotowywaniu posiłków, co nadal czyniło 97% kobiet czynnych zawodowo i 98% kobiet biernych zawodowo.

Status społeczno-ekonomiczny różnicuje pojęcie smaku i odmienne kulturowe doświadczenia związane z dostępem do żywności, symbolicznie oznaczającej różne pojęcia smaku. W zależności od statusu społeczno-ekonomicznego odmienna jest wiedza na temat uwarunkowań zdrowotnych poszczególnych rodzajów żywności i sposobów spożywania pokarmów (Pampel, 2012). Według Freda Pampela (2012) osoby lepiej wykształcone, z wyższym dochodem, wydają mniej energii w pracy, ale aktywność fizyczna w czasie wolnym (bieganie, gra w tenisa) w powiązaniu z prozdrowotną dietą może pomagać im w utrzymaniu prawidłowej wagi ciała również w wieku średnim i starszym. Wskazuje się także, że znaczenie aktywności fizycznej w czasie wolnym nabiera odmiennego znaczenia dla wagi ciała i zdrowia w zróżnicowanych kontekstach kulturowych i w różnych grupach społecznych. Wiąże się niejednokrotnie znaczenie wagi ciała z zaangażowaniem w różnego rodzaju aktywności kulturalne w czasie wolnym (uczestniczenie w koncertach muzycznych, uczęszczanie do teatru, kina), co zwykle jest związane z siedzącym trybem życia.

6. NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNE A WZORY ODŻYWIANIA

David Locker (2008), omawiając rolę społecznych determinantów stanu zdrowia, odwołuje się do podstawowych teorii dotyczących przyczynowości chorób, w tym obok teorii genowej i klasycznej triady epidemiologicznej również do teorii ogólnej podatności (pewne grupy społeczne mają wyższą umieralność lub chorobowość). Istnieją społeczne uwarunkowania zróżnicowanej podatności na pewne choroby, co jest wynikiem kompleksowej interakcji czynników środowiskowych i stylu życia oraz koncepcji społeczno-środowiskowej, która zakłada, że zdrowie jest uwarunkowane przez środowisko społeczne i fizyczne, a ryzykowne uwarunkowania środowiska społecznego i fizycznego niszczą zdrowie zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni przez fizjologiczne i psychospołeczne czynniki ryzyka.

Do warunków stwarzających ryzyko negatywnych zmian w stanie zdrowia zalicza się: ubóstwo, niskie wykształcenie, niski status zawodowy, szkodliwe, stresujące środowisko pracy, zanieczyszczenie miejsca przebywania, dyskryminację, duże zróżnicowanie dochodów, zły standard warunków mieszkaniowych oraz brak dostępu do taniej zdrowej żywności. Te uwarunkowania są odpowiedzialne za czynniki ryzyka związane z zachowaniami antyzdrowotnymi, do których zalicza się palenie tytoniu, niewłaściwy sposób odżywiania się, brak aktywności fizycznej i konsumpcję alkoholu – zachowania te przyczyniają się z kolei do pojawienia się fizjologicznych zagrożeń, takich jak nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, załamanie się systemu immunologicznego oraz ujawnienie się pewnych predyspozycji genetycznych. Wszystkie wymienione czynniki ryzyka mogą potęgować psychospołeczne zagrożenia w postaci izolacji społecznej, braku wsparcia społecznego, niskiej samooceny i samoobwiniania się, braku możliwości kontrolowania własnego życia i utraty nadziei.

Do społecznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia zalicza się:

- dochód i status społeczny;
- wsparcie społeczne pochodzące z sieci relacji społecznych (wsparcie od rodziny, przyjaciół, organizacji społecznych);
- wykształcenie;
- zatrudnienie i warunki pracy;
- środowisko fizyczne;

- indywidualne praktyki związane ze zdrowiem i umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (środowisko społeczne – wybory związane ze zdrowiem, prozdrowotny styl życia, wiedza, zachowania, które wskazują, jak ludzie pokonują wyzwania życiowe);
- rozwój zdrowotny dzieci;
- opieka zdrowotna (Locker, 2008).

Zwraca się uwagę, że przede wszystkim subiektywny odbiór nierówności społecznych, „odczucie upośledzenia społecznego” w porównaniu z innymi osobami odgrywa istotną rolę w odniesieniu do zachowań antyzdrowotnych skutkujących określonymi konsekwencjami zdrowotnymi. Powstało wiele modeli wyjaśniających relację pomiędzy ubóstwem jednostek wynikającym z niskich dochodów a nierównościami będącymi konsekwencją tych zróżnicowanych dochodów. Te nierówności przez psychospołeczne konsekwencje wpływają na stan zdrowia zbiorowości, a także pozostają w relacji do kapitału społecznego i społecznej infrastruktury. W innym modelu wskazuje się na podstawową relację pomiędzy nierównością dochodów a kapitałem społecznym i społeczną kohezją, który to kapitał społeczny – przez zachowania związane ze zdrowiem, dostępność i korzystanie z lokalnych udogodnień, mechanizmów psychospołecznych i system kontroli społecznej – wpływa na zdrowie populacji (de Maio, 2010).

W rozważaniach dotyczących ubóstwa i globalizacji wskazuje się, iż niezaspokojenie potrzeby głodu i brak żywności powodują, że ludzie chorują i umierają (Morrall, 2009).

Koszt zdrowej żywności jest zwykle wyższy niż pożywienia niezdrowego – rodziny z trudnościami finansowymi lub rodziny osób bezrobotnych częściej dokonują wyboru żywności tańszej, a tym samym żywności z zawartością „pustych kalorii”. Wilkinson zauważa, że pożywienie i napoje obfite w cukier, w tłuszcz lub sól mogą być kupowane i spożywane dla poczucia „komfortu”, wtedy gdy osoby te nie mają szans na alternatywny styl życia ze względu na uwarunkowania materialne, poziom wykształcenia lub charakter zatrudnienia. Komfort korzystania z żywności, alkoholu lub papierosów daje chwilową szansę ucieczki od społecznej opresji lub indywidualnej zależności (Wilkinson, 1999).

Według Myriam Khlat i współautorów (Khlat, Jusot, Ville, 2009) wpływ doświadczeń pochodzących z wczesnego dzieciństwa na stan zdrowia wskazuje, że narażenie na pewne niekorzystne uwarunkowania uruchamia cały łańcuch negatywnych konsekwencji, które dają znać o sobie w wieku dorosłym. Złe warunki społeczno-ekonomiczne w okresie dzieciństwa niejednokrotnie skutkują podobnymi w wieku dorosłym, prowadząc do złych uwarunkowań zdrowotnych. Dla Khlat i współautorów otyłość jest stanem związanym ze

zdrowiem, który jest ukształtowany przez warunki we wczesnym dzieciństwie, gdyż wczesna deprivacja wywołuje zmiany metaboliczne. Większość badań ocenia status społeczno-ekonomiczny dziecka w dzieciństwie na podstawie pozycji społecznej ojca – biorąc pod uwagę również stopień materialnej deprivacji. Badania przeprowadzone przez Khlata i współpracowników pokazały zależne od płci różnice w odniesieniu do roli warunków życia we wczesnym dzieciństwie jako predyktorów otyłości. Społeczne nierówności zaznaczające się różnym występowaniem otyłości są bardziej wyraźne u kobiet niż u mężczyzn.

Konsumpcja warzyw i owoców jest zależna od statusu społeczno-ekonomicznego, ale nie w krajach śródziemnomorskich. Badania DAFNE nie potwierdziły tej zależności, a dane dotyczące populacji hiszpańskiej wskazywały wręcz odwrotnie, że osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym i lepiej wykształcone spożywały mniej warzyw i owoców niż te o niższym statusie, co tłumaczono tradycją spożywania warzyw i owoców przez biedne warstwy. Późniejsze badania European Prospective Investigation into Cancer (EPIC) potwierdziły natomiast wzrost spożycia samych warzyw i owoców wraz z podwyższaniem się statusu społecznego. W krajach skandynawskich wyższe klasy społeczne konsumują więcej surowych warzyw, owoców i serów. Również dane z Holandii, Francji i Niemiec wskazują na relację pomiędzy poziomem wykształcenia a konsumpcją świeżych warzyw i owoców (Dowler, 2001).

Ilość spożytych warzyw i owoców oraz częstość spożywania posiłków poza domem są kolejnymi wskaźnikami uwarunkowań środowiskowych. Dostępność w danym środowisku warzyw i owoców z jednej strony oznacza obecność w przestrzeni bliskiej miejscu zamieszkania sklepów i supermarketów, w których można je kupić, przeciwstawiając ją z drugiej strony dostępności miejsc, gdzie spożywane są produkty typu *fast food*, sprzyjające, jak wiadomo, otyłości. Odmiennie wzory żywienia w zależności od płci i wieku, a także klasy społecznej i regionu kontynentu europejskiego, tłumaczone są zróżnicowanymi wyborami żywności: na przykład osoby należące do niższych klas społecznych spożywają bardziej monotonną żywność. Obserwacje z badań prowadzonych w różnych krajach pokazują, że bez względu na odmienności kulturowe i społeczne osoby biedne odżywiają się podobnie, co jest również wynikiem zamieszkania na obszarze o gorszej infrastrukturze pod względem dostępności sklepów ze zdrową żywnością. Badania nad budżetami rodzinnymi wskazują na wzrost wydatków w sytuacji zakupu zdrowej żywności zgodnie z prozdrowotnymi zaleceniami (Dowler, 2001).

Amy Burdette i Terrence Hill (2008) badali zależność pomiędzy deprivacją środowiska sąsiedzkiego a ryzykiem otyłości. W myśl przyjętych i potwierdzonych koncepcji wskazujących na znaczenie zarówno stresu związanego z ryzykiem bycia ofiarą przestępstwa, jak i wzorów życia opartych na żywności

się fast foodami, złych warunków mieszkalnych czy braku miejsc na rekreację i aktywność fizyczną, a także niskiej wiedzy i edukacji w zakresie zachowań prozdrowotnych, potwierdzili, że przebywanie w niesprzyjającym zdrowiu środowisku, odznaczającym się wysokim poziomem stresu, zwiększa ryzyko otyłości. Stres ten jest związany z szerzącym się wandalizmem, niebezpieczeństwem narażania się na przemoc na ulicy, z konfliktami z sąsiadami, chuli-gaństwem, obecnością narkotyków, co zgodnie z teorią konwoju społecznego wskazuje, że jednostki są otoczone osobami, z którymi relacje społeczne mogą być źródłem stresu. Przebywanie w takim środowisku wiąże się z wysokim stopniem depresji i napięć, a ryzyko otyłości jest związane z reakcją na ustawiczny stres, niską samooceną stanu zdrowia oraz niską samooceną jakości odżywiania się i nieregularną aktywnością fizyczną. Dostrzeganie deprywacji w środowisku sąsiedzkim może sprzyjać otyłości przez fizjologiczny stres będący odpowiedzią na stresujące warunki codziennego funkcjonowania, zagrażające nawet życiu. Psychologiczny dystres może także sprzyjać otyłości przez antyzdrowotne zwyczaje żywieniowe, gdyż negatywne emocje sprzyjają zapotrzebowaniu na wysokokaloryczne posiłki, bogate w cukier, sól lub smażony tłuszcz. Psychosomatyczne teorie wskazują, że jednostki narażone na dystres uciekają w „konsumpcję” posiłków, co sprzyja otyłości. Emocjonalne zachowania związane z jedzeniem mogą rozpowszechniać się w niekorzystnych uwarunkowaniach środowiskowych, w których niebezpieczeństwo, zagrożenia i antyzdrowotna żywność są typowymi wyznacznikami życia, szczególnie gdy jednostki są pozbawione jakiegokolwiek nadziei na poprawę egzystencji, stale są smutne, a tym samym mniej zainteresowane aktywnością fizyczną.

Mai Stafford i współautorzy (Stafford, Cummins, Ellaway i in., 2007) podjęli próbę rozszerzenia badań nad rolą środowiska odznaczającego się wysokim stopniem deprywacji (brak kapitału społecznego, patologiczne zachowania, na przykład rasizm) w przebiegu uwarunkowań sprzyjających otyłości, przede wszystkim w odniesieniu do trudności uprawiania aktywności fizycznej, zakładając, że otyłość jest wynikiem zaburzonej relacji pomiędzy poborem jedzenia a siedzącym trybem życia i złymi wzorami odżywiania się. Społeczne aspekty środowiska zamieszkania pokazują, że w sytuacji braku poczucia bezpieczeństwa po wyjściu z domu lęk przed wyjściem na ulicę może powstrzymać przed decyzją o udaniu się do klubu fitness, a tym samym ogranicza dostęp do pozadomowej aktywności fizycznej. Rodzice lękający się o bezpieczeństwo swoich dzieci (w związku z ryzykiem napadu na ulicy) boją się wypuszczać dzieci na zewnątrz mieszkania, co powoduje ich mniejszą aktywność fizyczną i wyższe ryzyko otyłości. Zakłada się, że wyjście z domu związane z przyjemnością (aktywność fizyczna) może być znacząco obniżone, gdy towarzyszy mu lęk o bezpieczeństwo własne lub dzieci. Niektóre badania przekonują, że nie ma relacji pomiędzy poruszaniem się pieszo a poczuciem bezpieczeństwa,

zwłaszcza że niejednokrotnie w bardziej ubogich środowiskach poruszanie się pieszo jest bardziej upowszechnione, bo nie ma dostępu do innych środków komunikacji. Często w określaniu uwarunkowań tej relacji przytacza się wskaźniki rozbitych okien w danym sąsiedztwie, które dowodzą zagrożeń, na jakie można być narażonym, jeśli wyjdzie się na ulicę.

7. POSTRZEGANIE RYZYKA ZWIĄZANEGO Z ŻYWNOŚCIĄ

Według Giddensa (2010) jednostka może dokładać wszelkich starań, aby uniknąć spożywania produktów zawierających sztuczne dodatki, ale ponieważ sama nie hoduje wszystkiego, co je, nie ma innego wyjścia, jak zaufać dostawcom „żywności naturalnej”, że ich produkty są najwyższej klasy. Nowoczesna medycyna i przeprowadzane badania medyczne kształtują środowisko wiedzy, wpływając na regulacje dotyczące produkcji artykułów spożywczych – i tych „sztucznych”, i tych „naturalnych”. Anthony Giddens, przytaczając koncepcję Ulricha Becka (2002) przyrównującą nowoczesność do „społeczeństwa ryzyka”, wskazuje, że życie w „społeczeństwie ryzyka” to życie z analitycznym nastawieniem do możliwych sposobów działania, pozytywnych i negatywnych:

(...) w warunkach nowoczesnego życia społecznego jednostki mogą na dłuższą metę łączyć zwyczajowe praktyki z poradami określonych ekspertów, czy to dla „ogólnej poprawy”, czy w obliczu niespodziewanych okoliczności (Giddens, 2010: 51).

Ta uwaga znajduje potwierdzenie w odniesieniu do traktowania dietetyków jako ekspertów w dziedzinie prawidłowego żywienia, jakkolwiek wszystko ma charakter względny, bo – jak jednocześnie zauważa Giddens – stosowane praktyki mogą się okazać przestarzałe lub mogą ulec całkowitej zmianie.

Ryzyko jest zawsze rezultatem decyzji, a więc zakłada ich podejmowanie. Idea „społeczeństwa ryzyka” wiąże się więc z rozwojem instrumentalnej, racjonalnej kontroli, którą proces modernizacji rozszerza na wszystkie sfery życia. W ten sposób jednostkowe ryzyko wypadku czy choroby zostaje zastąpione przez formy ryzyka związane z eksportem czy wojną (Beck, 1997: 30, za: Elliott, 2011: 325).

Jakub Stempień i współautorzy (2012) spośród różnych rodzajów ryzyka zdrowotnego wymieniają takie, które bezpośrednio lub pośrednio wiążą się z zagadnieniami żywienia:

- ryzyko zdrowotne związane z pozycją socjoekonomiczną i stylem życia;
- ryzyko zdrowotne związane ze spożywaną żywnością i innymi produktami;
- ryzyko zakażeń w zakładach opieki zdrowotnej;
- ryzyko farmaceutyczne związane z produkcją, dystrybucją i konsumpcją leków.

Według Deborah Lupton (2005) wraz z globalizacją produkcji żywności w sposób przemysłowy wzrastają coraz większe zagrożenia związane z tą pro-

dukcją, ale jednocześnie nasuwa się pytanie, czy zwykli konsumenci żywności mają świadomość wszystkich tych zagrożeń. Świadomość społeczna co do ryzyka związanego z żywnością oraz formami jej spożywania w znacznym stopniu zależy od sposobu przedstawiania tych zagrożeń opinii publicznej przez mass media. Wiele kontrowersji budzi żywność genetycznie modyfikowana, podobne obawy co do skutków zdrowotnych (często nawet w formie paniki) rodzi skażenie żywności bakteriami, jak na przykład salmonellą, czy też pojawiające się informacje o chorobach zwierząt (choroba wściekłych krów, ptasia grypa).

Przekazywane przez mass media informacje o zagrożeniach zdrowotnych, związanych ze spożywaniem czerwonego mięsa, soli, pokarmów o wysokiej zawartości cholesterolu, tłuszczów zwierzęcych, wskazywanie na zawartość hormonów i antybiotyków w mięsie kurczaków i w jajkach, a także krytykowanie antyzdrowotnych sposobów przyrządzania posiłków, wszystko to kształtuje w świadomości społecznej obraz „dobrej” i „złej” żywności. Dyskusje wokół ryzyka wynikającego ze zwyczajów żywieniowych i konieczności ich zmiany są ściśle powiązane z wiedzą na temat ryzykownych zachowań, wynikających ze spożywania określonych rodzajów pokarmów. Ryzykowne zachowania związane z odżywianiem się często są rozpatrywane z perspektywy indywidualnych wyborów, rzadziej z perspektywy globalnych zagrożeń powstających z współczesnych metod wytwarzania i produkcji żywności, a tym samym z zagrożeń związanych z masowym skażeniem wytwarzanych produktów lub świadomym stosowaniem w tej produkcji środków służących podniesieniu na przykład efektów wizualnych, ale wiążących się z ryzykiem zdrowotnym (Lupton, 2005).

Badania jakościowe dotyczące oceny zagrożeń wynikających ze spożywania różnych pokarmów odwołują się do teoretycznej perspektywy związanej z konstruktywizmem społecznym – to znaczy do zrozumienia danego zjawiska przez konstruowanie nadawanego mu sensu, który oznacza, że przedstawiane jest ono jako niebezpieczne, zagrażające przeżyciu i wymagające kontrolowania (Lupton, Chapman, 1995).

Ludzie lubią dyskutować o tym, co powinni jeść, a czego powinni unikać – zwykle punktem odniesienia tych wyborów jest zdrowie, czyli postrzeganie pokarmów jako dobrych, służących zdrowiu czy też jako nieodpowiednich, bo szkodzących lub zagrażających zdrowiu. Już natomiast umiejętność wyboru pomiędzy „złym tłuszczem” a „dobrym tłuszczem” sprawia wielu osobom trudność. Słodycze i cukier są postrzegane jako produkty, których powinno się unikać, niemniej doznania smakowe często powodują, że nie realizuje się w praktyce tych uznanych zaleceń dietetycznych (Lupton, Chapman, 1995).

Znalezienie równowagi pomiędzy pożywieniem zdrowym a spożywanym dla przyjemności jest wyzwaniem dla wielu osób, aby kontrolować swoje za-

chowania związane ze zdrowym odżywianiem lub wykazać się silną wolą i powstrzymać się przed pokarmami o wysokich walorach smakowych, ale niekoniecznie służących zdrowiu.

Ryzyko związane z odżywianiem się wynika nie tylko z tego, „co się je”, ale także z tego, gdzie się spożywa posiłki (w domu, w restauracjach, kafeteriach, barach, czy kupuje się je i zjada na ulicy), co ma wpływ na czystość pokarmów, ich prawidłowe przyrządzenie i podawanie. Dotyczy to także miejsc, gdzie kupuje się żywność (sklepy, targowiska), w kontekście warunków higienicznych, w jakich produkty są gromadzone do sprzedaży (na przykład oddzielenie surowego mięsa od innych wytworów mięsnych czy wędlin), przestrzegania daty przydatności produktów, niesprzedawania przeterminowanej żywności lub produktów zanieczyszczonych robactwem. Zagrożenie może wynikać również z nieprzestrzegania przez konsumentów zasad higieny – na przykład niemycia surowych warzyw i owoców przed spożyciem.

8. ZACHOWANIA ZWIĄZANE Z SAMOOPIEKĄ*

Zachowania związane z samoopieką obejmują aktywność jednostek indywidualnie i jako członków określonych grup społecznych, takich jak rodzina czy społeczność sąsiedzka. Samoopieka oznacza aktywność jednostek i grup podejmowaną w celu rozpoznania indywidualnej podatności na zachorowanie po to, by umożliwić uruchomienie i zapewnienie odpowiednich źródeł i rodzajów wsparcia. Zachowania związane z samoopieką ukierunkowane są na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, a także obejmują zdolność przystosowania się do szerokiego spektrum zmian, jakie mogą nastąpić w ciągu lat w stanie zdrowia człowieka, tak aby pomimo ich wystąpienia człowiek był nadal zdolny do kontrolowania własnego życia i utrzymania autonomii (De Friese, Konrad, 1994).

Znaczenie samoopieki (*self-care*) dla zdrowia sygnalizowane było od lat 70. XX wieku, od kiedy to wskazywano na konieczność uwzględnienia obok formalnych także nieformalnych źródeł pomocy w okresie choroby lub pojawiania się określonych potrzeb zdrowotnych. Profesjonaliści medyczni dostrzegli w koncepcji samoopieki możliwość rozwijania edukacji zdrowotnej chorych. Umiejętność samoopieki stanowi również element aktywnej współpracy pacjenta z personelem medycznym, opartej na zasadach równopartnerstwa, co w praktyce oznacza nie tylko współodpowiedzialność chorego za decyzje dotyczące leczenia, ale także unikanie przez pacjenta negatywnych konsekwencji antyzdrowotnego stylu życia lub autodestrukcyjnych zachowań (De Friese, Konrad, 1994).

W bardzo szerokim ujęciu umiejętność samoopieki obejmuje wszystkie rodzaje aktywności podejmowane przez ludzi w celu utrzymania lub polepszenia zdrowia, a także działania związane z rozpoznaniem, prewencją i leczeniem problemów zdrowotnych lub warunków, które te problemy wywołują.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia samoopieka w zdrowiu dotyczy działań intencjonalnych podejmowanych przez jednostkę, jej rodzinę i społeczność w celu polepszenia zdrowia, uniknięcia choroby lub ograniczenia subiektywnego odczucia choroby. Działania te opierają się zwykle na wiedzy i umiejętnościach czerpanych zarówno ze źródeł profesjonalnych, jak

* Fragmenty rozdziału 8 pochodzą z publikacji: Tobiasz-Adamczyk, 2000: 45–46.

i nieprofesjonalnych; są one podejmowane samodzielnie – z inicjatywy samych zainteresowanych lub także we współpracy z profesjonalistami medycznymi.

Według Gordona H. De Friese'a i Thomasa R. Konrada (1994) definicja samoopieki wypracowana przez Światową Organizację Zdrowia wskazuje, że:

- samoopieka jest działaniem intencjonalnym, celowym (skierowanym na pozytywne wysiłki na rzecz zdrowia) – praktyki te mają na celu zapobieganie chorobie, ograniczenie choroby lub zachowanie zdrowia;
- samoopieka to starania mające na celu niedopuszczenie do negatywnych zmian w stanie zdrowia, oparte na wiedzy i umiejętnościach jednostek, często odmiennych od wiedzy i umiejętności właściwej profesjonalistom medycznym. Niejednokrotnie podstawą tej wiedzy są doświadczenia wynikające z własnych lub cudzych przeżyć czy medycyny ludowej niż raczej medycyna obiektywna.

Współczesne ujęcia wyróżniają następujące wymiary samoopieki:

- praktyki związane z prowadzeniem prozdrowotnego stylu życia, mające na celu utrzymanie zdrowia, unikanie zachowań będących czynnikami ryzyka określonych chorób, działania prewencyjne;
- praktyki „medyczne” dotyczące samoopieki i samoleczenia podejmowane w celu zdiagnozowania choroby, samoleczenia chorób i poszukiwania niezbędnych do ich wyleczenia informacji;
- praktyki odnoszące się do codziennej aktywności i ruchliwości, będące często odpowiedzią na występujące zmiany w stanie zdrowia lub kondycji psychofizycznej jako następstwo chorób przewlekłych lub zaburzeń psychosomatycznych (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Bardzo często niepełnosprawność oznacza zróżnicowany poziom niezależności/zależności w czynnościach związanych z codzienną aktywnością i wiąże się również z możliwością samodzielności lub z zależnością od innych w zaspokajaniu potrzeb związanych ze spożywaniem i przygotowaniem posiłków, zakupem żywności.

Wzory odżywiania się osób starszych są zależne od chorób przewlekłych (zakazy), niepełnosprawności, interakcji pomiędzy lekami a składnikami pokarmowymi.

Analizując stan funkcjonalny, zwraca się zwykle uwagę na aktywność w czynnościach dnia codziennego ADL i IADL jako na wskaźniki samodzielności i niezależności od innych:

- jedzenie samodzielne;
- zdolność przygotowywania posiłków;
- zdolność zrobienia zakupów.

Zaburzenia w odżywianiu się i w spożywaniu posiłków mogą się wiązać z taką formą przemocy, jak zaniedbanie, samozaniedbanie, o czym świadczą badania

prowadzone wśród osób starszych. Według Marii Pavlou i Marka Lachsa (2006) wskaźnikami zaniedbania osoby starszej są między innymi odwodnienie i niedożywienie. Podobne wskaźniki występują w odniesieniu do zjawiska samozaniedbania obserwowanego u osób starszych (Tobiasz-Adamczyk, 2009a).

9. ZACHOWANIA W CHOROBIE*

Zachowania w chorobie wskazują na sposób, w jaki ludzie obserwując i kontrolując swój organizm, reagują na oznaki nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu, definiują i interpretują objawy chorobowe, podejmują nieformalne działania w celu ich usunięcia i szukają pomocy lekarskiej, korzystając z systemu opieki medycznej.

Zachowania w chorobie oznaczają sposób, w jaki chory reaguje na zaobserwowane u siebie zmiany w stanie zdrowia, chcąc im zapobiec, szuka sam lub w swoim najbliższym otoczeniu pomocy, wreszcie podejmuje (lub nie) decyzję o zgłoszeniu się do lekarza albo wybiera inne formy leczenia. Poszczególni ludzie znacznie się różnią w postrzeganiu zdrowia, ocenie i reakcjach na chorobę, a różnice te wynikają często z relacji pomiędzy występującą chorobą a codzienną aktywnością życiową, a także z doświadczeń korzystania z pomocy medycznej i współpracy z lekarzami (Mechanic, 1992; Furnham, 1994; Tishelman, Taube, Sachs, 1991; Bloom, Kessler, 1994).

Mechanizmy zachowań w chorobie można wyjaśnić przez odwołanie się do sposobu postrzegania i rozumienia choroby przez jednostkę oraz do jej umiejętności przewidywania fizycznych i psychospołecznych konsekwencji zmian w stanie zdrowia, tym bardziej że chory ocenia swoje zdrowie przede wszystkim pod kątem praktycznym, to znaczy w jakim stopniu pozwala ono na spełnianie codziennych zadań i obowiązków. Wprawdzie może on mieć na uwadze funkcjonowanie poszczególnych części swego organizmu, ale nade wszystko postrzega swoje zdrowie przez samopoczucie oraz przez pryzmat bycia aktywnym członkiem swego środowiska (Mechanic, 1992; Tishelman, Taube, Sachs, 1991; Fife, 1995).

Zachowania w chorobie zależą ponadto od wsparcia społecznego, społecznej sytuacji chorego wyznaczającej zakres jego obowiązków (na przykład zawodowych, rodzinnych) oraz od społecznego znaczenia przypisanego danej chorobie.

Przyjęcie statusu osoby chorej oznacza według Andrew C. Twaddle'a (1969; 1973) „samozdefiniowanie się” w sytuacji pojawienia się pewnych oznak choroby, takich jak:

* Fragmenty wstępu do rozdziału 9 pochodzą z publikacji: Tobiasz-Adamczyk, 2000: 51–52; oraz Tobiasz-Adamczyk, Szafraniec, Bajka, 1999.

- 1) odczuwanych zmian, na przykład pojawienia się bólu lub utrzymującego się osłabienia;
- 2) niemożności pełnienia dotychczasowych, codziennych ról społecznych;
- 3) innych objawów lub zmian w stanie biologicznym.

Wśród uwarunkowań procesu zachowań w chorobie Horacio Fabrega (1973) wymieniał subiektywną ocenę nasilenia choroby (według *continuum*: od lekkiej choroby do choroby śmiertelnej), reakcję rodziny na chorobę (na przykład martwienie się, wyrażanie niezadowolenia aż do gniewu z powodu występujących w wyniku choroby zakłóceń w funkcjonowaniu grupy rodzinnej, wstyd, emocjonalne zaangażowanie rodziny w chorobę), rodzaj odczuwanych objawów (na przykład kaszel, gorączka, ból głowy, nudności, wymioty, bóle w płucach, trudności w oddychaniu, utrata apetytu, bóle w krzyżach, ogólne dolegliwości bólowe itd.), zmiany w zachowaniach, na przykład narzekanie i dyskomfort, pozostawanie w łóżku, zmęczenie, poirytowanie, unikanie rozmowy, spanie całymi dniami, pozostawanie w domu, a także niezdolność do pracy, trudności w wykonywaniu obowiązków domowych, w wywiązywaniu się z ról rodzinnych, w aktywnym spędzaniu wolnego czasu, uczestniczeniu w praktykach religijnych.

Edward Suchman (1965) twierdzi, że na zachowania jednostki w chorobie wpływa indywidualna orientacja medyczna (wiedza ogólna), wiedza o konkretnej chorobie, sceptycyzm wobec usług medycznych oraz zależność od choroby. Rola tych uwarunkowań może być zróżnicowana w zależności od etiologii choroby, występujących objawów i prognoz wynikających z diagnozy.

Zwykle zachowania w chorobie wyznaczone są przez następujące elementy: percepcję objawów, ocenę zagrożeń, jakie niosą objawy, wiedzę na temat choroby, układ więzi społecznych, w których tkwi chory, uwarunkowania demograficzne (wiek, płeć) chorego, gotowość do szukania pomocy.

Nieprofesjonalne definiowanie objawów (diagnozowanie) może być dokonane przez samego chorego, u którego objawy chorobowe wystąpiły, lub przez osoby z jego otoczenia (rodzinę, inne osoby). O samodefiniowaniu choroby według Marshalla H. Beckera (1976) decydują następujące elementy:

- motywacja zdrowotna – zdobywanie informacji, umiejętności rozwiązywania problemów zdrowotnych;
- postrzeganie względnego niebezpieczeństwa związanego z objawami;
- percepcja potencjalnej ciężkości (powagi) choroby;
- wierzenia na temat możliwości medycznego leczenia danych objawów i innych metod ich usunięcia;
- wierzenia na temat fizycznych, psychicznych i społecznych konsekwencji choroby;
- reakcja na różne krytyczne wydarzenia związane z występującymi objawami (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Według Dworkina wielu pacjentów

(...) łączy bez medycznych dowodów nawyki stylu życia i problemy zdrowotne. Nie jest np. jasne, czy zawsze jedzenie dużych ilości masła powodować musi zawał, a brak ćwiczeń prowadzić do wylewu. Lecz nie ma to zupełnie znaczenia w oczach świeckich, którzy przyjęli zdrowy styl życia. To, co się liczy, to sama wiara w taki związek (Dworkin, 2008: 722).

Przyczyny choroby są często analizowane z perspektywy odgrywania ról społecznych – obciążenia wynikające z wywiązywania się z ról społecznych są czasami postrzegane jako przyczyna chorób, a zmiany w stanie zdrowia jako ich konsekwencje (Link, Mesagno, Dohrenwend, 1990). Łączenie przyczyn chorób z odgrywanymi rolami społecznymi wskazuje, że źródła tej relacji tkwią w napięciach, braku satysfakcji lub konflikcie ról społecznych (Link, Mesagno, Dohrenwend, 1990). Konsekwencje choroby w odniesieniu do ról społecznych oznaczają przede wszystkim ograniczenia lub niemożność ich kontynuowania, co może również rzutować na stan emocjonalny pacjenta. Zachowania wobec choroby zdeterminowane są w głównej mierze pełnionymi funkcjami społecznymi, a w pewnym stopniu także wpływem otoczenia.

Wpływ środowiska społecznego na zachowania jednostki w chorobie może się dokonywać w sposób bezpośredni lub pośredni przez kształtowanie jej przekonań i poglądów. Oddziaływanie środowiska społecznego polega na modelowaniu zachowań. Stwierdzono na przykład, że kontakt z osobami mającymi dobre nawyki zdrowotne prowadzi do podobnego typu zachowań. Do tego wiele osób ulega w sprawach zdrowotnych radom, namowom, sugestiom i innym formom nacisku społecznego.

Kolejnym wyznacznikiem zachowań w chorobie jest dostępność świadczeń medycznych dla jednostki, zależna od lokalizacji placówek służby zdrowia i warunków finansowych, na jakich udzielane są świadczenia, oraz nakładów czasowych, wymaganych do ich realizacji. Kontakty z instytucjami medycznymi w przeszłości są czynnikiem mającym także duże znaczenie w ocenie skuteczności ewentualnych działań zdrowotnych (Titkow, 1976).

Fabrega (1973) wskazuje, że choroba oznacza nie tylko pewną rolę społeczną, ale także stygmat, dewiację, etykietyzowanie i wyznacznik dla przebiegu drogi życiowej. Wśród stadiów składających się na zachowania w chorobie Fabrega (1973) wymienia etap rozpoznania choroby i etykietyzacji, w którym jednostka porównuje swój aktualny stan biologiczny i społeczny z dotychczasowymi doświadczeniami. Ocena ta oznacza jednocześnie porównanie subiektywnego odczuwania choroby z diagnozą medyczną. Następne etapy procesu chorobowego odnoszą się do oceny planowanego leczenia i decyzji dotyczącej wyboru najwłaściwszej metody leczenia.

Adrian Furnham (1994) przytacza odmienne sposoby postrzegania choroby, odwołując się do różnych przekonań o przyczynach jej powstawania:

- podejście do organizmu jak do maszyny, a do choroby jak do defektu w jej funkcjonowaniu; w tym rozumieniu każda choroba, z użyciem nowoczesnych metod terapeutycznych, może zostać wyleczona;
- organizm jako przedmiot ataku i narażenia na wpływy czynników chorobotwórczych i stresów; stresy związane z aktywnością społeczną atakują zarówno sferę fizyczną, jak i psychiczną organizmu;
- choroba jako wynik nierówności społecznych spowodowanych niejednakowym dostępem do świadczeń medycznych;
- choroba jako wynik kulturowych uwarunkowań;
- choroba jako wynik niezaakceptowania prozdrowotnego stylu życia, który ma na celu utrzymanie dobrego zdrowia i zapobieganie chorobom;
- choroba nie odbiera prawa do satysfakcji z życia, wolności, gdzie styl życia jest wyborem dokonany przez jednostkę bez względu na myślenie o etiologii chorób z nim związanych;
- choroba jako wynik oddziaływania mocy Boga – kiedy zdrowie jest potwierdzeniem życia bez grzechu, a choroba karą za grzechy (lub ujawnieniem grzechów); zdrowie jest wyrazem opieki boskiej, odzwierciedleniem duchowego stanu jednostki.

9.1. Samoleczenie jako wyraz zachowań w chorobie*

Wprowadzone przez Eliota Freidsona (1960) pojęcie *lay referral system* zwraca uwagę na to, że etap leczenia przez profesjonalistów medycznych prawie zawsze jest poprzedzony samoleczeniem lub formami praktyk stosowanych przez różnych nieprofesjonalistów, co wiąże się z rolą samoopieki. Fakt, że zgłoszenie się do lekarza następuje przez system nieprofesjonalnego poradnictwa, oznacza, iż ten okres samoleczenia może być znacznie zróżnicowany w czasie i przez to może być znaczący dla całego późniejszego leczenia przez lekarzy.

Według klasycznego ujęcia Freidsona w odpowiedzi na zauważone u siebie objawy chorobowe chory najpierw sam próbuje zażywać leki, dzieli się swoimi problemami z najbliższym otoczeniem – z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami, współpracownikami, samodzielnie próbuje znaleźć przyczyny występujących objawów i wyjaśnić, dlaczego się pojawiły, a przede wszystkim stosuje różne dostępne metody, aby odczuwane dolegliwościami ustąpiły (Freidson, 1960; Mechanic, 1978).

* Fragmenty podrozdziału 9.1 pochodzą z publikacji: Tobiasz-Adamczyk, Szafranec, Bajka, 1999: 51.

Próby samoleczenia jako podjęcie walki z występującymi objawami chorobowymi przewodu pokarmowego prześledzono na przykładzie zachowań w chorobie chorych na raka jelita grubego (Tobiasz-Adamczyk, Szafraniec, Bajka, 1999).

Chorzy na raka jelita, chcąc uporać się z dolegliwościami, uciekali się do stosowania środków używanych w medycynie ludowej (na przykład dość powszechnie odwoływano się do dobroczynnego działania propolisu oraz miodu). Wśród innych stosowanych środków chorzy wymieniali: migdały „na zgagę”, korzeń żeńszenia „na różne dolegliwości przewodu pokarmowego”, cebulę oraz słoninę krojoną w słupki stosowane jako czopki doodbytnicze „na hemoroidy”. Wspominano również o dobroczynnym działaniu alkoholu – wódka wypijana na czczo miała według respondentów „wysuszać” wrzody (żołądka i dwunastnicy), żołądkówka natomiast znajdowała bardzo szerokie zastosowanie ogólnie we wszystkich dolegliwościach przewodu pokarmowego. Stosowaną przez chorych – zarówno na raka jelita, jak i na raka żołądka – formą pokonywania objawów chorobowych były podjęte zmiany stylu życia. Ponieważ chorobowe objawy ze strony przewodu pokarmowego bezpośrednio lub pośrednio związane są z określonymi zwyczajami żywieniowymi lub innymi elementami stylu życia, osoby, u których pojawiły się te dolegliwości, próbowały uporać się z nimi przez zmianę sposobu odżywiania się, skoro dotychczasowe odżywianie było według nich odpowiedzialne za aktualny stan zdrowia. W odpowiedzi na odczuwane dolegliwości chorzy na raka jelita grubego (46,9% mężczyzn i 60,5% kobiet) zmienili swoje zwyczaje żywieniowe. Z picia kawy zrezygnowało 50% chorych obu płci, palenie papierosów ograniczyło 37,5% mężczyzn i 33,3% kobiet, zaniechało picia alkoholu 37,6% mężczyzn i 23,7% kobiet. Modyfikację zwyczajów żywieniowych potwierdziło również 63,1% mężczyzn, i znacznie więcej, bo 76,3% kobiet chorych na raka żołądka; około 70% mężczyzn i 82,1% kobiet zrezygnowało z picia kawy, około 60% mężczyzn i kobiet rzuciło palenie tytoniu, znacznie więcej kobiet niż mężczyzn całkowicie zaprzestało picia alkoholu, wierząc, że może w ten sposób zmienić bieg choroby i występujące objawy ustąpią. Najczęstsze zmiany w zwyczajach żywieniowych odnosiły się do ograniczenia potraw ciężkostrawnych (82,2% mężczyzn i 76,9% kobiet), chorzy starali się spożywać przede wszystkim potrawy gotowane (66,7% mężczyzn i 75% kobiet), bardziej przestrzegano regularności posiłków (28,9% mężczyzn i 36,5% kobiet), spożywano więcej surowych owoców i warzyw (24,4% mężczyzn i 28,8% kobiet), jadano suszone śliwki (8,9% mężczyzn i 9,6% kobiet); blisko trzykrotnie więcej kobiet (28,8%) niż mężczyzn (11,1%) regularnie piło wodę przegotowaną na czczo, zwiększono również ilość wypijanego kwaśnego mleka lub kefiru (20,0% mężczyzn i 25,0% kobiet), spożywano otręby (11,5% chorych), ciemne pieczywo (17,8% mężczyzn i 30,8% kobiet), ograniczono spożywanie czekolady (26,7%

mężczyzn i 38,5% kobiet); ścisłej diety przestrzegało 20,% mężczyzn i 13% kobiet. Prawie wszystkie te zabiegi miały na celu uporanie się z takimi objawami, jak zaparcia, kłopoty z wypróżnieniem itd. Na zmiany dietetyczne związane z regularnym odżywianiem się, pić wody przegotowanej na czczo, spożywaniem ciemnego pieczywa zdecydowali się przede wszystkim chorzy starsi wiekiem, ograniczenia w spożywaniu czekolady wprowadzili natomiast głównie młodszy chorzy. Osoby pozostające w związkach małżeńskich częściej unikały spożywania potraw ciężkostrawnych lub stosowały ścisłą dietę, osoby zaś stanu wolnego starały się regularnie odżywiać, piły wodę przegotowaną na czczo, kwaśne mleko, kefir. Osoby pozostające w związkach małżeńskich znacznie częściej starały się również ograniczyć picie alkoholu. Wśród osób, które starały się regularnie odżywiać, było więcej osób z wyższym wykształceniem (38,9%) niż z niższym (25,6%). Wprowadzone przez badanych chorych na raka żołądka zmiany w sposobie odżywiania polegały również (podobnie jak u chorych na raka jelita grubego) przede wszystkim na ograniczeniu potraw ciężkostrawnych (53,4% mężczyzn i 61,9% kobiet) oraz spożywaniu większej ilości potraw gotowanych (46,6% mężczyzn i 61,9% kobiet), a także na bardziej regularnym trybie odżywiania się (ok. 35% badanych), niemniej ścisłej diety przestrzegało niewielu badanych. Zmiany w sposobie odżywiania się chorych na raka żołądka istotnie zależały od sposobu postrzegania występujących objawów, zarówno lżejszych, jak i poważniejszych; były również zależne od tego, w jakim stopniu chorzy martwili się obserwowanymi objawami i podejrzewali, że są one oznakami poważnej choroby. W niewłaściwym stylu życia związanym głównie z nieprawidłowym lub nieregularnym odżywianiem się większość chorych upatrywało również jednej z przyczyn choroby. Nieprawidłowym odżywianiem tłumaczyło pojawienie się objawów 31,3% chorych mężczyzn i 26,4% kobiet, za sprawczy powód choroby nieregularne odżywianie uznało natomiast 38,5% mężczyzn i 29,9% kobiet (Tobiasz-Adamczyk, Szafraniec, Bajka, 1999).

10. SOCJOLOGICZNE I KULTUROWE ASPEKTY OTYŁOŚCI

Åsa Ljungvall i Frederick Zimmerman (2012) przekonują, że otyłość to jeden z najpoważniejszych problemów współczesności – tym bardziej że jest ona istotnym czynnikiem ryzyka wielu przewlekłych chorób, takich jak choroby układu krążenia, cukrzyca, niektóre choroby nowotworowe.

Według Jonasa Kinge'a i Stephena Morrisa (2010) w wielu krajach obserwuje się wzrost odsetka osób otyłych, na przykład w Anglii w 1993 roku 15% osób w wieku 16 lat i powyżej było otyłych (13% mężczyzn i 16% kobiet), w 2008 roku odsetek osób otyłych w tym samym wieku wzrósł natomiast do 25% (24% mężczyzn i 25% kobiet). Otyłość obniża długość życia, a także jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Związek pomiędzy otyłością a stanem zdrowia, pomiędzy BMI a stanem zdrowia fizycznego i zdrowia psychicznego (mierzonego testem SF 36), wskazuje na istotny wpływ otyłości na jakość życia w relacji do statusu społeczno-ekonomicznego.

Badania Marianne Sullivan i współautorów (1993) pokazały, że otyłe osoby mają gorszy stan zdrowia, gorszy nastrój i są mniej aktywne w relacjach społecznych niż osoby z populacji ogólnej. Osoby otyłe miały mniej interakcji społecznych niż osoby cierpiące na choroby przewlekłe. Ich samopoczucie psychiczne było gorsze niż osób, które z sukcesem przeszły leczenie z powodu choroby nowotworowej (Sullivan i in., 1993).

Otyłość jest wieloczynnikową chorobą, której rozwój powstaje w wyniku interakcji uwarunkowań genetycznych, metabolicznych, społecznych, behawioralnych i kulturowych (Kolotkin, Meter, Williams, 2001).

Otyłość ma znaczący wpływ nie tylko na zdrowie, ale także na psychologiczny dobrostan (*well-being*), długość życia i – jak już zaznaczono – na jakość życia osób dotkniętych tą chorobą (Chiang, Perlman, Epstein, 1969; Cohen i in., 2006; Rasmussen, 2012; Rehm i in., 2012).

W populacji osób otyłych obserwuje się więcej psychologicznych zaburzeń niż wśród osób, które nie cierpią na otyłość. Jednym z najpoważniejszych społecznych problemów związanych z otyłością jest dyskryminacja osób otyłych w pracy, w miejscach publicznych i interakcjach społecznych. Uprzedzenia dotyczące otyłości zaczynają się w dzieciństwie, gdy 6-letnie otyłe dziecko jest postrzegane jako „leniwe”, „trudne”, „głupie”, „kłamliwe” i „brzydkie” (Kolotkin, Meter, Williams, 2001).

Ryzyko otyłości jest (obok predyspozycji genetycznych) uwarunkowane czynnikami środowiskowymi, kulturowymi, społecznymi i behawioralnymi; otyłość jest wyższa w niższych warstwach społecznych, szczególnie wśród kobiet (Henson, Blandon, Cranfield, 2010).

Według Margery Fee (2006) niektórzy badacze sugerują, że Ameryka Północna jest w stanie moralnej paniki (*moral panic*) z powodu otyłości, co odnosi się do przekonań i wierzeń powstałych w obawie przed otyłością jako zachowaniem dewiacyjnym, zagrażającym społeczeństwu, tym samym tworząc podział na dobrych „szczipłych ludzi” i złych „otyłych ludzi”. Otyłe osoby odczuwają skutki dyskryminacji nawet przez pracowników opieki medycznej, a ich otyłość jest postrzegana jako stan, za który są odpowiedzialni. W sytuacji kiedy otyłości towarzyszy pogorszenie stanu zdrowia, ta dyskryminacja przez personel medyczny nabiera szczególnego znaczenia; Kenneth Ferraro i Kimberlee Holland (2002) zwracają uwagę, że otyli pacjenci są niejednokrotnie dyskryminowani przez lekarzy i bardziej negatywnie oceniani niż pacjenci odznaczający się normalną wagą ciała.

Otyłość wśród dzieci jest jednym z największych problemów współczesnych czasów, który przybiera wymiar globalny. Jest ona częstsza w populacjach miejskich, szczególnie tych poddanych gwałtownemu rozwojowi ekonomicznemu i zmianom ekonomiczno-kulturowym (Chan, Deave, Greenhalgh, 2010).

Otyłość jest widoczną cechą charakteryzującą jednostkę. Może ona wywołać różne reakcje społeczne (od akceptacji do negatywnych odczuć estetycznych, a nawet wrogości i odrzucenia). W przeszłości wartości kulturowe preferujące ciało otyłe, jako wskaźnik wysokiego statusu społecznego lub atrakcyjności seksualnej, promowały większe spożycie pokarmów wśród osób zamożnych. W wielu kulturach nie dostrzegano związku pomiędzy otyłością a zdrowiem; podobnie nawet i dzisiaj sposób postrzegania samej otyłości jest zróżnicowany. Otyłość jest zawsze rozważana w porównaniu z oczekiwanym idealnym kształtem ciała, urody, seksualności. Dla niektórych badaczy otyłość jest a *culture-bound syndrome*, bo zawsze jest uwarunkowana kulturowo.

Traktowanie otyłości jako choroby wiąże się ze stygmatyzacją, ale także ze wzrastającą częstością zaburzeń związanych z odżywianiem, co w szczególności dotyczy młodych kobiet żyjących w społeczeństwach wysoko rozwiniętych. Dyskryminacja osób otyłych, oparta na postrzeganiu ich jako fizycznych dewiantów, pojawia się w różnych wymiarach życia społecznego.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Qi Zhanga i Youfę Wangę (2004) pokazały, że relacja pomiędzy statusem społeczno-ekonomicznym a otyłością zaznaczyła się wyraźniej w odniesieniu do kobiet niż do mężczyzn; oznacza to, że społeczno-ekonomiczne nierówności bardziej wpływały na otyłość kobiet niż mężczyzn. Status społeczno-ekonomiczny warunkuje znacząco dostęp do

żywności, aktywność fizyczną w czasie wolnym i dostęp do systemu opieki medycznej; jednocześnie mężczyźni o niskim statusie społeczno-ekonomicznym częściej niż kobiety są zaangażowani w aktywność zawodową wymagającą znacznego wysiłku fizycznego. Status społeczno-ekonomiczny istotnie różnicuje stosunek do wagi ciała wśród kobiet i mężczyzn. Szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych prezentowane są bardziej negatywne postawy wobec otyłości lub wysokiej wagi ciała, co wynika z ogólnego negatywnego nastawienia do otyłości, funkcjonującego w przestrzeni publicznej. Kobiety bardziej niż mężczyźni angażują się w działania mające na celu uzyskanie idealnego, szczupłego kształtu ciała. Wśród badanych przez Zhanga i Wangę otyłość była zjawiskiem ocenianym negatywnie, nadwaga natomiast nie wiązała się z negatywną oceną.

Według Leslie Kaufman i Adama Karpatiego (2007) otyłość dzieci częściej występuje wśród dzieci biednych i jest bardzo mocno związana z ubóstwem. Jeżeli stosuje się właściwe odżywianie i aktywność fizyczną, można w znaczący sposób obniżyć otyłość u dzieci. Zwykle w celu zmniejszenia otyłości lub zapobiegania jej wystąpieniu stosuje się dwa podejścia – indywidualne, nastawione na zmianę zachowań dziecka, oraz podejście do pary dziecko–rodzice, aby osiągnąć szersze spektrum zmiany zachowań, przede wszystkim w relacji do dynamiki rodziny, kulturowych praktyk, a także w odniesieniu do kontekstu lokalnego i narodowego.

Badania epidemiologiczne zwracają uwagę na konieczność zapobiegania otyłości u dzieci, koncentrując się na determinantach tego zjawiska, a także identyfikacji grup podwyższonego ryzyka (w zależności od wieku i płci). Perspektywa socjologiczna zmierza natomiast przede wszystkim do określenia stosowanych praktyk w relacji dziecko–rodzice oraz percepcji pożywienia i otyłości. Powszechnie uważa się, że struktura rodziny, jej ekonomiczne zasoby w relacji do lokalnych praktyk związanych odżywianiem się pozwalają zrozumieć wzory żywienia dzieci i przyczyny otyłości. Społeczno-kulturowy, polityczny i ekonomiczny kontekst otyłości u dzieci oznacza, że programy przeciwdziałające temu zjawisku są skierowane nie tylko do rodziców i dziadków, którzy bezpośrednio kształtują zachowania żywieniowe dzieci, ale także do innych krewnych i przyjaciół. Również, przez monitorowanie lokalnej polityki i zasobów ekonomicznych, programy te próbują wpłynąć na nowocześniejsze wzory konsumpcji.

Z perspektywy przebiegu życia próbuje się ustalić, czy na przykład karmienie niemowlęcia piersią ma wpływ na ryzyko otyłości w dzieciństwie i w wieku dorosłym (jakkolwiek podkreśla się, że BMI rodziców dziecka odgrywa bardzo istotną rolę w tej zależności).

Cathal McCrory i Richard Layte (2012) wskazują, że wyniki badań nad relacją pomiędzy karmieniem piersią a ryzykiem otyłości w dalszym przebiegu

życia nie są jednoznaczne, niemniej autorzy ci udowodnili na podstawie dużych badań populacyjnych (8568 dziewięcioletnich uczniów uczęszczających do szkół w Irlandii), że ryzyko otyłości u badanych dzieci było niższe, gdy karmione były piersią przez ponad trzynaście tygodni w okresie dzieciństwa (wyniki były kontrolowane w odniesieniu do wagi rodziców). Karmienie piersią od 13–25 tygodni obniżało ryzyko otyłości dziecka w wieku dziewięciu lat o 38%, a jeżeli karmienie trwało powyżej 26 tygodni, to ryzyko otyłości obniżało się o 51%. McCrory i Layte (2012) podkreślają, że mechanizm tej relacji nie jest do końca wyjaśniony. Koncepcje związane z żywieniem próbują wyjaśnić tę relację przez badanie składu mleka karmiącej kobiety (zapobiegającego otyłości), w przeciwieństwie do składu mleka modyfikowanego, którym karmi się niemowlę za pomocą butelki. Teorie te wykazują ponadto, że waga dzieci karmionych piersią wzrasta wolniej niż tych karmionych butelką (różnica 600–650 g na jeden rok życia). Dowodzi się również, że karmienie piersią opóźnia wprowadzenie dodatkowego odżywiania dziecka i stąd konsekwencje tego opóźnienia mogą się wiązać z obniżonym ryzykiem otyłości w późniejszych latach dzieciństwa. Koncepcje behawioralne sugerują, że metody karmienia piersią i butelką kształtują odmienne wzory zachowań żywieniowych niemowląt, które mogą potem wiązać się z odmiennym ryzykiem otyłości (McCrory, Layte, 2012).

W artykule *Myths, presumptions, and facts about obesity* zespół autorów pod kierunkiem Kristy Casazzy (2013) obala pogląd, że karmienie piersią jest czynnikiem działającym ochronnie w zapobieganiu otyłości dzieci, autorzy ci nie zaprzeczają jednak, że karmienie piersią przynosi wiele pozytywnych skutków dla zdrowia dziecka. Ci sami autorzy „rozprawiają się” także z innymi mitami i przekonaniem dotyczącymi zapobiegania otyłości: przede wszystkim wskazują na sposoby zmiany zwyczajów żywieniowych w osiągnięciu pozytywnych wyników obniżenia wagi (wolny spadek vs gwałtowna redukcja masy ciała) czy też znaczenia aktywności seksualnej w spalaniu kalorii (wydatkowanie energii) (Casazza i in., 2013).

10.1. Uwarunkowania otyłości

Konstruktywizm społeczny zakłada, że sposób, w jaki prezentowane są problemy społeczne (na przykład otyłość) w społeczeństwie ma znaczenie polityczne, szczególnie gdy następuje odwołanie do charakterystyki i *image* grupy docelowej, w odniesieniu do której podejmowane są określone działania. Na przykład w Stanach Zjednoczonych badania opinii publicznej potwierdzają, że postawy społeczne i stereotypy dotyczące różnych grup społecznych znacząco determinują nastawienie do różnych działań podejmowanych w ramach poli-

tyki społecznej, dotyczącej tych właśnie grup społecznych. Kształtowanie opinii publicznej przez informacje przekazywane w mass mediach w istotny sposób wpływa na utrwalanie się pewnych stereotypów co do grup społecznych narażonych na ubóstwo lub ryzyko popełniania przestępstwa. Sarah Gollust i współpracownicy (Gollust, Eboh, Barry, 2012) założyli, że podobne mechanizmy zachodzą w odniesieniu do obrazu otyłości, to znaczy że wyobrażenia społeczne co do odmiennego rozpowszechnienia zjawiska otyłości w różnych grupach społecznych w znaczący sposób wpływają na postrzeganie otyłości jako problemu społecznego – według Briana Houle'a (2011) ponad 30% dorosłych Amerykanów określa się jako osoby otyłe.

Większość publikowanych w Stanach Zjednoczonych prac kładzie nacisk na związek otyłości z brakiem dostępu do zdrowej żywności lub wskazuje, że otyłość dotyczy pewnych grup etnicznych (na przykład Afroamerykanów), co sprzyja podtrzymywaniu pewnych negatywnych stereotypów (Gollust, Eboh, Barry, 2012). Analiza treści materiałów przekazywanych w mass mediach pokazała, jak prezentowany był w nich problem otyłości w kontekście indywidualnych sytuacji życiowych, na przykład niskiego statusu społeczno-ekonomicznego oraz zamieszkiwania w środowisku o małym dostępie do zdrowej żywności.

Na metody walki z otyłością i związane z nią zmiany zachowań (zmiana diety, podjęcie lub zwiększenie aktywności fizycznej) patrzy się zwykle z perspektywy indywidualnych uwarunkowań jednostek, działania polityki społecznej zmierzają natomiast do wprowadzenia zmian w szerszym wymiarze – w odniesieniu do całego środowiska zamieszkania lub ogółu szkół w celu promowania prozdrowotnych zachowań, przeciwdziałających otyłości.

Podjęmowano wiele prób zrozumienia mechanizmów decydujących o związkach pomiędzy uwarunkowaniami społecznymi, ekonomicznymi i kulturowymi – wpływającymi znacząco na pobór energii, jej wydatkowanie oraz natychmiastowy metabolizm, które to czynniki sprzyjają otyłości. Niemniej społeczna percepcja otyłości może być interpretowana przez stereotypowe przekonania i uprzedzenia wynikające ze stygmatyzacji i dyskryminacji.

Christine Chan i współpracownicy (Chan, Deave, Greenhalgh, 2010) uważają, że „nowoczesność jest związana z otyłością”. Nadal natomiast nie ma odpowiedzi na pytania: Dlaczego jedne osoby w takich samych uwarunkowaniach środowiskowych, nawet w obrębie jednej rodziny, stają się otyłe, a drugich otyłość nie dotyczy?, Dlaczego w niektórych krajach otyłość dotyka przede wszystkim emigrantów zmieniających tradycyjne środowisko swego kraju pochodzenia na bardziej nowoczesne w nowym kraju osiedlenia się? oraz jak rodzice pośredniczą w łańcuchu powiązań pomiędzy nowoczesnością a otyłością dzieci?

Podsumowując wyniki badań nad uwarunkowaniami otyłości, stwierdza się, że:

- 1) Bardzo duża liczba badań wskazuje na relacje pomiędzy statusem społeczno-ekonomicznym a otyłością – szczególnie w krajach rozwijających się niskiemu statusowi społeczno-ekonomicznemu towarzyszy otyłość, przede wszystkim wśród kobiet (Young, 1996).
- 2) Geograficzne rozmieszczenie otyłości w Stanach Zjednoczonych potwierdza jej zależność od statusu społeczno-ekonomicznego i przynależności do mniejszości etnicznych (Drewnowski, Rehm, Solet, 2007), ale także społeczno-ekonomiczne różnice w otyłości w odniesieniu do płci, wieku i grupy etnicznej (Zhang, Wang, 2004).
- 3) Wyniki zaprezentowane przez Kue Young (1996) oparte na badaniach populacyjnych, przeprowadzone w północnej części Kanady pokazały znaczenie różnorodnych uwarunkowań kulturowych związanych z otyłością. Wśród badanych kobiet z otyłością wiązał się niski status społeczno-ekonomiczny oraz niepalenie tytoniu, a wśród mężczyzn – wyższy status i poziom wykształcenia.

Badania dowodzą, że zależność wagi ciała od poziomu wykształcenia i statusu zawodowego zaznacza się mocniej u kobiet niż u mężczyzn, kobiety bowiem mogą doświadczać silniejszego społecznego „napiętnowania” z powodu otyłości (presji, że „są same winne swojej nadwagi”), czego nie obserwuje się w stosunku do mężczyzn. Dlatego uważa się, że w odniesieniu do walki z nadwagą kobiety bardziej poddają się wpływom kapitału społecznego niż mężczyźni (Kim i in., 2006).

Z perspektywy *life course approach* otyłość dzieci jest czynnikiem ryzyka mogącym skutkować poważnymi chorobami w wieku dorosłym (Evans i in., 2012). Większość badań, podobnie jak to występuje w odniesieniu do osób dorosłych, potwierdza również odwrotną zależność pomiędzy dochodem rodziny i jej statusem społeczno-ekonomicznym a otyłością w dzieciństwie. Gary Evans i współautorzy badań (2012) sugerują, że rodziny o niskim statusie ekonomiczno-społecznym często zamieszkują tereny o ograniczonym dostępie do przestrzeni zielonych, sprzyjających aktywności fizycznej i uprawianiu sportów, podczas gdy rodziny dobrze sytuowane zwykle sąsiadują z obszarami gwarantującymi dobrą rekreację i różne formy aktywności fizycznej.

Z perspektywy socjologicznej otyłość jest postrzegana jako niemożność ćwiczenia samokontroli. Takie ujęcie przerzuca odpowiedzialność za otyłość na jednostkę, tym bardziej że łatwiej jest przytyć, niż stracić wagę, co sugeruje, że kontrolowanie apetytu i jedzenie nie jest symetryczne: apetyt wynika z potrzeb biologicznych, jedzenie natomiast jest wynikiem również pewnych społecznych i środowiskowych uwarunkowań (Himes, Episcopo, 2011). Innym wyjaśnieniem otyłości jest odwołanie się do teorii stresu. Stres w znaczący sposób warunkuje zachowania związane z jedzeniem. Dowodzi się, że szczególnie przewlekły stres sprzyja wyższemu poborowi cukru, tłuszczów i ogólnie

sprzyja większej ilości jedzenia. Odwołując się do zmian kulturowych, zwraca się uwagę na zależność pomiędzy trendami wzrostu otyłości a masowym podjęciem pracy zawodowej przez kobiety. Uważa się, że przez to kobiety częściej spożywają produkty nieprzygotowywane w domach, ale przemysłowo przetwarzane. Podkreśla się, że praca zawodowa kobiet ograniczyła ilość czasu przeznaczanego przez kobiety na czynności domowe, w tym na przygotowywanie posiłków (Himes, Episcopo, 2011).

W poszukiwaniu różnych społecznych uwarunkowań sprzyjających występowaniu otyłości – jako długofalowej konsekwencji niekorzystnych uwarunkowań w dzieciństwie – badacze odwołują się do narażenia na rodzinną przemoc, zaliczając ją do czynników ryzyka otyłości w wieku dorosłym, gdyż większe spożywanie pokarmów może być reakcją na stres wynikający z bycia ofiarą przemocy rodziców (Greenfield, Marks, 2009).

Perspektywa *life course approach* umieszcza przemoc na trajektorii ryzyka otyłości w wieku dorosłym. Postawione hipotezy wskazywały na relację pomiędzy fizyczną i psychiczną przemocą rodziców w dzieciństwie a wyższym ryzykiem otyłości w wieku dorosłym i większym ryzykiem otyłości jako strategii radzenia sobie ze stresem w wieku dorosłym. Analizowano wyższe spożycie pokarmów w wieku dorosłym jako reakcję na stres, odnosząc to do ryzyka narażenia na przemoc rodziców w dzieciństwie (Greenfield, Marks, 2009).

Wśród różnych determinantów otyłości zwraca się również uwagę na rolę kapitału społecznego rozumianego jako zasoby psychospołeczne zakorzenione w strukturze społecznej, które są dostępne i mobilizują do działań umożliwiających osiągnięcie określonego celu (Kim i in., 2006).

W kapitale społecznym znaczącą rolę odgrywa zaufanie i wzajemność, relacje międzyludzkie, uczestnictwo społeczne i praca oparta na wolontariacie. Kapitał społeczny oznacza budowanie wyższej świadomości zdrowotnej, wspieranie prozdrowotnych zachowań, przestrzeganie norm zdrowotnych, wzmocnione przez nieformalną kontrolę. Na obszarach charakteryzujących się wysokim kapitałem społecznym aktywność fizyczna i prozdrowotne wzory żywienia są kultywowane, unika się natomiast niezdrowej żywności. Kapitał społeczny odnosi się przede wszystkim do społeczności lokalnej lub sąsiedzkiej; normy dotyczące idealnego ciała w relacji do idealnej wagi zależą również od oddziaływania kapitału społecznego.

Życie w miastach sprzyja konsumpcji gotowej żywności, często poza domem, a posiadany dochód zachęca do ulegania reklamom namawiającym do kupowania lub spożywania określonej żywności. Praca wykonywana w zawodach niewymagających wysiłku fizycznego i towarzyszący jej siedzący tryb życia sprzyjają otyłości.

Badano relacje pomiędzy otyłością osób a liczbą restauracji typu fast food w regionie ich zamieszkania w porównaniu z cenami żywności i papiero-

sów; rozpatrywano także wzrost wagi w relacji do zmniejszonej aktywności w domu i miejscu pracy i obniżenia się cen żywności przetworzonej. Badania dowodziły, że spożywanie posiłków poza domem (szczególnie głównego posiłku) sprzyja otyłości w Stanach Zjednoczonych (Loureiro, Nayga, 2006). Maria Loureiro i Rodolfo Nayga (2006), analizując wysokie koszty ekonomiczne leczenia otyłości w Stanach Zjednoczonych, stawiają zarzut, że lekarze nie zwracają uwagi na otyłych pacjentów, mimo że nigdy dotąd to zjawisko tak mocno się nie zaznaczało. W badanej przez nich grupie sprawdzano, czy lekarze udzielają otyłym pacjentom porady, że powinni obniżyć wagę. Uważa się, że lekarze unikają rozmowy z otyłym pacjentem na temat konieczności obniżenia wagi, a trudność takiej rozmowy wynika z tego, że nie wierzą, aby ich porady dla pacjentów odniosły skutek. Wskazuje się również, że często lekarze nie mają stosownej wiedzy ani umiejętności prowadzenia rozmowy z pacjentem na temat sposobów utraty wagi, a niektórzy nie traktują otyłości jako ważnego problemu medycznego. Niemniej dane wskazują, że porady lekarza dotyczące żywienia mają pozytywny i znaczący wpływ na decyzję dotyczącą zmniejszenia ilości spożywanych pokarmów, spożywania mniejszej ilości kalorii, a także podejmowania aktywności fizycznej w celu obniżenia wagi ciała. Analizując wpływ porady lekarskiej na działania pacjenta zmierzające do obniżenia wagi ciała, stwierdzono, że rozmowa lekarza z pacjentem skutkowałą znacząco w odniesieniu do ilości spożywanych kalorii i aktywności fizycznej. Uważa się, że lekarze i inni profesjonaliści medyczni są najważniejszymi autorytetami w ocenie otyłości lub nadwagi u pacjenta, a także w udzielaniu wskazówek, co robić, aby obniżyć wagę ciała. Porady te odnoszą jednak różny skutek w zależności od poziomu wykształcenia i statusu ekonomicznego pacjentów (Loureiro, Nayga, 2006).

10.2. Jakość życia osób otyłych

Reakcja społeczna na otyłość jest obecnie warunkowana ocenami moralnymi, wartościami ważnymi dla danej społeczności oraz naukowymi faktami. Osoby otyłe są nie tylko postrzegane jako „leniwe, bez motywacji do zrzucenia wagi” i zachowujące się w sposób antyzdrowotny, ale wyniki badań naukowych kładą nacisk przede wszystkim na zdrowotne, społeczne i ekonomiczne koszty otyłości dotyczące jednostek, społeczności i całych społeczeństw (Lewis i in., 2011).

„Widoczność otyłości”, wyróżnianie się osób otyłych wśród innych o normalnej wadze odnosi się przede wszystkim do oceny ciała jako ciała otyłego. „Piętno” według Ervinga Goffmana to określenie atrybutu dotkliwie dyskredytującego, przy czym należy mieć świadomość, że w tym miejscu przydatny jest tak naprawdę język relacji, nie atrybutów.

Termin „piętno” i jego synonimy skrywają w sobie podwójną perspektywę uzależnioną od tego, czy nosiciel piętna uważa, że jego inność jest znana *a priori* albo też od razu rozpoznawalna dla tych, z którymi się styka, czy też przyjmuje, iż nie jest ona ani znana, ani natychmiast rozpoznawalna” (Goffman, 2005: 34).

Goffman wyróżnił trzy rodzaje piętna:

- 1) Brzydota cielesna, czyli rozmaite deformacje fizyczne.
- 2) Wady charakteru przypisywane słabej woli, nieujarzmionym bądź nienaturalnym namiętnościom, niebezpiecznym lub dogmatycznym przekonaniom oraz nieuczciwości, o których to wadach wnioskuje się na podstawie takich faktów, jak na przykład zaburzenia psychiczne, pobyt w więzieniu, nałogi, alkoholizm, orientacja homoseksualna, bezrobocie, próby samobójcze albo też radykalne zachowania polityczne.
- 3) Grupowe piętna rasy, narodowości i wyznania, przekazywane z pokolenia na pokolenie i nakładające jednakową skazę na wszystkich członków rodziny (Goffman, 2005).

Gdy ktoś, kto w zwykłych interakcjach społecznych mógłby zostać bez trudu zaakceptowany, zostaje nosicielem łatwo zauważalnej, odstręczającej nas od niego cechy, okoliczność ta zarazem deprecjonuje inne jego właściwości, które mogłyby wywrzeć na nas pozytywne wrażenie. Taką osobę obciąża piętno, zasadniczo modyfikujące nasze antycypacje w stosunku do niej (Goffman, 2005: 35).

Otyłe ciało jest postrzegane jako brak samokontroli i siły woli – brakuje mu zatem pewnych cech moralnych. Wyróżnia się dwie koncepcje w odniesieniu do zrozumienia wpływu stygmatyzacji społecznej związanej z otyłością na sytuację życiową ludzi otyłych. Pierwszy kierunek, podejmowany przez nauki społeczno-medyczne, nastawiony jest na obniżenie znaczenia stygmatyzacji przez wzmacnianie aktywności związanej z promocją zdrowia. Drugi kierunek, reprezentowany przez socjologię, a także antropologię kulturową, posługuje się teoriami społeczno-kulturowymi, aby krytykować dominujący dyskurs o aktywności i instytucjonalne reakcje na otyłość („grubość”). Oba kierunki próbują wskazać, co należy zrobić, aby rozwiązać problem stygmatyzacji osób otyłych.

Negatywne postawy społeczne wobec otyłości, stygmatyzacja otyłości w nowoczesnych społeczeństwach przejawiają się w różnych miejscach, takich jak środowisko pracy, instytucje medyczne, rodzina, instytucje edukacyjne, przemysł i mass media. Dane wskazują, że osoby otyłe przyswajają sobie te szeroko rozpowszechnione negatywne postawy wobec otyłości, które wywodzą się z wymienionych tu źródeł wpływów społecznych.

Osoba z piętnem będzie też prawdopodobnie odczuwać, że nie podlega zwykłemu schematowi interpretacji codziennych zdarzeń. Zdaje sobie sprawę, że nawet drobne osiągnięcia mogą zostać uznane za przejaw jej nadzwyczajnych zdolności”. (...) W nosicielu piętna narasta zatem poczucie niepewności wynikającej z tego, co inni „naprawdę” o nim myślą. Ponadto w kontaktach mieszanych osoba z piętnem będzie prawdopodobnie czuła, iż jest w stanie ciągłej gotowości, że musi być czujna i musi stale oceniać wrażenie, jakie wywołuje (Goffman, 2005: 46).

Według Sophie Lewis i współautorów (2011) otyłe osoby w sposób pasywny zgadzają się z konstrukcją społeczną stanu otyłości jako wynikającą z ich winy. Rzadko podejmują wyzwanie polegające na zaprzeczeniu, że waga jest rezultatem ich słabości. Badania pokazują znaczący wpływ stygmatyzacji otyłości na zachowania zdrowotne i społeczne. Osoby otyłe częściej są narażone na izolację społeczną oraz wykluczenie i potwierdza się mniejszą wolę osób otyłych do podejmowania zachowań związanych z promocją zdrowia (na przykład różnych form aktywności fizycznej), doświadczają one zależności od tej stygmatyzacji zmian w stanie emocjonalnym, takich jak depresja, napięcia, niska ocena własnej wartości, niska ocena własnego ciała. Ostatnio badania dotyczące stygmatyzacji wynikającej z otyłości przekonują, że może ona jednak oddziaływać mobilizująco, aktywizując osoby otyłe do zmiany swojej sytuacji życiowej przez zrzucenie wagi, a tym samym do osiągnięcia pozytywnych wyników zdrowotnych. Oznacza to, że „taktyka oparta na walce ze wstydem z powodu otyłego ciała” przynosi pozytywne rezultaty.

Pojawia się zatem społeczny kontekst, w którym następuje zjawisko stygmatyzacji osób otyłych w relacjach bezpośrednich, opartych na kontaktach twarzą w twarz, ale także występujące w specyficznych miejscach ich przebywania lub będące reakcją na złamanie pewnych norm kulturowych.

Lewis i współautorzy wskazali na następujące przejawy stygmatyzacji osób otyłych:

Stygmatyzacja bezpośrednia:

- przemoc werbalna i bycie wyśmiewanym podczas aktywności fizycznej;
- przemoc werbalna podczas jedzenia w miejscach publicznych lub podczas zakupu żywności w supermarketach;
- przemoc werbalna w trakcie korzystania z transportu publicznego;
- dyskryminacja w miejscu pracy i ośrodkach opieki zdrowotnej.

Stygmatyzacja w środowisku:

- za małe siedzenia w miejscu pracy, w poczekalni w ośrodku zdrowia, w samolocie, w transporcie publicznym;
- niedostosowane pasy w samolocie;

- brak rozmiarów ubrań, szczególnie ubrań do aktywności sportowej;
- sprzęt do ćwiczeń i gimnastyki niedostosowany do „większych osób”.

Stygmatyzacja pośrednia:

- poczucie, że przyjaciele i członkowie rodziny są zawstydzeni, gdy są widziani w towarzystwie osoby otyłej;
- lęk przed publicznym upokorzeniem, kiedy w widocznych miejscach wykonuje się ćwiczenia fizyczne;
- lęk przed publicznym upokorzeniem, kiedy spożywa się jedzenie w miejscu publicznym;
- poczucie, że jest się obserwowanym i ocenianym, gdy się spożywa posiłek lub kupuje żywność w miejscu publicznym;
- poczucie, że jest się ignorowanym przez personel sklepowy;
- przyjaciele i członkowie rodziny publicznie krytykują „nadmiar wagi”;
- przyjaciele i członkowie rodziny kpią z innych osób otyłych spotykanych w miejscach publicznych (Lewis i in., 2011).

Pojęcie jakości życia stosowane w medycynie (*health-related quality of life*) oznacza jakość życia wyznaczoną stanem zdrowia, występującą otyłością, innymi chorobami w powiązaniu z naturalnym procesem starzenia się. Ostatnie dekady przyniosły wzrost zainteresowania „jakością życia” chorych leczonych z powodu otyłości.

Coraz częściej w badaniach dotyczących konsekwencji otyłości lub chorób związanych z otyłością odchodzi się od zasady wyłącznie klinicznego oceniania zdrowia pacjenta, a przyjmuje się bardziej holistyczny punkt widzenia, w którym szczególną uwagę zwraca się na emocjonalne doznania, samopoczucie i możliwości funkcjonowania w codziennym życiu. Oceny wyników leczenia oparte na kryterium biologicznym stały się niewystarczające, a zainteresowanie medycyny przesunęło się poza tradycyjny, czysto medyczny obszar działania, skupiając się na aktywności chorych otyłych w różnych dziedzinach życia. Wpłynęły na to postępy w medycynie, związane z rozwojem coraz bardziej skutecznych metod terapeutycznych stosowanych w leczeniu otyłości i stałe doskonalenie sposobów postępowania z chorymi, a także dominujące w ogólnej strukturze chorób schorzenia przewlekłe wymagające od chorego, aby nauczył się żyć z pewnymi ograniczeniami wywołanymi zmianami w stanie zdrowia, które mogą trwać kilkanaście lub kilkadziesiąt lat.

Według Shaha Ebrahima (1995) jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest wyznaczana długością życia i zmodyfikowana przez niepełnosprawność fizyczną, funkcjonalne ograniczenia, sposób postrzegania i społeczne możliwości, które są określane przez chorobę, zastosowane metody (na przykład chirurgiczne) lub długotrwałe postępowanie terapeutyczne. Badanie jakości życia oznacza w przypadku otyłości określenie problemów wynikających z tej choroby lub przebytego leczenia, a dotyczących aktywności człowieka

w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym, oraz poglądów chorego na temat zdrowia i jego subiektywnego samopoczucia. Już Ivan Barofsky (1986) odwoływał się do ujęć socjologicznych i ekonomicznych, które jakoś życia wiążą z dobrym samopoczuciem, satysfakcją, szczęściem, tym, co ludzie określają jako „dobre życie”.

Kryteria oceny jakości życia ewoluowały w czasie; początkowo opierały się głównie na wskaźnikach obiektywnych, po czym w ostatnich latach szczególne znaczenie zaczęto przypisywać ich subiektywnym wskaźnikom. Doceniano bowiem fakt, że ocena jakości życia opiera się na doświadczeniach życiowych chorych, a zatem tylko za pomocą ocen subiektywnych, opartych na porównaniu własnych doznań i przeżyć z doświadczeniami innych, można zbudować trafną ocenę.

Kunsebeck i współautorzy (1990), wyróżniając subiektywne i obiektywne komponenty jakości życia, do subiektywnych zaliczają między innymi: wyznaczniki fizyczne (dolegliwości, ból, fizyczne samopoczucie), psychiczne (nadzieja, niepokój, depresje, poczucie własnej godności), społeczne (satysfakcja z pracy, sposób spędzania wolnego czasu), międzyludzkie (wsparcie społeczne, konflikty z partnerami, stosunki międzyludzkie). Na obiektywne wyznaczniki jakości życia składają się: stan zdrowia oceniany na podstawie testów laboratoryjnych, diagnoza związana z psychopatologią, pozycja społeczno-ekonomiczna (dochód, warunki mieszkaniowe, warunki w pracy, ilość i jakość kontaktów z otoczeniem, miejsce w strukturze społecznej) (Kunsebeck, Korber, Freyberger, 1990; Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Definicja WHO określa jakość życia jako indywidualny sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją, oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Jakość życia to zatem tyle, ile kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem i osobistych wierzeń i przekonań (WHOQOL, 1995; Tobiasz-Adamczyk, 2009b).

Narzędzia pomiarowe dotyczące jakości życia w otyłości badają główne czynniki, takie jak ogólne zdrowie (porównywanie zdrowia) oraz specyficzne wymiary dotyczące otyłości (dystres wynikający z otyłości, depresję, szacunek do siebie i ocenę wyglądu fizycznego) oraz wynikające z otyłości specyficzne uwarunkowania zdrowotne (Mathias i in., 1997).

Skala The Swedish Obese Subjects Intervention Trials do badania jakości życia osób otyłych składa się z jedenastu wymiarów oceniających stan fizyczny, witalność (co pragnie się robić), relacje z innymi ludźmi, stan psychologiczny wynikający ze stanu otyłości.

W celu właściwej oceny wpływu otyłości na jakość życia został stworzony specjalny kwestionariusz (The Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire – IWQOL) (Kolotkin, Crosby i in., 2001). Narzędzie to mierzy osiem wymiarów jakości życia uwarunkowanej otyłością: zdrowie społeczne, interpersonalne interakcje, pracę, mobilność (ruchliwość), poczucie własnej wartości, życie seksualne, aktywność dnia codziennego i przyjemność związaną z jedzeniem.

IWQOL, badając różne wymiary jakości życia osób otyłych, obejmuje następujące aspekty:

- 1) **W wymiarze fizycznego funkcjonowania:** zdolność do podnoszenia przedmiotów, zawiązywanie butów, podnoszenie się z krzesła, ubieranie się, ruchliwość, krzyżowanie nóg, odczuwanie „krótkiego” oddechu, bolesna sztywność przy skręcaniu się, opuchnięte stawy skokowe nóg, obawa o zdrowie.
- 2) **Poczucie własnej wartości:** poczucie skrępowania i zakłopotania, obniżenie poczucia własnej wartości, brak pewności siebie, nielubienie siebie, obawa przed odrzuceniem, unikanie patrzenia w lustro, uczucie zażenowania w miejscach publicznych.
- 3) **Życie seksualne:** brak zainteresowania aktywnością seksualną, odczuwanie małej satysfakcji seksualnej, trudności w podejmowaniu aktywności seksualnej, unikanie kontaktów seksualnych.
- 4) **Dystres w miejscach publicznych:** doświadczanie drwin lub kpin, trudności w „dopasowywaniu się” do siedzeń w miejscach publicznych, trudności w „dopasowywaniu się” do przejść pomiędzy rzędami, obawy o znalezienie właściwego krzesła, doświadczanie dyskryminacji.
- 5) **Praca:** kłopoty w osiąganiu zamierzeń, bycie mniej wydajnym, niż mogłoby się być, obawa przed udzielaniem wywiadu (Kolotkin, Crosby i in., 2001).

Walka z otyłością zaowocowała rozpowszechnieniem różnego rodzaju leków mających na celu obniżenie wagi ciała. Wraz ze wzrostem częstości występowania otyłości rozwinęły się badania nad jakością życia uwarunkowaną otyłością – badania te dotyczą przede wszystkim osób, które są poddane leczeniu klinicznemu z powodu otyłości.

Otyłość w znaczący sposób wpływa na jakość życia, przede wszystkim zaburza zdrowie fizyczne i emocjonalny dobrostan, podobnie jak funkcjonowanie psychospołeczne. Osoby najbardziej otyłe mają w najwyższym stopniu obniżoną jakość życia. Nie wszystkie jednak badania potwierdzają relację pomiędzy wzrostem wagi ciała a obniżaniem się samopoczucia psychicznego; obniżenie wagi ciała znacząco natomiast wpływa na poprawę zdrowia fizycznego, ale nie zawsze spadkowi wagi towarzyszy lepsze samopoczucie psychiczne (Kolotkin, Crosby i in., 2001).

Otyłość w znaczący sposób wpływa na jakość życia osób nią dotkniętych. Zarówno ogólna ocena stanu zdrowia, jak i ocena stanu zdrowia psychicznego, zdolność funkcjonowania i intelektualne możliwości oraz społeczne funkcjonowanie są zaburzone i obniżone u osób otyłych. Działania związane z utratą wagi ciała powinny polepszyć jakość życia tych osób – szczególnie w przypadkach poddania osób otyłych interwencji chirurgicznej w celu obniżenia wagi ciała (Kral, Sjostrom, Sullivan, 1992).

Badania nad jakością życia osób z nadwagą lub osób otyłych pozwalają poznać ich subiektywne odczucia i doświadczenia wynikające z tego stanu, system wartości, zdolności, oczekiwania. Samoocena percepcji własnej osoby przez ludzi otyłych wskazuje na ich odczucia związane z samodefiniowaniem siebie w ten sposób „jestem otyły/a”, a także pokazują, jak interwencja medyczna (leczenie otyłości) wpływa na zmianę samooceny jakości życia.

Osoby otyłe wybierające leczenie otyłości zwykle uskarżają się na niezadowolenie ze swego wyglądu fizycznego oraz na trudności w codziennym funkcjonowaniu ze względu na ograniczenia w oddychaniu, ból przy schylaniu się, niedostatek energii i mniejszą ruchliwość, a także wskazują na niskie poczucie własnej wartości oraz poczucie zażenowania z powodu własnego wyglądu. Osoby otyłe boją się również ryzyka pojawienia się chorób, które mogą być konsekwencją wysokiej wagi ciała (Kushner, Foster, 2000).

Leczenie chirurgiczne otyłości sprzyja podniesieniu jakości życia pacjentów, szczególnie w odniesieniu do funkcjonowania społecznego, aktywności seksualnej (zainteresowania tą sferą życia, częstości kontaktów seksualnych, satysfakcji z relacji seksualnych). Pacjenci odzyskują wiarę w siebie i lepszy obraz własnej osoby; ich aktywność funkcjonalna zwykle się polepsza, podobnie jak stosunek do własnego ciała. Leczenie gastryczne znacząco poprawia jakość życia osób otyłych, jakkolwiek potwierdzają one gorszą ocenę stanu zdrowia niż referencyjna grupa z populacji ogólnej. Podobnie jak w wypadku innych badań informacja o jakości życia osób otyłych dostarcza personelowi medycznemu istotnych informacji o ich codziennym funkcjonowaniu, barierach społecznych i odczuciach związanych z percepcją otyłości przez otoczenie. Wcześniejsze prace dotyczące jakości życia w otyłości odnoszą się przede wszystkim do pacjentów poddanych operacyjnemu leczeniu otyłości. Gwałtowna utrata masy ciała w wyniku interwencji chirurgicznej powodowała również gwałtowną zmianę ich jakości życia (Kolotkin, Crosby i in., 2001). Wprowadzenie nowych procedur polegających na zespoleniu żołądka, z zastosowaniem gastroplastyki, przyczyniło się również znacząco do polepszenia jakości życia chorych – pacjenci podnosili przede wszystkim poprawę aktywności seksualnej (zainteresowanie kontaktami seksualnymi, zwiększenie częstości aktywności, wzrost poziomu satysfakcji), a także więk-

szenie fizycznej i społecznej aktywności. Pacjenci ci przestali unikać patrzenia w lustro, co wiązało się z lepszą samooceną wyglądu ciała. Niektóre wyniki były porównywalne z poprawą jakości życia po leczeniu innych chorób przewlekłych i wskazywały na poprawę wszystkich dwunastu wymiarów, mierzonych skalą Sickness Impact Profile.

BIBLIOGRAFIA

- Backett K. (1992), *Taboos and excesses: Lay health moralities in middle class families*, „Sociology of Health & Illness”, 14(2), s. 255–274.
- Bahr P.R. (2007), *Race and nutrition: An investigation of Black-White differences in health-related nutritional behaviours*, „Sociology of Health & Illness”, 29(6), s. 831–856. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01049.x.
- Balfe M. (2007), *Diets and discipline: The narratives of practice of university students with type 1 diabetes*, „Sociology of Health & Illness”, 29(1), s. 136–153. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.00476.x.
- Barofsky I. (1986), *Quality of life assessment. Evaluation of the concept* [w:] *Assessment of Quality of Life and Cancer Treatment*, red. V. Ventafridda, F.S.A.M. Van Dam, R. Yancik, M. Tamburini, Amsterdam, Elsevier Science Publishers, s. 11–18.
- Batnitzky A. (2008), *Obesity and household roles: Gender and social class in Morocco*, „Sociology of Health & Illness”, 30(3), s. 445–462. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01067.x.
- Beck U. (1997), *The Reinvention of Politics. Rethinking Modernity in the Global Social Order*, Cambridge, Polity Press.
- Beck U. (2002), *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Becker M.H. (1976), *Psychosocial aspects of health-related behaviour*, „Journal of Health Behavior”, 8, s. 235–268.
- Bloom J., Kessler L. (1994), *Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses*, „Journal of Health and Social Behavior”, 35, s. 118–133.
- Burdette A.M., Hill T.D. (2008), *An examination of processes linking perceived neighborhood disorder and obesity*, „Social Science & Medicine”, 67, s. 38–46. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.029.
- Calnan M., Williams S. (1991), *Style of life and the salience of health: An exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances*, „Sociology of Health & Illness”, 3(4), s. 506–529. doi: 10.1111/1467-9566.ep10843620.
- Casazza K., Fontaine K.R., Astrup A. i in. (2013), *Myths, presumptions, and facts about obesity*, „The New England Journal of Medicine”, 368(5), s. 446–454.
- Chan C., Deave T., Greenhalgh T. (2010), *Childhood obesity in transition zones: An analysis using structuration theory*, „Sociology of Health & Illness”, 32(5), s. 711–729. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01243.x.
- Chiang B.N., Perlman L.V., Epstein F.H. (1969), *Overweight and hypertension: A review*, „Circulation”, 39, s. 403–421. doi: 10.1161/01.CIR.39.3.403.
- Clarke A.E., Shim J. (2011), *Medicalization and biomedicalization revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine* [w:] *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, red. B. Pescosolido, J. Martin, J. McLeod i in., London, Springer, s. 173–199.

- Cohen D.A., Finch B.K., Bower A. i in. (2006), *Collective efficacy and obesity: The potential influence of social factors on health*, „Social Science & Medicine”, 62, s. 769–778.
- Conrad P. (1992), *Medicalization and social control*, „Annual Review of Sociology”, 18, s. 209–232.
- Crawford R. (1980), *Healthism and the medicalisation of everyday life*, „International Journal of Health Services”, 10, s. 365–388.
- De Friese G.H., Konrad T.R. (1994), *Self-care and quality of life in old age* [w:] *Aging and Quality of Life*, red. R.P. Abeles, H.C. Gift, M.G. Ory, New York, Springer Publishing Company, s. 99–117.
- De Maio F. (2010), *Health and Social Theory*, New York, Palgrave Macmillan.
- Dowler E. (2001), *Inequalities in diet and physical activity in Europe*, „Public Health Nutrition”, 4, s. 701–709.
- Drewnowski A., Rehm C.D., Solet D. (2007), *Disparities in obesity rates: Analysis by ZIP code area*, „Social Science & Medicine”, 65, s. 2458–2463.
- Dworkin R.W. (2008), *Nowa Ewangelia zdrowia* [w:] *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Kraków, Znak, s. 722–725.
- Ebrahim S. (1995), *Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement*, „Social Science & Medicine”, 41(10), s. 1383–1394.
- Elliott A. (2011), *Współczesna teoria społeczna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 97–98, 325.
- Evans G.W., Jones-Rounds M.L., Belojevic G. i in. (2012), *Family income and childhood obesity in eight European cities: The mediating roles of neighborhood characteristics and physical activity*, „Social Science & Medicine”, 75, s. 477–481.
- Fabrega H. (1973), *Toward a model of illness behavior*, „Medical Care”, 11(6), s. 470–484.
- Fee M. (2006), *Racializing narratives: Obesity, diabetes and the “Aboriginal” thrifty genotype*, „Social Science & Medicine”, 62, s. 2988–2997.
- Ferraro K.F., Holland K.B. (2002), *Physician evaluation of obesity in health surveys: “Who are you calling fat?”*, „Social Science & Medicine”, 55, s. 1401–1413.
- Fife B. (1995), *The measurement of meaning in illness*, „Social Science & Medicine”, 40(8), s. 1021–1028.
- Florek M., Brzyski P. (2007), *Samoocena sposobu żywienia u progu wieku starszego w konfrontacji z codziennymi zaleceniami żywieniowymi*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 88, s. 175–182.
- Foucault M. (1977), *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, New York, Vintage.
- Foucault M. (1998), *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Warszawa, Aletheia.
- Freidson E. (1960), *Client control and medical practice*, „American Journal of Sociology” 65(4), s. 374–382.
- Furnham A. (1994), *Explaining health and illness: Lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recovery*, „Social Science & Medicine”, 39(5), s. 715–725.
- Germov J., Williams L. (red.) (2008), *A Sociology of Food and Nutrition: The Social Appetite*, 3rd edition, Australia, New Zealand, Oxford University Press.
- Giddens A. (2010), *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman E. (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Gollust S.E., Eboh I., Barry C.L. (2012), *Picturing obesity: Analyzing the social epidemiology of obesity conveyed through US news media images*, „Social Science & Medicine”, 74, s. 1544–1551.
- Greenfield E., Marks N. (2009), *Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: Using food in response to stress as a mediator of risk*, „Social Science & Medicine”, 68, s. 791–798. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.004.
- Henson S., Blandon J., Cranfield J. (2010), *Difficulty of healthy eating: A Rasch model approach*, „Social Science & Medicine”, 70(10), s. 1574–1580. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.037
- Higman B.W. (2012), *Historia żywności*, Warszawa, Aletheia.
- Himes C.L., Episcopo V. (2011), *Obesity: A sociological examination* [w:] *Handbook of Sociology of Aging*, red. R.A. Settersten, J.L. Angel, London, Springer, s. 513–531.
- Houle B. (2011), *Obesity disparities among disadvantaged men: National adult male inmate prevalence pooled with non-incarcerated estimates, United States, 2002–2004*, „Social Science & Medicine”, 72, s. 1667–1673.
- Illich I. (1978), *The medicalization of life* [w:] *Limits to Medicine. Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, New York, Penguin Books, s. 47–130.
- Kasl S.V., Cobb S. (1966), *Health behavior, illness behavior and sick role behavior*, „Archives of Environmental Health”, 12(2), s. 246–266.
- Kaufman L., Karpati A. (2007), *Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: Food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn*, „Social Science & Medicine”, 64, s. 2177–2188. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.019.
- Khlat M., Jusot F., Ville I. (2009), *Social origins, early hardship and obesity: A strong association in women, but not in men?*, „Social Science & Medicine”, 68, s. 1692–1699. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.02.024.
- Kim D., Subramanian S., Gortmaker S. i in. (2006), *US state- and county-level social capital in relation to obesity and physical inactivity: A multilevel, multivariable analysis*, „Social Science & Medicine”, 63, s. 1045–1059.
- Kinge J.M., Morris S. (2010), *Socioeconomic variation in the impact of obesity on health-related quality of life*, „Social Science & Medicine”, 71, s. 1864–1871. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.001.
- Kolotkin R., Crosby R., Kosloski K. i in. (2001), *Development of a brief measure to assess quality of life in obesity*, „Obesity Research”, 9(2), s. 102–110.
- Kolotkin R., Meter K., Williams G. (2001), *Quality of life and obesity*, „Obesity Reviews”, 2, s. 219–229.
- Kopytoff I. (2003), *Kulturowa biografia rzeczy – utowarowanie jako proces* [w:] *Badanie kultury. Elementy teorii antropologicznej*, red. M. Kempny, E. Nowicka, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 260.
- Kotlarska-Michalska A. (2004), *Przemiany rodzinnych ról kobiecych w okresie transformacji ustrojowej* [w:] *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*, red. Z. Tyszka, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 93–103.
- Kral J., Sjostrom L.V., Sullivan M. (1992), *Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity*, „American Journal of Clinical Nutrition”, 55, s. 611–614.
- Kunsebeck H.W., Korber J., Freyberger H. (1990), *Quality of life in patients with inflammatory bowel disease*, „Psychotherapy and Psychosomatics”, 54, s. 110–116.

- Kushner R., Foster G. (2000), *Obesity and quality of life*, „Nutrition”, 16(10), s. 947–952.
- Kusio U. (2009), *Starość w paradygmacie mcdonaldyzacji. Kulturowe konteksty starzenia się współczesnych społeczeństw* [w:] *Wprowadzenie do socjologii*, red. M. Filipiak, Lublin, Wydawnictwo UMCS, s. 254.
- Lewis M.A., McBride C.M., Pollak K.I. i in. (2006), *Understanding health behavior change among couples: An interdependence and communal coping approach*, „Social Science & Medicine”, 62(6), s. 1369–1380. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.006.
- Lewis S., Thomas S.L., Blood R.W. i in. (2011), *How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study*, „Social Science & Medicine”, 73, s. 1349–1356. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.021.
- Link B.G., Mesagno F.P., Dohrenwend B.P. (1990), *Problems in measuring role strains and social functioning in relation to psychological symptoms*, „Journal of Health and Social Behavior”, 31, s. 354–369.
- Ljungvall Å., Zimmerman F.J. (2012), *Bigger bodies: Long-term trends and disparities in obesity and body-mass index among U.S. adults, 1960–2008*, „Social Science & Medicine”, 75, s. 109–119. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.003.
- Locker D. (2008), *Social determinants of health and disease* [w:] *Sociology as Applied to Medicine*, 6th edition, red. G. Scambler, New York, Elsevier Health Sciences, Saunders, s. 18–40.
- Loureiro M.L., Nayga R.M. (2006), *Obesity, weight loss, and physician's advice*, „Social Science & Medicine”, 62, s. 2458–2468. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.011.
- Lupton D. (2000), *The heart of the meal: Food preferences and habits among rural Australian couples*, „Sociology of Health & Illness”, 22(1), s. 94–109. doi: 10.1111/1467-9566.00193.
- Lupton D. (2005), *Lay discourses and beliefs related to food risks: An Australian perspective*, „Sociology of Health & Illness”, 27(4), s. 448–467. doi: 10.1111/j.1467-9566.2005.00451.x.
- Lupton D., Chapman S. (1995), *'A healthy lifestyle might be the death of you': Discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public*, „Sociology of Health & Illness”, 17(4), s. 477–494. doi: 10.1111/1467-9566.ep10932547.
- Martin E. (1989), *The Woman in the Body*, Milton Keynes, Open University Press.
- Mathias S.D., Williamson C.L., Colwell H.H. i in. (1997), *Assessing health-related quality-of-life and health state preference in persons with obesity: A validation study*, „Quality of Life Research”, 6, s. 311–322.
- McCrorry C., Layte R. (2012), *Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age*, „Social Science & Medicine”, 75, s. 323–330. doi: org/10.1016/j.socscimed.2012.02.048.
- Mechanic D. (1978), *Medical Sociology*, London, Collier Macmillan Publishers.
- Mechanic D. (1992), *Health and illness behavior and patient-practitioner relationships*, „Social Science & Medicine”, 34(12), s. 1345–1350.
- Morrall P. (2009), *Sociology and Health. An Introduction*, 2nd edition, London–New York, Routledge, Taylor & Francis Group.
- Nijs K., de Graaf C., Kok F.J. i in. (2006), *Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: Cluster randomised*

- controlled trial*, „British Medical Journal”, 332, s. 1180–1184. doi: 10.1136/bmj.38825.401181.7C.
- Oliffe J.L., Grewal S., Botorff J.L. i in. (2010), *Masculinities, diet and senior Punjabi Sikh immigrant men: Food for Western thought?*, „Sociology of Health & Illness”, 32(5), s. 761–776. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01252.x.
- Ostrowska A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Warszawa, Wydawnictwo IFiS PAN.
- Pampel F.C. (2012), *Does reading keep you think? Leisure activities, cultural tastes, and body weight in comparative perspective*, „Sociology of Health & Illness”, 34(3), s. 396–411. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01377.x.
- Pavlou M., Lachs M.S. (2006), *Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome?*, „Journal of the American Geriatrics Society”, 5, s. 831–842.
- Puchalski K. (1989), *Pojęcie zachowań związanych ze zdrowiem. Geneza i próba typologii* [w:] *Socjologia zdrowia i medycyny*, red. B. Gruszka, Warszawa, PAN, s. 29–59.
- Rasmussen N. (2012), *Weight stigma, addiction, science, and the medication of fatness in mid-twentieth century America*, „Sociology of Health & Illness”, 34(6), s. 880–895. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01444.x.
- Rehm C.D., Moudon A.V., Hurvitz P.M. i in. (2012), *Residential property values are associated with obesity among women in King County, WA, USA*, „Social Science & Medicine”, 75, s. 491–495.
- Robbins J. (2006), *Zdrowi stulatkowie. Naukowo potwierdzone sekrety najzdrowszych i najdłużej żyjących ludzi na świecie*, Wrocław, Wydawnictwo PURANA.
- Robertson A., Brunner E., Sheiham A. (2006), *Food is a political issues* [w:] *Social Determinants of Health*, 2nd edition, red. M. Marmot, R. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, s. 172–195.
- Rosenstock I.M. (1966), *Why people use health services*, „Milbank Memorial Fund Quarterly”, 44, s. 94–124.
- Shilling C. (2010), *Socjologia ciała*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 21–22.
- Siciński A. (2002), *Styl życia* [w:] *Encyklopedia socjologii*, red. K.W. Frieske i in., Warszawa, Oficyna Naukowa, t. 4, s. 137–140.
- Siegrist J. (1988), *Model of health behavior*, „European Heart Journal”, 9, s. 709–714.
- Słońska Z. (2008), *Nowe oblicze medykalizacji. Redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia* [w:] *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Wrocław, Oficyna Wydawnicza Arboretum, s. 83–94.
- Słońska Z. (2009), *Socjologia a promocja zdrowia* [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, s. 283–309.
- Sobal J., McIntosh A., Whit W. (1993), *Teaching the sociology of food, eating, and nutrition*, „Teaching Sociology”, 21(1), s. 50–59, <http://www.jstor.org/stable/1318851> (dostęp: 2.10.2012).
- Stafford M., Cummins S., Ellaway A. i in. (2007), *Pathways to obesity: Identifying local, modifiable determinants of physical activity and diet*, „Social Science & Medicine”, 65, s. 1882–1897. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.042.
- Stempień J., Tkaczyk M., Jander A. i in. (2012), *Zaufanie w relacji pacjent–lekarz a rola czynników subiektywnych w podejmowaniu decyzji leczniczych (rozpoczęcie/odstąpienie od terapii) w przypadku najczęściej chorych pacjentów – na przykładzie badań własnych* [w:] *Spoleczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, red. M. Gałuszka, M. Wiczorkowska, Łódź, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, s. 314.

- Straus R. (1957), *The nature and status of medical sociology*, „American Sociological Review”, 22(2), s. 200–204.
- Suchman E.A. (1965), *Social patterns of illness and medical care*, „Journal of Health & Human Behavior”, 6(1), s. 2–16.
- Sullivan M., Karlsson J., Sjonstrom L. i in. (1993), *Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined*, „International Journal of Obesity”, 17, s. 503–512.
- Tishelman C., Taube A., Sachs L. (1991), *Self-reported symptom distress in cancer patients: Reflections of disease, illness or sickness*, „Social Science & Medicine”, 33(11), s. 1229–1240.
- Titkow A. (1976), *Zachowanie związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*, „Studia Socjologiczne”, 3, s. 131.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk B. (red.) (2009a), *Przemoc wobec osób starszych*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2009b), *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego [w:] Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, s. 113–144.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J. (2004), *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J. (1999), *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*, Kraków, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Turner B.S. (1982), *The government of the body: Medical regimens and the rationalization of diet*, „The British Journal of Sociology”, 33(2), s. 254–269.
- Twaddle A.C. (1969), *Health decisions and sick role variations: An exploration*, „Journal of Health & Social Behavior”, 10(2), s. 105–115.
- Twaddle A.C. (1973), *Illness and deviance*, „Social Science & Medicine”, 7, s. 751–762.
- Uramowska-Żyto B. (1995), *Zachowania żywieniowe i edukacje żywieniowe z perspektywy socjologicznej*, „Promocja Zdrowia”, 5–6, s. 53–64.
- Warde A., Martens L. (2008), *Miłe spotkania przy stole [w:] Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Kraków, Znak, s. 371–410.
- WHOQOL (1995), *The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization*, „Social Science & Medicine”, 41(10), s. 1403–1409.
- Wilkinson R. (1999), *Putting the picture together: Prosperity, redistribution, health, and welfare [w:] Social Determinants of Health*, red. M. Marmot, R.G. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, s. 256–274.
- Young T.K. (1996), *Sociocultural and behavioural determinants of obesity among Inuit in the central Canadian Arctic*, „Social Science & Medicine”, 43(11), s. 1665–1671.
- Zhang Q., Wang Y. (2004), *Socioeconomic inequality of obesity in the United States: Do gender, age, and ethnicity matter?*, „Social Science & Medicine”, 58, s. 1171–1180.
- Zola I. (1972), *Medicine as an institution of social control*, „Sociological Review”, 20, s. 487–504.