

PRZEGLĄD

SOCJOLOGICZNY

„Pragniemy (...) zmanifestować, że pismo nie ma wyrażać poglądów jakiegoś «kierunku» czy «szkoły», lecz reprezentować polski ruch socjologiczny w ogóle”.

(Florian Znaniecki w liście do Ludwika Krzywickiego, w związku z przygotowaniem I tomu „Przeglądu Socjologicznego”, październik, 1929 r.)

PRZEGLĄD

SOCJOLOGICZNY

tom LXI/2

2012



ŁÓDZKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

REDAKCJA NACZELNA WYDAWNICTW
ŁÓDZKIEGO TOWARZYSTWA NAUKOWEGO

**A. Sławomir Gala, Edward Karasiński,
W. Małgorzata Krajewska** (redaktor naczelny), **Jan Szymczak**

90-505 Łódź, ul. M. Skłodowskiej-Curie 11
tel. (42) 665-54-59; fax: (42) 665-54-64

Sprzedaż wydawnictw: (42) 66-55-448, <http://sklep.ltn.lodz.pl>
<http://www.ltn.lodz.pl> e-mail: biuro@ltn.lodz.pl

RADA REDAKCYJNA

**Krzysztof Górlach, Zygmunt Gostkowski, Władysław Markiewicz, Harri Melin,
Fritz Schütze, Kazimierz M. Słomczyński, Antoni Sulek, Piotr Sztompka,
Włodzimierz Wesolowski, Włodzimierz Winclawski, Marek Ziółkowski**

KOMITET REDAKCYJNY

**Zbigniew Bokszański, Marek Czyżewski, Kaja Kaźmierska,
Jolanta Kulpińska** – redaktor naczelny,
**Krystyna Lutyńska, Paweł Starosta,
Wielisława Warzywoda-Kruszyńska**

REDAKTOR TOMU: **Mieczysław Galuszka**

SEKRETARZ REDAKCJI: **Iwona Kociemska**

REDAKTOR JĘZYKOWY: **Joanna Balcerak**

RECENZENCI ZEWNĘTRZNI

**Adam Czabański, Krzysztof Czekał, Krystyna Janicka, Katarzyna Kaniowska,
Andrzej Piotrowski, Andrzej Sadowski, Lynda Walters, Włodzimierz Winclawski**

Wydano z pomocą finansową Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
Dziekana Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego Uniwersytetu Łódzkiego

Copyright by Łódzkie Towarzystwo Naukowe – Łódź 2012
ISSN 0033-2356

Wydanie I, wersja drukowana pierwotna

PROJEKT OKŁADKI - Hanna Stańska
OPRACOWANIE KOMPUTEROWE: „PERFECT” e-mail: perfect@infocentrum.com
DRUK: „GRAFIX” e-mail: grafix@grafix-poligrafia.pl

NAKLAD: 200 egz.

SPIS TREŚCI

Od redakcji	7
-------------------	---

ARTYKUŁY

Włodzimierz Piątkowski, Luiza Nowakowska – System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI w. Perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby	11
Magdalena Wieczorkowska – Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej	31
Wojciech Bielik – Społeczeństwo terapeutyczne a globalizacja – socjologiczny i epidemiologiczny kontekst przewlekłych chorób niezakaźnych (NCD)	57
Beata Tobiasz-Adamczyk – „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny	81
Mieczysław Gąluszka – Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju internetu	119
Michał Skrzypek – Medycyna w polu badań socjologii choroby, zdrowia i medycyny w kontekście niemedykocentrycznej orientacji badawczej subdyscypliny	155
Agnieszka Pawlak – Psychospołeczne uwarunkowania zdrowia emigrantów i ich rodzin w świetle własnych badań jakościowych	177
Barbara Woźniak – Zaangażowanie religijne a stan zdrowia osób w wieku podeszłym: mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań	207
Rafał Mieliżarek – Religijna perspektywa medycyny alternatywnej w konfrontacji z medykalizacją życia	243
Krzysztof Rosa – (Nie)wiarygodność danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych. Perspektywa teoretyczna i praktyka społeczna	265

RECENZJE

Stefan Elbe, <i>Security and Global Health. Toward the medicalization of Insecurity</i> , Cambridge UK – Malden, MA, USA, Polity Press, 2010 (rec. Ewa Hyży-Strzelecka) ...	291
Włodzimierz Piątkowski (red.), <i>Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokolowskiej</i> , Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010, (rec. Katarzyna Walentynowicz-Moryl)	296
Victoria Pitts-Taylor (red.), <i>Cultural Encyclopedia of the Body</i> , Greenwood Press, San Francisco 2008, (rec. Bożena Walerjan)	303
Kevin White, <i>An Introduction to the Sociology of Health and Illness</i> , Sage, Los Angeles–Washington 2009, (rec. Paweł Przyłęcki)	308

LIST OF CONTENTS
ARTICLES

Włodzimierz Piątkowski, Luiza Nowakowska – Medical system in Poland in the face of XXI century challenges the perspective of the critical sociology of health and disease	29
Magdalena Wieczorkowska – The medicalization of society in the American Sociology	56
Wojciech Bieliński – Therapeutic society and globalization – sociological and the epidemiological context of non-communication diseases	79
Beata Tobiasz-Adamczyk – Life in the framework of cancer – the role of medical sociology	118
Mieczysław Gąsuzka – New phenomena in the relationship between physician and patient in the context of development of the internet	154
Michał Skrzypek – Medicine in the research field of the sociology of illness, health and medicine in the context of the subdiscipline's non-mediocentric orientation	175
Agnieszka Pawlak – Psychosocial factors influencing the health of migrants and their families	205
Barbara Woźniak – Religious involvement and health status in older people: mechanisms of interaction, selected results	242
Rafał Mieliżarek – The contrast between religious perspective of alternative medicine and medicalization of life	263
Krzysztof Rosa – (Un)Reliability of statistics concerning suicidal behavior. The theoretical perspectives and social practice	289

OD REDAKCJI

Zdrowie, choroba i medycyna w społeczeństwie globalnym

Niniejszy tom „Przeglądu Socjologicznego” jest prezentacją problematyki socjologii zdrowia, choroby i medycyny, podejmowanej przez polskich badaczy reprezentujących różne ośrodki. Ich celem jest przedstawienie najnowszych wyników badań własnych oraz analiz literaturowych obejmujących problemy medycyny i zdrowia, mających wpływ na postrzeganie sytuacji zdrowotnej polskiego społeczeństwa i stanu polskiego sektora ochrony zdrowia. Artykuły prezentowane w tomie, odwołując się do teorii socjologicznych i badań empirycznych, omawiają najważniejsze zagadnienia zdrowia, choroby i medycyny widziane w perspektywie globalnych procesów cywilizacyjnych. Dominujące tematy i wątki skupiają się wokół takich zagadnień, jak: a) swoistość i budowanie tożsamości socjologii medycyny w Polsce wobec trendów światowych; b) analiza zdarzeń dotyczących zdrowia i choroby w kontekście procesów epidemiologicznych, emigracyjnych i medykalizacji życia codziennego; c) zmiany w modelach relacji lekarz – pacjent, wynikające z nowych technologii komunikowania i zastosowania Internetu w organizacji usług zdrowotnych; d) choroby przewlekłe w analizach socjologii niepełnosprawności; e) opis zależności między religią a zdrowiem w perspektywie medycyny konwencjonalnej i niekonwencjonalnej.

Aktualne problemy polskiego systemu zdrowotnego omawia artykuł Włodzimierza Piątkowskiego i Luizy Nowakowskiej. Autorzy stawiają tezę, że system opieki zdrowotnej, pomimo wysiłków jego reformatorów, nie spełnia oczekiwań pacjentów. Przyjęte w analizie założenia teoretyczne odwołują się do nurtu krytycznego socjologii medycyny, ujęcia strukturalno-funkcjonalnego oraz punktu widzenia „zwykłych ludzi”. Takie ujęcie pozwala wyeksponować problem nierówności w dostępie do zdrowia oraz społeczną ocenę urzędniczej próby komercjalizacji usług medycznych. Badania opinii publicznej pokazują, że system zdrowotny jest oceniany negatywnie, a władze nadal nie potrafią przeprowadzić jego reformy zgodnie z potrzebami zdrowotnymi obywateli i konsultacjami społecznymi zasad racjonowania ograniczonych środków medycznych.

Artykuł Magdaleny Wieczorkowskiej prezentuje interpretację procesów medykalizacji oraz aktualność problemu w warunkach polskich. Medykalizacja

jest traktowana jako zawłaszczanie przez medycynę różnych obszarów życia jednostek i społeczeństwa, które dotychczas z medycyną nie były powiązane. Ekspansja medycyny powoduje, że przesuwa się granica między tym, co naturalne w procesach biologicznych, a tym, co w dyskursie medycznym staje się patologią wymagającą diagnozy, kontroli i terapii. W tym nurcie refleksji mieści się też artykuł Michała Skrzypka, który omawia swoistość współczesnej socjologii medycyny jako niemedykocentrycznej orientacji badawczej. Poszukiwanie tożsamości socjologii medycyny, a także rozbudowane w jej ramach różne subdyscypliny szczegółowe świadczą o dynamice tematów i metod badawczych stosowanych w socjologicznej refleksji o zdrowiu. Wyniki badania epidemiologicznego oceniającego stopień zagrożenia ludności polskiej chorobami serca i naczyń oraz określenie poziomu czynników ryzyka przedstawia artykuł Wojciecha Bieleckiego. Materiał badawczy opracowany statystycznie służy do ilustracji wpływu czynników socjoekonomicznych na behawioralne czynniki ryzyka chorób serca i naczyń.

Problemem podejmowanym coraz częściej przez socjologów medycyny są choroby przewlekłe oraz jakość życia ludzi, którzy muszą oswajać się z dolegliwościami wieku seniora, własną niesprawnością i społecznymi uprzedzeniami. Artykuł Beaty Tobiasz-Adamczyk analizuje problematykę chorób nowotworowych i związaną z nimi niepełnosprawność w kontekście rozwoju obszaru badań socjologii zdrowia i choroby oraz konstytuowania się nowej subdyscypliny – socjologii niepełnosprawności i chorób przewlekłych. Autorka uzasadnia potrzebę socjologicznego oglądu życia osób dotkniętych chorobami nowotworowymi, stanowiącymi bardzo ważny problem społeczny i kulturowy. Skuteczność biomedycyny w leczeniu nowotworów powinna być również związana z redukcją społecznej kancerofobii i pokonywaniem barier mentalnego stygmatyzowania chorych. Artykułowane przez dotkniętych rakiem poczucie osamotnienia i opuszczenia przez przyjaciół w sytuacji, gdy ich wsparcie sprzyja pokonywaniu choroby, świadczy o potrzebie prawdziwej rozmowy, przełamywania barier izolacji oraz budowania komunikacji opartej na zaufaniu. Wyniki badań socjologów medycyny powinny przyczynić się do poprawy jakości życia chorych na raka m.in. poprzez tworzenie kulturowych ram akceptacji walki z chorobą.

Zmiany w relacjach lekarz – pacjent, wynikające z rozwoju technologii medycznych oraz z zastosowania Internetu w opiece zdrowotnej są przedmiotem analiz Mieczysława Gałuszki. Autor uzasadnia tezę, że następuje proces tworzenia się nowych form komunikowania, w których asymetria społeczna i językowa, związana z tradycyjnym układem relacji paternalistycznych lekarza z pacjentem zostaje zmieniona na rzecz zwiększenia autonomii tego ostatniego – lepiej

poinformowanego dzięki łatwemu dostępowi do wiedzy medycznej w nowych mediach masowych.

Problemem zdrowia emigrantów zajęła się Agnieszka Pawlak. Artykuł dokonuje przeglądu literatury oraz prezentuje badania własne. Analiza dotyczy relacji pomiędzy kapitałem społecznym emigrantów a podatnością na czynniki ryzyka. Artykuły Barbary Woźniak oraz Rafała Mielczarka analizują złożone zależności między zdrowiem ludzi a ich przekonaniami religijnymi. Istnieje związek między poziomem zaangażowania religijnego a zdrowiem psychicznym. Kluczowe znaczenie ma sensotwórcza funkcja religii, ułatwiająca znoszenie cierpienia i niedoskonałości starszego wieku. Krytyczną analizę wiarygodności danych na temat samobójstw w Polsce przedstawia Krzysztof Rosa. Dokumenty urzędowe jako źródło danych oraz proces ich tworzenia i organizowania budzą zastrzeżenia. Proponowane przez autora połączenie różnych danych pozwala na pełniejszy opis zjawiska i stworzenie adekwatnych miar prób samobójczych w ramach badań zorientowanych suicydologicznie.

Z przeglądu zamieszczonych w zeszycie artykułów wynika, że socjologowie zdrowia, choroby i medycyny w Polsce podejmują zagadnienia zdrowia indywidualnego i publicznego. Konflikty wynikające ze złej organizacji systemu opieki zdrowotnej dotyczą nie tylko pacjentów i lekarzy, lecz także całego społeczeństwa, które przechodzi kolejny test cierpliwości. Ostatnie zawirowania wokół ustawy o refundacji leków pokazały bezduszość biurokracji medycznej wobec potrzeb pacjentów. Zdrowie staje się towarem, który podlega procesom rynkowym zarówno wtedy, gdy jest przedmiotem polityki zdrowotnej państwa, jak i wtedy, gdy staje się przedsięwzięciem biznesowym. Nadal można mówić o wpływowym lobby „imperializmu medycznego” i dominacji przemysłu farmaceutycznego, które wpływają na procesy decyzyjne dotyczące polityki zdrowotnej. Medykalizacja społeczeństwa ma swój wymiar lokalny i globalny. Ich głównymi beneficjentami są przede wszystkim różne instytucje globalnego rynku medycznego. Z przedstawionych tekstów wyłania się pesymistyczny obraz funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce, dlatego też pracowników ochrony zdrowia i pacjentów powinny łączyć wspólne interesy i wartości, co skutkowało by poprawą komunikacji w całym systemie medycznym oraz bardziej satysfakcjonującą ochroną indywidualnego i publicznego zdrowia.

W zeszycie zamieszczono również recenzje prezentujące kulturową encyklopedię ciała oraz książki poświęcone socjologii medycyny i problemom globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego.

Z oczywistych względów, w związku z ograniczeniami edytorsko-wydawniczymi, w bieżącym tomie „Przeglądu Socjologicznego” dotknęliśmy zaledwie

części problemów skupionych wokół medycyny i zdrowia. Wychodząc naprzeciw potrzebom pogłębionej refleksji socjologicznej, związanej z kwestią zdrowia współczesnego społeczeństwa, Redakcja planuje poświęcić jeden z numerów przewidzianych na 2013 r. zagadnieniom socjologii starzenia się i niepełnosprawności. Zapraszamy badaczy zajmujących się tymi zagadnieniami do udziału w naszym przedsięwzięciu.

WŁODZIMIERZ PIĄTKOWSKI
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej*
LUIZA NOWAKOWSKA
Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

SYSTEM MEDYCZNY W POLSCE WOBEC WYZWAŃ XXI W. PERSPEKTYWA KRYTYCZNEJ SOCJOLOGII ZDROWIA I CHOROBY

Streszczenie

Celem rozważań jest ocena wybranych aspektów funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia w zakresie możliwości reagowania na współczesne dynamiczne przemiany społeczne, ekonomiczne oraz epidemiologiczne (m.in. upowszechnianie się chorób przewlekłych, starzenie się populacji czy kryzys rodziny w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych wobec osób chorych). Analiza tak sformułowanego problemu została dokonana w oparciu o krytycznie zorientowaną perspektywę rozwijaną w ramach socjologii zdrowia i choroby.

W tekście zwrócono szczególną uwagę na problem pogłębiających się nierówności społecznych, które można uznać za jeden z najważniejszych czynników utrudniających dostęp do świadczeń medycznych oraz warunkujących gorszy stan zdrowia. Wskazano w tym kontekście m.in. na mechanizm „oszczędzania na zdrowiu” oraz zadłużania się w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Dokonano także próby oceny efektywności programów promujących zdrowie w naszym kraju, potencjalnie najskuteczniejszego sposobu podnoszenia poziomu zdrowia społecznego. Podjęto także problem społecznego zaufania do instytucji służby zdrowia oraz aprobaty kierunku

* Zakład Socjologii Medycyny i Rodziny, Instytut Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: piatk@bg.umlub.pl

** Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: luizanowakowska@gmail.com

podejmowanych prób reformowania systemu medycznego w naszym kraju. Osobna część rozważań została poświęcona krytyce idei redukcji roli państwa w sektorze zdrowia.

Słowa kluczowe: system medyczny, socjologia krytyczna, nierówności zdrowotne, promocja zdrowia

UWAGI WPROWADZAJĄCE

System medyczny stanowi klasyczny obszar zainteresowań socjologii zdrowia i choroby. U podstaw prowadzonych na tym obszarze badań leży m.in. teoria strukturalno-funkcjonalna Talcotta Parsona, która na długo wyznaczyła sposoby myślenia o mechanizmach funkcjonowania instytucji medycznych, wzorach interakcji lekarz-pacjent oraz zinstytucjonalizowanych formach komunikacji między nimi. Perspektywa ta wpłynęła także na sposób definiowania praw i obowiązków pacjentów oraz interpretacji ich zachowań w sytuacji zdrowia i choroby [Duch-Krzystoszek 2009: 261–262; Moskalewicz 2009: 211–214]. W świetle teorii strukturalno-funkcjonalnej, medycyna i jej instytucje stanowią integralną część systemu społecznego oraz pozostają we wzajemnych relacjach z innymi podsystemami pełniącymi określone funkcje na rzecz utrzymania równowagi, efektywności i trwałości większej całości [Parsons 2009: 320–323]. Przyjmując ten punkt widzenia można zdefiniować system medyczny jako „[...] zinstytucjonalizowany mechanizm przekształcający lub zmieniający ogólne nakłady [...] na wyspecjalizowane wytwory czyli usługi mające znaczenie dla społecznych problemów zdrowotnych” [Field 1976: 134; Stevens 2010: 439–440]. Usługi te mają charakter „użyteczności zewnętrznej” wobec otoczenia społecznego – są nimi: zapobieganie, diagnoza, leczenie oraz rehabilitacja, ale system medyczny spełnia także funkcje „wewnętrzne” dotyczące kształcenia kadr medycznych oraz prowadzenia badań rozwijających wiedzę medyczną [Field 1976: 142–143]. T. Parsons zwraca również uwagę m.in. na mechanizm reagowania systemu w przypadku, gdy określony jego element przestaje spełniać swoją funkcję i staje się zagrożeniem dla trwania całego „układu”. W odniesieniu do systemu medycznego chodzi o reakcję w sytuacji, gdy jednostka w wyniku urazu lub choroby nie jest w stanie pełnić oczekiwanych i sformalizowanych ról społecznych. Podejście systemowe akcentuje konsekwencje utraty zdrowia dla całego społeczeństwa, w mniejszym zaś stopniu koncentruje się na wpływie choroby na życie poszczególnych jednostek (tzw. podejście biograficzne). Z tej perspektywy choroba stanowi rodzaj dewiacji, czyli stanu niepożądanego z punktu widzenia trwania i spójności

systemu społecznego, który obliguje chorych do natychmiastowego wdrożenia właściwych, instytucjonalnie przewidzianych procedur, mających przywrócić równowagę (zdrowie) [Field 1976: 133–136; Moskaiewicz 2009: 219].

Podejście strukturalno-funkcjonalne w badaniach nad systemem medycznym oraz koncepcja „racjonalnie działającego chorego” stanowi z pewnością najwcześniejszy oraz wywierający największy wpływ sposób interpretowania opisywanej problematyki. Chociaż teoria Parsonsa jest ważnym źródłem inspiracji także dla współczesnych socjologów medycyny [Shilling 2008: 733–755], aktualnie nie jest to jedyny uprawniony sposób analizowania funkcjonalności systemu medycznego. Wielu badaczy zaczęło przyjmować nieco bardziej „dynamiczne” podejście do systemu medycznego, a także uwzględniać subiektywną perspektywę w analizach problematyki zdrowia, choroby i medycyny oraz instytucji i zawodów medycznych, co znacznie wzbogaciło wcześniejsze eksploracje tych obszarów. Poszerzenie, pogłębienie i reinterpretacja tej perspektywy pozwoliło m.in. na badanie wzorów korzystania z usług zdrowotnych w sytuacji innej niż choroba oraz odmienną interpretację zachowań w zdrowiu i chorobie, a także eksplorację obszaru leczenia niemedycznego, w tym ocenę roli samolecznictwa [Tobiasz-Adamczyk 2005: 27–37; Duch-Krzyszczak 2009].

PRÓBA OCENY FUNKCJONALNOŚCI POLSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA – WYBRANE ASPEKTY

Jedną z ważniejszych cech systemu medycznego winna być jego funkcjonalność, czyli efektywne i optymalne realizowanie zadań, do których został powołany, a także zdolność adaptacji do zmieniających się warunków i pokonywania systemowych dysfunkcji oraz odpowiadania na realne potrzeby odbiorców [Bizoń 1976: 107–108; Coronna 2011: 255–256]. Ewaluacji efektywności działania systemu medycznego można dokonać w wielu wymiarach, warto jednak zwrócić szczególną uwagę na jego umiejętności reagowania na ważniejsze (strukturalne) zmiany społeczno-ekonomiczne oraz epidemiologiczne, takie jak np. upowszechnianie się „chorób funkcjonalnych” (bez wyraźnego tła organicznego), starzenie się populacji, rozpad więzi społecznych oraz kryzys rodziny w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych wobec chorych przewlekle, niepełnosprawnych i starszych wiekiem. Wyzwaniem dla współczesnych systemów medycznych są także pogłębiające się i utrwalające nierówności społeczne, które można uznać za jeden z najważniejszych czynników utrudniających dostęp do

świadczeń medycznych oraz warunkujących gorszy stan zdrowia [Lewis, Parent 2001: 307–310; Bielecki 2007: 7–12].

Zanim przybliżymy problematykę związaną z funkcjonalnością polskiego systemu medycznego, warto podkreślić, że jednym z warunków jego sprawności i efektywności jest pewien stopień społecznej aprobaty. Zaufanie społeczne do instytucji służby zdrowia opiera się na percepcji świadczonych usług jako „pożądanych i właściwie wykonywanych” [Field 1976: 144]. Prowadzone systematycznie badania nad tym zagadnieniem wskazują, że system ochrony zdrowia od lat jest najgorzej ocenianą sferą życia publicznego w naszym kraju. Z badań sondażowych (2010) wynika m.in., że jedynie 2% respondentów jest „zdecydowanie zadowolonych” z funkcjonowania opieki zdrowotnej i uważa, że nie wymaga ona zmian. Równocześnie, odsetek „raczej niezadowolonych” i „zdecydowanie niezadowolonych” wynosi odpowiednio 39% i 36%. W zestawieniu z porównywalnym sondażem z roku 2009 niezadowolenie ze służby zdrowia wzrosło aż o 12% [Wądołowska 2010: 1–6]. Zatem, pomimo rosnących od wielu lat nakładów, w powszechnej opinii obywateli, system medyczny w Polsce nie gwarantuje powszechnego i równego dostępu do usług zdrowotnych. Negatywny stosunek społeczeństwa do służby zdrowia potwierdzają także inne badania. W świetle raportu *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia* (2009) (*Euro Health Consumer Index*) polska służba zdrowia jawi się jako jeden z najgorzej ocenianych europejskich systemów tego typu: na 33 badane kraje Polska uzyskała 26 pozycję z 565 punktami (na 1000 możliwych), uzyskując gorszy bilans niż np. Macedonia, ponadto nasz kraj znalazł się w jednej grupie m.in. z Albanią, Rumunią i Bułgarią. Najgorszą punktację odnotowano właśnie w przypadku Bułgarii (448 punktów), najlepiej zaś oceniono holenderską służbę zdrowia (863 punktów). Polacy szczególnie negatywnie odnosili się m.in. do „okresu oczekiwania na poważne, nie nagłe zabiegi operacyjne”, „internetowej lub całodobowej informacji telefonicznej dotyczącej opieki zdrowotnej”, „efektywnego leczenia nowotworów – liczby zgonów w proporcji do zdiagnozowanych przypadków”, „utraconych potencjalnych lata życia”, „wskaźnika spadku ilości samobójstw”, „przeszczepów nerek na milion mieszkańców”, „wskaźnika przeprowadzonych badań mammograficznych” oraz „tempa wprowadzania nowych leków przeciw nowotworom”. Niskie oceny polskiego systemu zdrowotnego można tłumaczyć niewielkimi wydatkami na opieką zdrowotną *per capita* w porównaniu z innymi krajami europejskimi (pod tym względem Polska zajęła odległe 26 miejsce wśród badanych krajów). Jednak aspekt finansowy nie tłumaczy całości problemu – z przedstawionych badań wynika, że państwa o podobnej sytuacji ekonomicznej zajmowały wyższe pozycje w rankingu. Holandia, mimo że uzyskała najlepsze

oceny, w strukturze wydatków na sektor zdrowia zajęła dopiero 4 pozycję. Autorzy raportu stawiają tezę, że źródłem dysfunkcyjności systemu medycznego w Polsce jest przede wszystkim zła organizacja oraz nieprawidłowa dystrybucja finansów i usług, a w dalszej kolejności brak funduszy [Bjornberg, Garrofe, Lindblad 2009: 3–4, 19–26; Słońska 2010b: 78–80].

Sposób, w jaki opinia publiczna postrzega system medyczny i ocenia świadczone usługi zdrowotne ma fundamentalne znaczenie społeczne, tym bardziej, że obywatele występują tu w potrójnej roli – pacjentów, płatników, a także wyborców. Z tego powodu ta realna reprezentacja społeczna winna być postrzegana jako znacząca siła oraz partner w dyskusjach nad jakością i kształtem systemu zdrowotnego. Wydaje się jednak, że w polskich realiach opinia publiczna jest w tym zakresie instrumentalizowana oraz marginalizowana – jest bardziej niemym świadkiem niż podmiotem rzeczywistych zmian [Włodarczyk 2002: 213]. Społeczna percepcja polskiego systemu medycznego, niezdołnego do zaspokajania elementarnych potrzeb zdrowotnych obywateli stawia z jednej strony pod znakiem zapytania kwestię solidarności i sprawiedliwości społecznej, a z drugiej akcentuje problem pogłębiania się i utrwalania nierówności zdrowotnych w naszym kraju [Senior, Vivas 1998: 12–19].

Można sformułować tezę, że to właśnie nierówne szanse w dostępie do usług i instytucji medycznych są najbardziej drastycznym skutkiem dysfunkcyjności polskiego systemu medycznego. W świetle ustaleń i rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz dokumentów UE (np. strategii lizbońskiej), przeciwdziałanie powstawaniu i pogłębianiu się nierówności zdrowotnych uznano za priorytetowe działanie współczesnej polityki zdrowotnej. Zależność między niższą pozycją społeczną a gorszymi wskaźnikami zdrowia potwierdzają liczne badania epidemiologiczne oraz socjologiczne [Nettleton 2006: 169–173]. Wskazują one, że trudna sytuacja materialna wpływa na nierówny, niesprawiedliwy i dyskryminujący liczną grupę najbiedniejszych, gorszy dostęp do świadczeń medycznych, rzutuje także na złe warunki mieszkaniowe, większą ekspozycję na czynniki szkodliwe, także w środowisku pracy, mniej wartościowy sposób odżywiania etc. Niekorzystna sytuacja materialna wraz z niskim wykształceniem oraz „specyficzną socjalizacją” warunkującą zachowania antyzdrowotne zdecydowanie niekorzystnie oddziałuje na poziom zdrowia [Ostrowska 2010: 23–34].

Pomimo społecznej i politycznej rangi problemu, w Polsce nie prowadzi się systematycznych badań nad naturą i skalą nierówności zdrowotnych np. w relacji do statusu społecznego i miejsca w strukturze społecznej. Dostępne dane ewaluacyjne dotyczące zdrowia z podziałem na wiek, płeć czy rozmieszczenie terytorialne, dają ograniczone możliwości interpretacji i oceny problemu nierów-

ności zdrowotnych w naszym kraju. Z kolei badania epidemiologiczne niestety nie posługują się w wystarczającym stopniu wskaźnikami pozycji społecznej. Wobec powyższego, można postawić tezę, że problematyka nierówności znajduje się na marginesie zainteresowania centralnych władz resortu zdrowia, nie jest też w pełni znana polskiej opinii publicznej. Tymczasem, jak sugerują wyniki badań socjologicznych, w Polsce zróżnicowanie stanu zdrowia poszczególnych warstw społecznych, podejmowanych zachowań zdrowotnych oraz dostępności usług medycznych są coraz większe. Pozycja społeczna wpływa m.in. na częstość profilaktycznych badań kontrolnych, kontakt ze służbą zdrowia w przypadku niepokojących objawów oraz subiektywną ocenę stopnia zaspokojenia, lub deprivacji, przez system medyczny potrzeb zdrowotnych. Określona, niska lub wysoka, pozycja społeczna warunkuje także kontakty ze specjalistami, korzystanie z opieki stomatologicznej, konsumpcję leków oraz decyzje o rezygnacji z leczenia z powodów finansowych. We wszystkich wymienionych obszarach, sytuacja osób z niższych warstw społecznych jest wyraźnie gorsza [Ostrowska 2010: 40–42].

Trudności związane z korzystaniem z usług zdrowotnych potęgują także bariery biurokratyczne oraz utrudniony dostęp do informacji, co przekłada się z kolei na ograniczenia w zakresie egzekwowania praw pacjenta [Ostrowska 2010: 42]. Jest to szczególnie bulwersujące, gdyż dotyczy podstawowego prawa człowieka, jakim jest prawo do skutecznej ochrony zdrowia. Dysfunkcje systemu medycznego w tym zakresie sprowadzają się m.in. do „sztywności” struktur sektora zdrowia (braku zdolności do elastycznego oraz szybkiego reagowania na pojawiające się problemy i wyzwania), zakłóceń komunikacyjnych między pacjentami a personelem medycznym, ale także między samymi instytucjami w ramach systemu oraz poszczególnymi szczeblami tej hierarchicznej, spetryfikowanej struktury. Jako kolejny czynnik dysfunkcjonalności systemu wskazuje się nadmierny formalizm relacji międzyludzkich oraz depersonalizację i uprzedmiotowienie pacjenta (reifikację). Wymieniana jest również w tym kontekście zbyt daleko posunięta centralizacja decyzji, co prowadzi w istocie do izolacji systemu od rzeczywistych oczekiwań i potrzeb zdrowotnych obywateli [Synowiec-Piłat 2002a: 139; Barański 2002: 162–167].

Badania porównawcze dowodzą również, że w przypadku osób o niższej pozycji społecznej konsultacje lekarskie trwają krócej i są bardziej powierzchowne, ponadto ich podejście takich osób do zdrowia można określić jako negatywne – zdrowie jest wyczerpującym się w naturalny sposób zasobem, na co człowiek nie ma większego wpływu. Obserwuje się tu także większą tolerancję na niepokojące objawy oraz większy lęk przed chorobą, słabszą wiedzę o profilaktyce chorób, a także rzadziej poddaje się dzieci szczepieniom okresowym. Z kolei jednostki

o wyższej pozycji postrzegają zdrowie jak kategorię, która jest przedmiotem aktywnych działań, częściej także kontaktują się ze służbą zdrowia i rzadziej jest sytuacja wymagająca nagłej pomocy medycznej [Włodarczyk 2006: 16; Bowling 2007: 21; Taranowicz 2002: 71; Synowiec-Piłat 2002b: 93; Wszędryówny 2002: 223–234]. Taki wzór tłumaczy się długoterminowym i zorientowanym na osiąganie pozytywnych rezultatów kształtowaniem się zachowań zdrowotnych, które mogą pojawić w dłuższym okresie (umiejętność „odraczania korzyści”). Osoby o niższej pozycji socjoekonomicznej natomiast reagują „na bieżąco”, czyli podejmują działania dopiero w momencie pojawienia się określonych problemów zdrowotnych (konsekwencją jest m.in. niechęć do zmiany ryzykowanych zachowań oraz brak działań profilaktycznych) [Wszędryówny 2002: 223–234]. Nierówności przejawiają się oczywiście nie tylko w zakresie dostępu do świadczeń medycznych oraz określonych instytucji i specjalistów (w cytowanym raporcie *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia* Polska spośród 33 badanych krajów dysponuje, obok Albanii i Rumunii, najmniejszą liczbą lekarzy na 100 000 mieszkańców – Bjornberg, Garrofe, Lindblad 2009: 11), ale także w odniesieniu do relacji z personelem medycznym. Pacjenci o podobnej do lekarza pozycji łatwiej wyrażają swe oczekiwania oraz częściej podejmują negocjacje z lekarzem z pozycji partnera oraz posiadają większą wiedzę medyczną, co zdecydowanie ułatwia komunikację ze specjalistami [Ostrowska 2010: 42].

Należy przypuszczać, że w obliczu nasilającego się kryzysu gospodarczego i finansowego rosnące obciążenia budżetów domowych i wzrastające bezrobocie będą stanowić istotny czynnik dalszego pogłębiania się nierówności zdrowotnych. Diagnozy społeczne wskazują, że np. w Stanach Zjednoczonych oraz niektórych krajach europejskich w ciągu ostatniego roku wiele gospodarstw domowych stanęło przed koniecznością ograniczania wydatków na leczenie oraz kontaktów ze służbą zdrowia [Survey 2011: 4]. Polskie badania socjomedyczne od lat potwierdzają także narastanie problemów finansowych znacznej części rodzin: z *Diagnozy społecznej* opublikowanej w 2011 r. wynika, że 72% gospodarstw domowych zgłaszało większe lub mniejsze trudności z „wiązaniami końca z końcem”, a poniżej granicy niedostatku (według ujęcia subiektywnego) żyje prawie 37% polskich gospodarstw domowych. Niekorzystna sytuacja materialna prowadzi przeważnie do „syndromu oszczędzania na zdrowiu”: w roku 2011 z powodów finansowych z zakupu leków zrezygnowało nieco ponad 18% gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych, ponad 17% z leczenia stomatologicznego, 14% zrezygnowało z usług lekarza oraz badań medycznych (7,5%). Rezygnacje dotyczyły przede wszystkim gospodarstw utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, rencistów, rodzin niepełnych oraz gospodarstw

nierodzinnych jedno- i wieloosobowych [Czapiński, Panek 2011: 56, 122–123, 329]. Badania monitorujące od 2003 r. rosnący poziom wydatków na świadczenia związane z chorobą i rehabilitacją wskazują ponadto na zjawisko konieczności zaciągania pożyczek w komercyjnych bankach na pokrycie kosztów leczenia i świadczeń rehabilitacyjnych – w roku 2003 3,9% gospodarstw domowych zostało zmuszonych do tej formy finansowania świadczeń [dane GUS, listopad 2003].

Przytoczone dane wskazują, że system medyczny w Polsce ze względu na niedostosowanie świadczonych usług i standardów leczenia do potrzeb osób o niższym statusie społecznym wyklucza lub drastycznie ogranicza prawo do zdrowia znacznej części obywateli oraz powiększa i utrwała nierówności zdrowotne. Wysiłek ograniczania nierówności zdrowotnych powinien być ukierunkowany na diagnozę źródeł i skutków nierówności społecznych w zdrowiu i chorobie. Strategie współczesnej polityki społecznej czynią przewyżnianie tych nierówności swoim priorytetem [Ostrowska 2010: 23–42]. Można w tym kontekście postawić pytanie, czy w sytuacji rosnących i utrwalających się nierówności społecznych i zdrowotnych planowana prywatyzacja i komercjalizacja służby zdrowia jest rozwiązaniem efektywnym i celowym oraz dostosowanym do możliwości ekonomicznych Polaków oraz czy przyczyni się do rzeczywistej poprawy funkcjonalności systemu medycznego. Według badań sondażowych, komercjalizację i prywatyzację szpitali popiera „decydowanie” i „raczej” ogółem 28% respondentów, równocześnie jest temu przeciwna 56% badanych. Większość respondentów wyraziła obawy, że przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego spowoduje, że „zmniejszy się dostęp do usług medycznych”, „samorządy będą sprzedawać szpitale prywatnym inwestorom”, „utrudnione będzie uzyskanie pomocy w szpitalu w nagłych przypadkach”, a także, że „szpitale będą likwidowane i w ich miejscu będzie prowadzona inna, bardziej dochodowa działalność”. Ankietowani sądzą także, że na prywatyzacji najbardziej skorzystają prywatni inwestorzy (71% badanych) oraz lekarze (65%), a najbardziej stracą sami pacjenci (z taką opinią zgadza się 52% badanych) [Roguska 2008: 2, 5–6].

Idea redukcji roli zaangażowania państwa w sferę zdrowia, czego konsekwencją są wprowadzane zmiany oraz tendencja do wycofywania się instytucji rządowych z odpowiedzialności za zdrowie obywateli winna być traktowana przez władze ze szczególną rozważą i odpowiedzialnością za skutki tych przekształceń. Zdrowie stanowi centralną i szczególnie „wrażliwą” kwestią społeczną – w prowadzonych systematycznie badaniach opinii publicznej zdrowie okazuje się być jedną trzech najważniejszych kategorii (obok pracy i warunków materialnych) będących przedmiotem obaw i trosk [Feliński 2008: 2–4; Roguska 2005: 2–4], równolegle prawie 60% Polaków wskazuje, że zdrowie jest „jedną z najważ-

niejszych wartości codziennego życia” [Boguszewski 2007: 1]. Bycie zdrowym określa szanse i możliwości zdobywania i korzystania z określonych cennych społecznie dóbr, wpływa na poziom i jakość życia. W konsekwencji, zdrowie nie może być traktowane jak kolejny element „neoliberalnych strategii rynkowych”, bowiem ta sfera ze swej natury wymaga stabilności, przewidywalności oraz odpowiedzialności ze strony państwa. Przeprowadzane w polskim systemie medycznym liczne zmiany, począwszy od strukturalnej reformy służby zdrowia z roku 1999, ewoluują w kierunku odwrotnym – obserwujemy stopniowe przenoszenie licznych zadań i obowiązków związanych z opieką zdrowotną na niższe szczeble administracji samorządowej, za czym nie idzie wzrost funkcji regulacyjnych i kontrolnych na szczeblach wyższych, co z kolei sprzyja „rozmywaniu się” odpowiedzialności. Niejednoznaczność w tym zakresie przejawia się m.in. w braku precyzyjnie określonych granic odpowiedzialności poszczególnych podmiotów. Są także takie obszary w sektorze zdrowia, które pozostają poza zobowiązaniami jakichkolwiek partnerów, wobec czego interesy pacjentów, a także realizacja jednej z ważniejszych funkcji państwa – ochrona zdrowia są poważnie zagrożone. A zatem, wraz z pojawieniem się licznych podmiotów, które miałyby odpowiadać za kwestie zdrowia obywateli „[...] powstała sytuacja odpowiedzialności ponoszonej wspólnie, co jednak nigdy nie zostało przedstawione jako wspólna koncepcja odnosząca się do sektora zdrowotnego, choć pojawiała się jako idea związana z polityką zdrowotną realizowaną w społeczeństwie demokratycznym” [Włodarczyk 2002: 219]. Należy raz jeszcze podkreślić, że udział wielu podmiotów w ponoszeniu odpowiedzialności za zdrowie nie jest w istocie czymś nagannym czy nieprawidłowym, chodzi tutaj raczej o problem swoistego „samoograniczania się” instytucji centralnych państwa w tym zakresie i przeniesienie tego obowiązku na szczeble niższe, co oznacza w istocie systematyczne pozbywanie się tego obowiązku. Przejawem tej tendencji jest chociażby przyznanie samorządom terytorialnym na mocy Ustawy z 1999 r. praw własności do zakładów opieki zdrowotnej przy braku dostępu do środków, które umożliwiłyby efektywną realizację tych uprawnień. Podobny kierunek myślenia o organizacji opieki zdrowotnej widać także we wspomnianych działaniach zmierzających do prywatyzacji i komercjalizacji usług medycznych – mogą one doprowadzić do, przynajmniej częściowego, obciążenia pacjentów kosztami leczenia. Należy ponadto podkreślić fakt, że kolejne korekty i modyfikacje systemu medycznego podejmowane są zwykle z pominięciem diagnozy społecznej oraz oceny „kosztów ludzkich” wprowadzanych zmian, a także ignoruje poziom ich akceptacji społecznej. Szczególnie niepokojące jest to, że obrany kierunek zmian w systemie zdrowia, jest procesem w dużej mierze niejawnym, rozciągniętym w czasie. Są to

zmiany, które najczęściej wprowadzane są pod hasłem decentralizacji, która ma zapewnić lepszą efektywność systemu, zdecydowanie rzadziej mają one charakter oficjalnego i wyraźnego postulatu ograniczenia odpowiedzialności państwa. Efektem tych „cichych” przemian jest niewielki opór społeczny oraz niska świadomość opinii publicznej, że może dochodzić tym samym do naruszenia zapisów Konstytucji w zakresie realizacji obowiązku władz publicznych zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej [Włodarczyk 2002: 219–221; Brenner 1995: 214–221]. Co więcej, obrany kierunek reform w obliczu kryzysu gospodarczego i finansowego może pociągać za sobą rosnące koszty społeczne oraz pogłębiać i tak znaczne nierówności zdrowotne.

Jednym z ważniejszych narzędzi ograniczania nierówności zdrowotnych jest także „społecznie ukierunkowana” promocja zdrowia, która uznana została za istotny element tzw. nowego zdrowia publicznego (*new public health*). Promocja zdrowia obejmuje działania ukierunkowane na wszystkie poddające się zmianom czynniki warunkujące zdrowie – elementy związane z zachowaniami zdrowotnymi oraz te, które wpływają na wysokość dochodu, poziom wykształcenia, zatrudnienie, warunki pracy czy dostęp do instytucji i usług medycznych, a także środowisko fizyczne. Miarą efektywności promocji zdrowia jest trwała współpraca międzysektorowa na rzecz zdrowia [Słońska 2008: 83–84, 2010a: 213–225; Korzeniowska 2008: 95]. Podejście to jest zasadniczo odmienne od celów i sposobów działania komercyjnej medycyny naprawczej, która w oparciu o rozbudowaną sieć instytucji oraz rozwinięte struktury biurokratyczne, koncentruje się na „administrowaniu” rosnącym obszarem zdrowia obywateli. Jednak wobec narastających problemów związanych z tzw. chorobami cywilizacyjnymi (o charakterze chronicznym, przewlekłym, funkcjonalnym) oraz postępującym starzeniem się społeczeństw, potrzeba oddziaływania na szereg pozamedycznych czynników ryzyka stała się oczywista, niezbędna i pilna [Cockerham 2004: 25–29; *WHO Global Report* 2005: 48; Blaxter 2009: 172; Nettleton 1996: 12; Słońska 2009: 283–285]. Sposób myślenia o zdrowiu jak o zasobie (kapitale), które powinno być wspierane nie tylko w instytucjach medycznych, wyraża znany raport M. Lalonde’a (1974), gdzie koncepcja „pól zdrowia” stała się inspiracją dla prób oszacowania realnego wpływu systemu medycznego oraz czynników pozamedycznych na stan zdrowia populacji – w *Narodowym Programie Zdrowia* na lata 2007–2015 stwierdzono, że zdrowie człowieka zależy w około 50% od stylu życia, natomiast działania służby zdrowia oszacowano na około 10% [*Narodowy Program Zdrowia* 2007: 10].

Wobec przytoczonych danych, promocja zdrowia, wykorzystująca dorobek nauk o zachowaniu, okazuje się potencjalnie najskuteczniejszym sposobem

podnoszenia poziomu zdrowia społecznego (jeśli np. nowoczesna profilaktyka to bilans 15% kosztów i 85% korzyści, to w przypadku szacunkowej oceny stosowania leczenia specjalistycznego proporcje są odwrotne – 85% kosztów i tylko 15% korzyści – dane Państwowego Zakładu Higieny dotyczące raportu prof. M. Miller z 2002 – maszynopis w posiadaniu autorów). Tymczasem podstawowa zasada promocji zdrowia – współpraca międzysektorowa na rzecz zdrowia – chociaż określana w Narodowym Programie Zdrowia jako kluczowa, napotyka w Polsce na liczne trudności i bariery systemowe. Zwraca się uwagę na niską efektywność zmedykalizowanych programów promocji zdrowia. Chodzi o sytuację, w której „[...] dominacja medycyny naprawczej znajdująca wyraz m.in. w niskim statusie zdrowia publicznego, tradycyjnym sposobie jego definiowania, a także koncentracji reformy systemu zdrowia na opiece medycznej, prowadzi do pojawienia się zjawiska medykalizacji w samym systemie zdrowia” [Słońska 2008: 85; Nettleton, Bunton 1999: 41–58]. Zmedykalizowana i podporządkowana orientacji biomedycznej promocja zdrowia pomija szersze, socjoekologiczne jego uwarunkowania. Swoistym paradoksem staje się fakt, że promocja zdrowia, z ideą wychodzenia poza wąski paradygmat medycyny naprawczej, sama stała się przedmiotem jej dominacji. Sytuacja „zagrożenia medykalizacją” oraz marginalizacja promocji zdrowia trwa, z różnym nasileniem, od początku wdrażania rozmaitych jej programów w Polsce. Specyfiką podejścia do promowania zdrowia w naszym kraju jest, oprócz wspomnianej ograniczonej współpracy międzysektorowej, m.in. niewielka świadomość roli czynników społeczno-ekonomicznych warunkujących zdrowie, zarówno wśród polityków, służby zdrowia, jak i samego społeczeństwa, niski status promocji zdrowia w systemie ochrony zdrowia, eksponowanie zmedykalizowanej wersji edukacji zdrowotnej, kontraktowanie usług medycznych (np. badań przesiewowych, poradnictwa medycznego), stanowiących działania rzekomo należące do promocji zdrowia, a tym samym redukcja tej idei do wąsko pojmowanej profilaktyki chorób. Wiele programów biomedycznych opiera się ponadto na prostym modelu zmiany behawioralnej, z pominięciem złożonego kulturowego i strukturalnego kontekstu działań społecznych. Medykalizację i w konsekwencji marginalizację promocji zdrowia wywołuje również fakt, że środowisko lekarskie, zorientowane na priorytety medycyny naprawczej, ma w sektorze zdrowia decydujący głos przy podejmowaniu decyzji systemowych. W rezultacie promocja zdrowia w Polsce stanowi margines sektora zdrowia – odczuwalny jest zwłaszcza deficyt środków finansowych, infrastrukturalnych oraz brak skutecznych rozwiązań prawnych. W tym miejscu warto raz jeszcze odwołać się do *Narodowego Programu Zdrowia*, który w założeniu miał odegrać kluczową rolę w zakresie wdrażania interdyscyplinarnych i wielosektorowych

działań promujących zdrowie oraz tworzyć formalne podstawy nowoczesnego systemu ochrony zdrowia i jego promocji. Jednak niedoprecyzowanie jego statusu, brak synergii z innymi programami, a także ograniczenie finansowania z budżetu centralnego spowodowały, że idea funkcjonalnej współpracy międzysektorowej nie została wdrożona. Ostatecznie konsekwencją braku systemowych rozwiązań z zakresu promocji zdrowia jest dalsze niebezpieczne pogłębianie się i utrwalanie nierówności zdrowotnych w naszym kraju [Słońska 2008: 85–93].

KOMENTARZ PODSUMOWUJĄCY

Przedstawiona w tekście problematyka funkcjonalności/dysfunkcjonalności polskiego systemu medycznego stanowi rodzaj wprowadzenia do dalszych dyskusji w tym zakresie. Postawiono tu pytania istotne nie tylko z punktu widzenia socjologii będącej nauką humanistyczną, lecz także z perspektywy obecnej i przyszłej polityki społecznej (w tym również polityki zdrowotnej) w końcu pierwszej dekady XXI w. W prezentowanym ujęciu dotyczącym jednego z najważniejszych obszarów życia społecznego i jednostkowego, wyznaczonych przez pojęcia: zdrowie – choroba – medycyna, jest zapewne więcej znaków zapytania i elementów o charakterze diagnostycznym niż gotowych odpowiedzi.

System ochrony zdrowia jest w nowoczesnych rozwiniętych społeczeństwach obywatelskich obszarem szczególnego zainteresowania polityków społecznych i strategów rozwoju ekonomicznego. Od dawna wiadomo, że dobry stan zdrowia populacji jest znaczącym czynnikiem prorozwojowym, i na odwrót, złe wskaźniki zdrowotne decydują o gorszej kondycji gospodarczej danego kraju. Dlatego w warunkach prognozowanego dalszego pogarszania się wskaźników makroekonomicznych warto zadbać o stymulowanie i monitorowanie procesu polepszania się stanu zdrowia Polaków. Jest to szczególnie ważna dyrektywa dla socjologii, bowiem poziom zdrowia interesującej nas populacji zależy przede wszystkim od elementów społeczno-kulturowych i czynników socjoekonomicznych. Społeczne uwarunkowania zdrowia stały się również, co najmniej od dekady, osią debaty publicznej w takich rozwiniętych krajach Zachodu jak Niemcy, Francja czy Stany Zjednoczone. Głównym tematem dyskusji i gorących sporów politycznych są tam ścierające się, konkurencyjne programy sanacji systemu opieki zdrowotnej. Warto jeszcze raz przypomnieć, że z perspektywy socjologii polityki i zasad komunikacji społecznej sprawy zdrowia stanowią kluczową kwestię pozwalającą partiom i ugrupowaniom politycznym zyskać (lub stracić) poparcie społeczne, wiadomo bowiem, że oceniany przez obywateli standard ochrony zdrowia wpływa na ich

aspiracje, oceny partii rządzących, plany życiowe, jakość życia, i wreszcie, jest ważnym czynnikiem decydującym na kogo ludzie oddadzą głos w najbliższych wyborach parlamentarnych. W starzejącym się społeczeństwie z wysokim odsetkiem emerytów i rencistów problemy te znajdują się w centrum uwagi milionów Polaków. Wszystkie przytoczone fakty winny skłaniać polityków z kolejnych ekip rządzących do traktowania sfery ochrony zdrowia z jej społecznymi uwarunkowaniami jako niepodlegającego dyskusji priorytetu. Niestety, w rzeczywistości tak się nie dzieje (osobnym, ciekawym polem dyskusji politologicznych mogą być powody długotrwałych zaniechań na tym polu).

Równocześnie, odnosząc się do ważnego wątku sporów wokół programów naprawczych mających podnieść funkcjonalność systemu zdrowotnego, warto zauważyć, że dogmatyczne stosowanie reguł rachunku ekonomicznego jako podstawowej zasady „definiującej” rynek medyczny niekoniecznie i nie zawsze musi być optymalnym rozwiązaniem. W rozwiniętych krajach zachodnich całe obszary tego typu usług są celowo wyjęte z reguł gospodarki rynkowej, głównie po to, by nie wyłączać znacznej części biedniejszych obywateli z dostępu do świadczeń zdrowotnych i nie łamać zapisów legislacyjnych gwarantujących ludziom w krajach UE pełnego dostępu do standardowych usług zdrowotnych i tym samym gwarantować im konstytucyjne prawo do „bycia zdrowymi”. Dodajmy, że polskie doświadczenia roku 2011 pokazują, że prywatyzacja i komercjalizacja nie wszędzie była optymalnym rozwiązaniem umożliwiającym sanację ekonomiczną zadłużonych (wcześniej publicznych) instytucji i placówek ochrony zdrowia [Brenner 1995: 215–216; zob. zwłaszcza podrozdział *Direct SES – Health Mechanisms*].

W tradycji polskiej i europejskiej socjologii ważną rolę odgrywa funkcja krytyczna i kontrolna tej dyscypliny [Mucha 2002: 69 i nast.]. J. Mucha zauważa, że: „Otwarte uprawianie radykalnej socjologii krytycznej oznacza więc m.in., że w danym społeczeństwie istnieje znaczna wolność słowa i badań” [Mucha 2002: 69]. Jeśli zatem uważać próbę budowania lepszej rzeczywistości społecznej za misję socjologii, to bez tej funkcji zadanie nie może być zrealizowane. Najczęściej wspomnianą funkcją krytyczną była traktowana w kategoriach kompleksowej, pogłębionej diagnozy, mającej za zadanie nie tylko zrealizowanie powinności poznawczych danej nauki, lecz także naprawę ważnej sfery życia publicznego. Klasycznym przykładem takiego rozumienia misji nauk społecznych była krytyka amerykańskiej socjologii „głównego nurtu” m.in. za brak refleksji nad deformacją i destrukcją demokracji w tym kraju dokonana przez C.W. Millsa w jego pracy *The Sociological Imagination* (1959). Z kolei za eksponenta podobnego podej-

ścia w europejskiej socjologii należy bez wątpienia uznać kontynuatora „szkoły frankfurckiej” J. Habermasa [Mucha 2002: 70].

Wydaje się, że praktyczna aplikacja dyrektyw „socjologii krytycznej” opierających się na solidnych podstawach empirycznych jest strategią mogącą przynieść nieocenione korzyści poznawcze m.in. w postaci demistyfikacji stereotypów społecznych i artefaktów oraz odsłaniania, niekiedy głęboko ukrytych, mechanizmów sprawowania władzy (ekonomicznej, politycznej, ideologicznej, a także medialnej), podejście to może również wzbogacić wiedzę o rzeczywistym funkcjonowaniu zbiorowości ludzkich, chronić i wzmacniać demokrację, upowszechniać idee aktywności społecznej i obywatelskiej, partycypacji w życiu publicznym etc. Klasyczne analizy „socjologii krytycznej” skupiały się m.in. na władzy, rzeczywistym wpływie na życie polityczne wielkich korporacji i oligopolii oraz zjawiskach skrywanego, niejawnego, nielegalnego lobbowania na rzecz własnych interesów (dodajmy, że wydarzeniem bez precedensu były publicznie wyrażone opinie konstytucyjnego ministra R.P. B. Arłukowicza – w grudniu 2011 r. – iż wielokrotnie i systematycznie koncerny farmaceutyczne usiłowały niejawnie wpływać na strategiczne decyzje podejmowane w ramach kierowanego przez niego resortu ingerując m.in. w przygotowywaną listę leków refundowanych). Z drugiej strony podejście „socjologii krytycznej” pozwala odkryć skrywany przez oficjalną propagandę obszar biedy, wykluczenia społecznego, deprywacji i marginalizacji. Badacze identyfikujący się z tą orientacją usiłowali utożsamiać się z interesami niższych klas społecznych i z tej pozycji dokonywać analizy tworzenia się społeczeństwa oligarchicznego, opartego na niedemokratycznych mechanizmach korupcji politycznej oraz klientelizmu, z zachowaniem pozorów „fasadowej demokracji”.

Koncentrowanie uwagi na istotnych dysfunkcjach współczesnego neoliberalnego kapitalizmu, zwłaszcza na obszarze tak ważnym dla poczucia sprawiedliwości społecznej i godności osobistej jednostki, jakim jest obszar zdrowia, wydaje się szczególnie powinnością „krytycznej socjologii zdrowia i choroby”, zwłaszcza w okresie trwania długiego oraz nieprzewidywalnego kryzysu społecznego i ekonomicznego. Należy także podkreślić, że myślenie krytyczne nie powinno być marginalizowane, lekceważone lub „wypchnięte” poza obszar debaty publicznej jest ono również nieodzowne dla rozwoju socjologii „głównego nurtu”. Należy zgodzić się z twierdzeniem A. Giddensa, iż podejście krytyczne jest istotą zaangażowanego uprawiania socjologii [Giddens 2004: 696; 1998: 23–33, rozdz. *Wyobraźnia socjologiczna: socjologia jako krytyka*].

W polskiej socjologii medycyny prekursorem „podejścia krytycznego” była Magdalena Sokołowska (1922–1989) – jej wszechstronne wykształcenie:

pielęgniarka, lekarz, działacz społeczny, reformator zdrowia publicznego, socjolog oraz cechy charakteru: upór, dociekliwość, przekora oraz temperament polemiczny, szczególnie predestynowały ją do „bycia socjologiem krytycznym” świadczą o tym dobitnie jej książki – *Granice medycyny* (1980) oraz *Socjologia medycyny* (1986). W pierwszej z nich dokonuje krytycznej analizy dysfunkcyjności kapitalistycznego, nastawionego na zysk systemu medycznego (patrz rozdział: *Medycyna zagrożeniem?*) oraz postuluje konieczność kontroli społecznej i swoistego nadzoru obywatelskiego nad tą kosztowną biurokracją finansowaną głównie z funduszy publicznych. Zastanawia się także nad genezą zachodnich instytucji medycznych (nie tracąc przy tym podziwu dla imponującego postępu technologicznego biomedycyny). Efektów kryzysu zaufania pacjentów do zachodnich lekarzy upatruje w rozwoju metod i technik leczenia niemedycznego (patrz rozdział: *Istota powodzenia uzdrowicieli tradycyjnych*). W drugiej ze wspomnianych pozycji, podręczniku „Socjologia medycyny”, Sokołowska skupia się głównie na nierówności społecznych w zdrowiu i chorobie oraz analizuje, po raz pierwszy z takiej perspektywy, problem narastających błędów lekarskich, które w jej opinii są również symptomem kryzysu biotechnicznej medycyny (patrz rozdział: *Jatrogeneza*). Osobno rozważa także zagadnienia deprywacji w odniesieniu do usług i świadczeń medycznych.

Kilka lat temu, zainspirowani tym podejściem, próbowaliśmy zaznaczyć, pogłębić i rozwinąć taką dyrektywę badawczą w ogólnopolskiej monografii socjomedycznej pt. *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny* [Piątkowski 2004: 13–14]. Praca ta stanowiła próbę ukazania m.in. dysfunkcyjności ówczesnego systemu ochrony zdrowia, zasygnalizowania problemu nielegalnego lobbingu koncernów farmaceutycznych i ich wpływu na decyzje podejmowane przez instytucje resortu zdrowia, a także ukazania znaczenia niskiego statusu socjoekonomicznego jako czynnika wpływającego na etiologię chorób cywilizacyjnych w Polsce etc. Pisaliśmy wówczas, że są to obszary swoistego „społecznego świata nieprzedstawionego”, którego eksploatacją winna się zajmować także socjologia medycyny. Zagrożenia wywoływane i generowane przez współczesny system medyczny powinny być klasycznym przykładem aplikacji funkcji oceniającej naszej subdyscypliny, warto bowiem, zwłaszcza w czasach kryzysu i „społeczeństwa ryzyka”, podtrzymywać tradycję „krytycznej i kontestującej socjologii zdrowia i choroby”. Wybór „neutralnego” lub co gorsza „apologetycznego” sposobu uprawiania tej nauki nie służy ani jej samej, ani tym bardziej nie zbliża nas do ideałów dyscypliny „społecznie wrażliwej”, a więc wzoru który propagowała Magdalena Sokołowska. Antonina Ostrowska uczennica, współpracowniczka i kontynuatorka „polskiej szkoły

socjologii medycyny” pisała: „Owe zagrożenia społeczne płynące ze strony medycyny wyzwoliły [...] nowy trend refleksji i badań w socjologii medycyny [...] warto jednak także wskazać, że ma on kontestacyjny charakter w stosunku do medycznego establishmentu [...]. Nurt ten, z założenia reformatorski, obrócony jest przeciwko systemowi medycznemu, a jego siłą wspierającą stanowi ruch konsumencki i organizacje pozarządowe [...]” [Ostrowska 2004: 35].

Szczególnie interesujące z punktu widzenia „socjologii socjologii” jest pytanie, dlaczego budowa zrębów społeczeństwa obywatelskiego, transformacja systemowa oraz tworzenie struktur demokratycznych (w tym zniesienie cenzury) nie zachęciło polskich socjologów medycyny do planowania i realizacji systematycznych projektów badawczych analogicznych do prac badaczy zachodnich mających na celu diagnozę, w duchu „socjologii krytycznej”, głównych mechanizmów społecznych decydujących o niesprawności polskiego systemu ochrony zdrowia. Naczelnym założeniem takich zamierzeń, normalnych w społeczeństwie demokratycznym, winno być dążenie do eliminacji lub redukcji tych dotkliwych dla obywateli, strukturalnych dysfunkcjonalności tkwiących w systemie medycznym.

BIBLIOGRAFIA

- Barański J. [2002], *Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Barański J., Piątkowski W. (red.) [2002], *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Bielecki W.J. [2007], *Przedmowa*, [w:] W.J. Bielecki, *Syndrom choroby funkcjonalnej: socjologiczny mit czy rzeczywistość?*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bizoń Z. [1976], *Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych*, [w:] M. Sołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa: PWN.
- Bjornberg A., Garrofe B.C., Lindblad S. [2009], *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia* (Health Consumer Powerhouse), Warszawa: AB.
- Blaxter M. [2009], *Zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Boguszewski R. (oprac.) [2007], *Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, wrzesień.
- Bowling A. [2007], *Research methods in health. Investigating health and health services*, New York: Open University Press.
- Brenner M.H. [1995], *Political Economy and Health*, [w:] B.C. Amil, S. Levine, A.R. Tarlov, D. Walsh (eds.), *Society and Health*, New York, Oxford: Oxford University Press.
- Cockerham W.C. [2004], *Medical Sociology*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Coronna C.A. [2011], *Clash of Logics, Crisis of Trust: Entering the Era for Profit Health Care?*, [w:] B.A. Pescosolido et. al. (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing*, New York: A Blueprint for the 21st Century, Springer.

Czapliński J., Panek T. (red.) [2011], *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.

Duch-Krzyszoszek D. [2009], *Korzystanie ze służby zdrowia. Uwarunkowania mikrostrukturalne i makrostrukturalne*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Feliksiaś M. (oprac.) [2008], *Nadzieje i obawy związane z rokiem 2008*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, styczeń.

Field M.G. [1976], *System zdrowia a system społeczny*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa: PWN.

Giddens A. [1998], *Socjologia. Zwięźle lecz krytycznie wprowadzenie*, Poznań: Zysk i S-ka.

Giddens A. [2004], *Demokracja i sfera publiczna – Habermas*, [w:] A. Giddens, *Socjologia*, Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

Korzeniowska E., *Promocja zdrowia w Polsce. Socjologiczna Analiza procesu innowacji*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.

Lewis B.L., Parent F.D. [2001], *Healthcare Equity*, [w:] H.B. Rebach, J.G. Bruhn (eds.), *Handbook of Clinical Sociology*, wyd. II, New York: Kluwer Academic.

Moskałewicz B. [2009], *Medycyna jako system społeczny*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Mucha J. [2002], hasło *Socjologia krytyczna*, [w:] Z. Bokszański i in. (red.), *Encyklopedia socjologii*, t. 4, Warszawa: Oficyna Naukowa.

Narodowy Program Zdrowia [2007], *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Załącznik do Uchwały Rady Ministrów z dn. 15 maja 2007, nr 90.

Nettleton S. [1996], *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press.

Nettleton S. [2006], *Social Inequalities and Health Status*, [w:] S. Nettleton, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press.

Nettleton S., Bunton R. [1999], *Sociological critiques of health promotion*, [w:] R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows, *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption Lifestyle and Risk*, London: Routledge.

Ostrowska A [2004], *Polska socjologia na tle zachodniej*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Lublin: Wyd. UMCS.

Ostrowska A. [2010], *Zróżnicowania społeczne i nierówności w zdrowiu*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Parsons T. [2009], *System społeczny*, Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.

Piåtkowski W. [2004], *Wstę*, [w:] W. Piåtkowski (red.), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Roguska B. (oprac.) [2005], *Rok 2005 – nadzieje i obawy*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, luty.

Roguska B. (oprac.) [2008], *Opinie o komercjalizacji szpitali*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, wrzesień.

Senior M., Vivas B. [1998], *Health and Illness*, London: Palgrave – Macmillan.

Shilling Ch. [2008], *Kultura, „rola chorego” i konsumpcja zdrowia*, [w:] P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności*, Kraków: Wydawnictwo Znak.

Słóńska Z. [2008], *Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.

Słóńska Z. [2009], *Socjologia a promocja zdrowia*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Słóńska Z. [2010a], *Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia” w perspektywie socjologicznej*, [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Lublin: Wydawnictwo KUL.

Słóńska Z. [2010b], *Spoleczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Stevens F. [2010], *The Convergence and Divergence of Modern Health Care Systems*, [w:] W.C. Cockerham (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Oxford: Blackwell.

Survey [2011], *Survey of Health Care Consumers Global Report: Key Findings, Strategic Implications*. Produced by the Deloitte Center for Health Solutions.

Synowiec-Piłat M. [2002a], *Funkcjonalność i dysfunkcjonalność instytucji medycznych*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Synowiec-Piłat M. [2002b], *Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Taranowicz I. [2002], *Zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Tobiasz-Adamczyk B. [2005], *Kilka uwag o socjologii choroby*, [w:] W. Piątkowski, W.A. Brodny (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Tyczyn: Wydawnictwo WSSG.

Wądołowska K. (oprac.) [2010], *Opinie o opiece zdrowotnej*, Warszawa: Komunikat z badań CBOS, luty.

WHO Global Report [2005], *WHO Global Report Preventing chronic disease: a vital investment*, Geneva: WHO.

Włodarczyk W.C. [2002], *Reforma opieki zdrowotnej – w poszukiwaniu nowych funkcji*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Włodarczyk W.C. [2006], *Polityka zdrowotna Unii Europejskiej: nierówności w zdrowiu*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” IV, nr 2.

Wsędziorówny M., *Zachowania zdrowotne w warunkach biedy*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Włodzimierz Piątkowski
Luiza Nowakowska

**MEDICAL SYSTEM IN POLAND IN THE FACE OF XXI CENTURY
CHALLENGES THE PERSPECTIVE OF THE CRITICAL SOCIOLOGY
OF HEALTH AND DISEASE**

Abstract

The purpose of the discussion is to evaluate certain aspects of the Polish health care system – its ability to respond to contemporary dynamic social, economic and epidemiological changes (including the spread of chronic diseases, aging population or family crisis – its possibilities for providing care of the sick). The analysis of such a problem was based on a critically-oriented perspective that is developed in the field of the sociology of health and illness.

The text pays particular attention to the problem of deepening social inequalities, which can be considered as one of the major factors that hinder access to health care and influence poorer health condition. In this context the mechanism of “saving health” and borrowing in order to satisfy the health needs in the face of financial difficulties was mentioned. Moreover, the text includes the attempt to evaluate the effectiveness of health promotion programs in our country as potentially the most effective way of raising the level of public health. There is also the issue of public confidence in health care institutions and the approval of attempts towards reforming the medical system in our country. A separate part of the discussion was devoted to criticism of the idea of reducing the role of the state in the health care sector.

Keywords: the medical system, critical sociology, health inequalities, health promotion

MAGDALENA WIECZORKOWSKA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

MEDYKALIZACJA SPOŁECZEŃSTWA W SOCJOLOGII AMERYKAŃSKIEJ¹

Streszczenie

Zawłaszczanie przez szeroko pojętą medycynę kolejnych obszarów życia ludzkiego – stanów, zachowań i atrybutów – jest procesem globalnym, który na przełomie XX i XXI w. wyraźnie się nasilił. Zjawisko to odznacza się zróżnicowaną dynamiką w ujęciu regionalnym, co jest spowodowane czynnikami natury politycznej, społeczno-ekonomicznej czy religijnej. W Polsce medykalizacja jest wciąż zjawiskiem niezbadanym, a literatura na ten temat powiela obieguowe opinie lub przytacza wyniki badań zachodnich.

Ogromna liczba prac amerykańskich autorów poświęconych temu zjawisku może świadczyć o wysokim stopniu zmedykalizowania społeczeństwa. Celem artykułu jest pokazanie zjawiska medykalizacji w kontekście nurtu amerykańskiej socjologii medycyny. Zaprezentowany zostanie dorobek amerykańskich badaczy w perspektywie historycznej, z uwzględnieniem wpływów innych specjalistów zajmujących się tą problematyką. Zjawisko medykalizacji zostanie zaprezentowane jako fenomen interdyscyplinarny, ze szczególnym uwzględnieniem jego społecznych konsekwencji. Następnie podjęta zostanie próba systematyzacji przebiegu procesu medykalizacji w Stanach Zjednoczonych z uwzględnieniem poszczególnych jego etapów. Realizacja tych celów stanie się przyczynkiem do rozważań o procesie medykalizacji w Polsce.

Słowa kluczowe: medykalizacja życia codziennego, kontrola społeczna, dewiacja, modele medykalizacji, psychofarmakologia, medykalizacja emocji.

* Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

¹ Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z zadania badawczego nr 502-03/6-074-02/502-64-008.

WPROWADZENIE – ŚWIAT JAKO KLINIKA?

W roku 1923 w Paryżu, po raz pierwszy wystawiono sztukę *Knock, czyli triumf medycyny*², której autorem był Jules Romains. Komedia w trzech aktach opowiada historię lekarza, tytułowego doktora Knocka, który trafia do miasteczka Saint-Maurice, gdzie przejmuje posadę doktora Parpalaid, który z kolei – zapewne zmęczony małomiasteczkową atmosferą i brakiem pacjentów – postanawia przenieść się do dużego miasta. W czasie pierwszego spotkania obu panów doktor Knock dowiaduje się, że mieszkańcy raczej nie chorują i lekarz nie ma w miasteczku wiele do roboty. Ta sytuacja nie jest satysfakcjonująca dla głównego bohatera, który dość szybko próbuje ją zmienić. Angażuje do pomocy miejscowego nauczyciela, Bernarda, który organizuje pogadanki o szkodliwych bakteriach i wirusach krążących w powietrzu oraz miejscowego dobosza, który obwieszcza mieszkańcom przybycie nowego lekarza i zaprasza na darmowe wizyty w poniedziałki. W krótkim czasie zaludnia się poczekalnia doktora i apteka Mousqueta. Systematycznie wypędzając zdrowie ze swych pacjentów i jednocześnie bogacąc się przy tym, czyni z miasteczka szpital, gdyż w jego mniemaniu, każdy jest chory, tylko o tym nie wie. Miejscowy hotel rzeczywiście zostaje zamieniony na szpital, w którym garstka zdrowych opiekuje się całą rzeszą chorych. Ostatecznym triumfem Knocka jest wmówienie choroby swemu poprzelnikowi [Romains 1900; Blech 2006: 1–2].

Sztuka, choć powstała ponad stulecie temu – pierwsze papierowe wydanie pochodzi z roku 1900 – nie straciła aktualności i pokazuje, jak zdrowi ludzie stają się chorzy, jak cienka jest granica między zdrowiem a chorobą i jak potężna może być władza i kontrola profesji medycznych.

Teza o medykalizacji (*medicalization thesis*) czy teoria medykalizacji (*medicalization theory*), jak coraz częściej opisuje się ten proces, jest systematycznie rozwijana od lat 50. XX w., głównie na gruncie socjologii amerykańskiej, choć nie brak tu odniesień do źródeł europejskich (m.in. do prac Michela Foucaulta³). Proces medykalizacji ma charakter globalny – umedykycznieniu ulega życie codzienne

² Sztuka była dwukrotnie wystawiana w Polsce – pierwszy raz w roku 1960, w reżyserii Erwina Axera na deskach Teatru Współczesnego w Warszawie; drugi raz w 1993 r. Stanisław Różewicz wyreżyserował spektakl telewizyjny pod tym samym tytułem.

³ Foucault i jego prace wywarły ogromny wpływ na socjologię amerykańską. Koncepcje wiedzy-władzy i biopolityki stanowią podstawy teoretyczne współczesnych prac z zakresu medykalizacji. W niniejszym artykule ten wątek został jednak celowo pominięty – rekonstruowana jest medykalizacja w ujęciu amerykańskim, zatem szersze opisywanie koncepcji Michela Foucaulta jako przedstawiciela socjologii europejskiej nie wydaje się konieczne.

mieszkańców wszystkich kontynentów, choć nie jest to proces równomierny, choćby ze względu na uwarunkowania kulturowe, często utrudniające zmedykalizowanie zachowań czy problemów określonych jednostek i grup. Niemniej jednak najwięcej prac z tego zakresu i projektów badawczych eksplorujących fenomen umedycznienia powstało w Stanach Zjednoczonych. Po części wynika to zapewne z charakterystycznej orientacji społeczeństwa amerykańskiego, którą opisywał Talcott Parsons w dziele *Struktura społeczna a osobowość* – orientacji na sukces [Parsons 1969]. Jednostka, która nie odnosi sukcesu jest bezużyteczna, gdyż nie przyczynia się do pomnażania dobra wspólnego. Stąd tak wielką wagę przywiązuje się do kwestii sprawności ciała i umysłu jako narzędzi potrzebnych do efektywnego realizowania zadań. Wszelkie przejawy dewiacji, patologii, zachowania niezgodne z tak nakreślonym systemem normatywnym muszą być natychmiast wychwytywane i poddane kontroli. Z jednej strony, rosnące możliwości medycyny wynikające z postępu w obrębie tej dyscypliny spowodowały, że to właśnie profesjonaliści medyczni przejęli „władzę” nad ciałem i zdrowiem człowieka, zastępując stopniowo kategorie moralne i prawne opisu ludzkich zachowań i naturalnych procesów życiowych kategoriami i procedurami medycznymi. Z drugiej strony, zaczęły pojawiać się postawy roszczeniowe ze strony samych obywateli, którzy – często nie nadążając lub nie chcąc nadążać za pędzącą lokomotywą sukcesu – zaczęli traktować chorobę jako wymówkę usprawiedliwiającą ich życiowe niepowodzenia. Jeśli jednostce nie udało się czegoś osiągnąć ze względu na chorobę, to będzie ona społecznie usprawiedliwiona, jeśli zaś brak dokonań jest wynikiem lenistwa i braku chęci – taka postawa spotka się z negatywnymi reakcjami społecznymi.

W 1997 r. w „The Wall Street Journal” pojawił się artykuł Jima Windolfa *Naród wariatów*, w którym czytamy: „eksperci nie będą usatysfakcjonowani, dopóki ostatni Amerykanin nie będzie cierpiał z powodu jakiejś choroby, zaburzenia czy syndromu. Jeśli dodasz wszystkie liczby [chorych – przyp. aut.], zbierane w Stanach Zjednoczonych przez wszystkie instytuty, rady, fundacje, lekarzy i autorów, odkryjesz żaloszny obraz narodu... z kolejnym jednym lub dwoma mierzalnymi zaburzeniami, każdy w Ameryce będzie oficjalnie wariatem”⁴ [Windolf 1997, za: Szasz 2007: xv]. Artykuł odnosił się głównie do medykacji w obszarze psychiatrii, ale wydaje się dobrze oddawać metaforę świata jako kliniki.

W kolejnych częściach artykułu proces medykacji społeczeństwa zostanie przedstawiony w odniesieniu do amerykańskiej socjologii medycyny. Zostanie

⁴ Tłum. własne.

zaprezentowana definicja medykalizacji, jej geneza, kontekst, modele medykalizacji oraz aktualny stan badań i kontrowersje wokół tej koncepcji.

DEFINICJA MEDYKALIZACJI

Medykalizacja to proces, w którym niemedyczne problemy (zachowania, stany, atrybuty) zaczynają być definiowane w kategoriach medycznych, najczęściej jako choroby lub zaburzenia i zostają poddane medycznej interwencji. Pewne aspekty codzienności wchodzą w zakres wpływów i nadzoru medycyny. W ujęciu definicyjnym na proces ten można patrzeć od strony samej medycyny, wskazując na rozrost jurysdykcji profesji medycznych i zawłaszczanie przez nie naturalnych procesów życiowych, form dewiacji czy też problemów życiowych [por: Conrad 1992, 1995, 2007; Davis 2006, Poitras 2009 i in.]. Wczesne definicje medykalizacji zakładały, że określony problem musi być przeniesiony pod jurysdykcję profesji medycznych. Najnowsze koncepcje zwracają uwagę na nowych agentów medykalizacji – rozszerzając definicję samego procesu i czynią profesjonalistów medycznych jednym z możliwych, choć nie konstytutywnych, elementów tego procesu.

Od lat 50. XX w. medykalizacja znajduje się w kręgu zainteresowań badaczy reprezentujących socjologię, antropologię, historię, bioetykę i medycynę. Powstające prace dotyczą zwykle konkretnych przypadków medykalizacji, badają ich przyczyny, zakres oraz społeczne konsekwencje, nie brakuje jednak takich, które wyrażają krytyczny stosunek do tego procesu oraz stawiających tezę o „przemedykalizowaniu” (*overmedicalization*), o czym będzie mowa w kolejnych częściach artykułu.

Znaczenie procesu medykalizacji i rolę, jaką odgrywają w nim profesjonaliści medyczni, można obrazowo przedstawić odwołując się do jego trzech poziomów. Na pierwszym, **konceptualnym**, problem definiuje się w kategoriach medycznych. Drugi, **instytucjonalny**, jest związany z wdrażaniem odpowiednich procedur w organizacjach zajmujących się danym problemem. Ostatni poziom, **interakcyjny**, obejmuje bezpośrednią relację lekarza z pacjentem, kiedy ten pierwszy definiuje problem w kategoriach medycznych lub też próbuje go rozwiązać za pomocą środków medycznych (np. lekarstw). Ostatni poziom jest niejako operacjonalizacją dwóch poprzednich i w zasadzie tylko on angażuje bezpośrednio profesjonalistów medycznych, którzy na poziomie definicyjnym i instytucjonalnym mogą, ale nie muszą brać udziału w procesie umedycznienia⁵.

⁵ Szerzej: Wieczorkowska 2008: 107–139.

KONTEKST MEDYKALIZACJI

Proces medykalizacji jest częścią bardziej rozległego procesu historycznego, polegającego na przemianach znaczenia tradycyjnych instytucji (takich jak rodzina czy kościół) i reprezentowanych przez nie wartości oraz wypieraniu ich przez wartości i instytucje nauki. W przypadku medykalizacji mówi się o wypieraniu czy też zastępowaniu religii ujmowanej jako dominująca ideologia i instytucja kontroli społecznej instytucją medycyny i jej wartościami [Conrad 1992; Turner 1987]. W ten sposób człowiek przestał być zły, grzeszny, a stał się chory. Analiza historycznego podejścia do choroby wskazuje na prawdziwość tezy, że sekularyzacja umożliwiła medykalizację. Wedle podejścia metafizyczno-obwiniającego, choroba jest karą za grzechy zesłaną przez Boga, nieczystością w sensie fizycznym i moralnym. Podejście to wyjaśniało chorobę w kategoriach moralnych, winę za jej istnienie ponosiła grzeszna jednostka. Reakcja religijna [Tobiasz-Adamczyk 2000: 65–85] na chorobę opierała się na biernym akceptowaniu woli sił wyższych. Takie ujmowanie i rozumienie choroby dominowało w okresie średniowiecza i było umacniane przez silną instytucję Kościoła katolickiego. Wraz z nadejściem epoki odrodzenia zyskało popularność podejście pragmatyczne, racjonalne, którego początki sięgają czasów starożytnych. Choroba nie była wiązana z grzesznym postępowaniem, a bogowie nie karali, zsyłając ją, mogli jedynie pomagać w jej leczeniu. Takie aktywne postawy, które Tobiasz-Adamczyk nazywa reakcjami magicznymi, występowały m.in. w starożytnym Egipcie i Grecji [por.: Conrad, Schneider 1992: 38–43]. W okresie renesansu nastąpił rozkwit wiedzy medycznej, a przełom w rozumieniu przyczyn chorób spowodowało wynalezienie mikroskopu w wieku XVIII [Ruffie, Sournia 1996: 230–250]. Współcześnie dominuje reakcja instrumentalna [Tobiasz-Adamczyk 2000: 65–85], polegająca na medycznej interwencji, obejmującej organizm zaatakowany przez patogen. Nawet jeśli obserwuje się obecnie podejście metafizyczno-obwiniające, charakterystyczne dla niektórych schorzeń (np. HIV/AIDS), to dokonanie oceny czyjejś choroby w kategoriach moralnych nie wyklucza stosowania interwencji medycznej. Zdarza się, że religia stoi w opozycji do medycyny i wiedzy naukowej – znane są przypadki odmowy zastosowania procedur medycznych ze względów religijnych, szeroko opisywane są w literaturze stanowiska Kościoła katolickiego i medycyny w kwestii życia poczętego i wynikające z nich implikacje. Słuszne wydaje się przekonanie, że medycyna zawłaszcza obszary będące niegdyś domeną religii i sama staje się dziś rodzajem religii – słabnącej pozycji religii towarzyszy jednocześnie niezłomna wiara w naukę i racjonalność.

MODELE MEDYKALIZACJI

W rozwoju koncepcji medykalizacji w socjologii amerykańskiej można wyróżnić dwa etapy. Pierwszy z nich związany jest z okresem lat 50. i 60. XX w. i charakteryzuje go przede wszystkim zainteresowanie zagadnieniem rozrostu władzy psychiatrów, medykalizacją dewiacji oraz podkreślaniem roli profesji medycznych w procesie umedyczniania życia. Drugi okres rozpoczął się pod koniec lat 90. XX w. i trwa do dziś. Jego cechą charakterystyczną jest podkreślanie znaczenia postępu biomedycznego i biotechnologicznego dla procesu medykalizacji, jak również reorientacja na nowych agentów medykalizacji, przy jednoczesnym odchodzeniu od dominującego znaczenia profesji medycznych określonego przez Ivana Illicha mianem imperializmu medycznego. Niektórzy autorzy wskazują na rozpoczęcie trzeciej fazy – biomedykalizacji – związanej z ogromnym postępem nauk medycznych. W kolejnych częściach artykułu zostaną zaprezentowane wspomniane wyżej modele w perspektywie historycznej.

Wczesny model medykalizacji

Pierwsze prace poruszające zagadnienie medykalizacji powstały w latach 50. i 60. XX w. odnosiły się głównie do medykalizacji zaburzeń psychicznych i nie były dziełem socjologów [por.: Davis 2006: 51–53; Poitras 2009: 376; Conrad 1992: 210; Szasz 2007]. Autorzy, choć nie używali jeszcze terminu „medykalizacja”⁶, byli zwykle krytycznie nastawieni do tego procesu i przyjmując perspektywę społecznego konstrukcjonizmu skupiali się na procesie konstruowania nowych medycznych kategorii i towarzyszącym mu procesie ekspansji władzy medycznej. Ich rozważania pokazywały, jak koncepcja choroby psychicznej i formy psychoterapii wkraczają w obszar przestępczości i problemów społecznych. Jedną z autorek, która jako pierwsza zwracała uwagę na relację między moralnością i medycyną, między byciem złym a byciem chorym była Brytyjka Barbara Wootton. Jej prace wywarły duży wpływ na socjologię amerykańską i do dziś są cytowane jako klasyka w odniesieniu do zagadnienia medykalizacji. Autorka podkreślała zacierającą się granicę między definicją człowieka chorego psychicznie a definicją grzesznego podkreślając przesuwanie się punktu ciężkości z wyjaśnień w kategoriach moralnych w kierunku wyjaśnień w kategoriach

⁶ Termin „medykalizacja” pojawił się pod koniec lat 60. XX w., najprawdopodobniej po raz pierwszy został użyty przez Jesse’a Pittsa w 1968 r. do opisanego medykalizacji dewiacji jako środka do ustanowienia formalnej kontroli społecznej.

medycznych. W jednej ze swych prac z 1959 r. napisała: „Zawsze łatwiej jest zbudować klinikę niż zburzyć slumsy”⁷ [Wootton 1959, za: Poitras 2009: 376].

Najobszerniejszej krytyki zjawiska medykalizacji dokonał Thomas Szasz [Szasz 1963, 2007], który w swych licznych pracach poświęconych temu zagadnieniu, podkreślał rozrost pojęcia choroby psychicznej na codzienne problemy. Szasz, traktując Freuda jako zagorzałego „medykalizera” pokazywał, że psychoanaliza jest w swej istocie niczym innym jak medykacją. Perspektywę Szasza można by nazwać historyczną, gdyż dokonuje on analizy pojęcia obłądki i choroby psychicznej i sposobów postępowania z osobami uznanymi za chore w przekroju historycznym. Prace Szasza dowodzą, że coraz więcej obszarów ludzkiego życia i ludzkiej kondycji staje się przedmiotem zabiegów terapeutycznych psychiatrii. Rozprawiając się z „mitem choroby psychicznej” podkreśla, że psychiczne problemy zdrowotne są przede wszystkim problemami moralnymi, politycznymi i społecznymi a nie medycznymi a nadużywanie medycznej terminologii powoduje ich redefinicję właśnie w kategoriach usterek możliwych do naprawienia przez procedury terapeutyczne.

Należy również zwrócić uwagę na prace Parsonsa z lat 50. XX w., które jako pierwsze opisywały medycynę w kategoriach instytucji kontroli społecznej. Wspomniana już wcześniej rola chorego z jego prawami i obowiązkami była rodzajem uprawomocnionego, legitymizowanego stanu, o którym orzekali profesjonaliści medyczni. Ta perspektywa teoretyczna została wykorzystana w latach 60. i 70. XX w. przez kolejnych autorów zajmujących się zagadnieniem poddawania niemedycejskich obszarów życia pod jurysdykcję medycyny. Wśród nich na uwagę zasługują przede wszystkim Erving Zola i Elliot Freidson. Rozszerzyli oni perspektywę medykalizacji z psychiatrii na cały obszar medycyny. W swych pracach podkreślali funkcję kontroli społecznej sprawowaną przez medycynę nad życiem człowieka, a także rozrost jej władzy nad kolejnymi dziedzinami. Dla obu uczonych główną przyczyną tej sytuacji była rosnąca rola zdrowia jako wartości oraz utylitarystyczne, techniczne podejście do życia [Davis 2006: 52], co potwierdzałoby wysuniętą wcześniej tezę o podatności społeczeństwa amerykańskiego na proces medykalizacji. Obaj także podkreślali, że rozrost jurysdykcji medycyny nad kolejnymi obszarami życia oddala ją od zwykłych chorób i efektywnych procedur leczniczych. Proces medykalizacji był traktowany jako zjawisko zachodzące w ramach medycyny, związane z nadawaniem etykiet „chorego” i „zdrowego”, a tym samym dokonywaniem wartościowania na zachowania i stany niepożądane (patologiczne) i pożądane (normalne). Obiektywna

⁷ Tłum. własne.

moralność naukowa wyparła moralność religijną. Zola i Freidson podkreślali także, iż proces umedycznienia koncentruje się na perspektywie jednostkowej, indywidualizując chorobę oraz odpowiedzialność za jej powstanie i leczenie. Obaj naukowcy zwracali także uwagę na koncentrację władzy w rękach profesjonalistów medycznych [por.: Conrad 1992; Davis 2006; Poitras 2009]. Ten wątek był również rozwijany w pracach Philipa M. Stronga⁸ oraz Ivana Illicha pod hasłem „imperializmu medycznego”. Według tego ostatniego autora medykalizacja była procesem, w którym kluczową rolę odgrywali lekarze mający władzę decydowania o zdrowiu i chorobie, życiu, a nawet śmierci człowieka. Illich uważał, że tylko profesjonaliści medyczni dokonują „aneksji” kolejnych obszarów życia w pole oddziaływań medycyny. W swej książce *Limits to Medicine* wydanej po raz pierwszy w 1975 r. pisał o radykalnym monopolu jako efekcie autonomii profesji medycznych [Illich 2010: 41]. Lekarze decydują o tym, kto jest zdrowy, a kto chory, kto jest wartościowy, a kto bezużyteczny. W ten sposób system medyczny staje się główną sferą aktywności ekonomicznej. Ci, którzy nie pasują do społeczeństwa, bo zostali uznani za chorych lub upośledzonych mogą poddać się medycznemu nadzorowi i wrócić do świata zdrowych lub też pozostać na jego marginesie. Monopol władzy lekarzy polega na tym, iż tylko oni, dzięki specjalnemu wykształceniu, posiadają wiedzę o tym, co stanowi chorobę, kto jest chory, jakie działania powinny być podjęte w odniesieniu do takiej osoby. Dysponują wiedzą niedostępną nikomu innemu, stanowiąc elitę wiedzy-władzy, by użyć słów Foucaulta.

Wczesny model medykalizacji rozwijany był początkowo przez nie-socjologów (Wootton, Szasz, Illich) i dotyczył rozrastającego się pola psychiatrii. Kolejne prace pisane przez socjologów rozszerzyły perspektywę medykalizacji na cały obszar medycyny. Głównymi elementami tego modelu były:

- definiowanie medykalizacji jako procesu, w którym coraz więcej obszarów codziennego życia trafia pod wpływ i nadzór medyczny;
- podkreślanie roli profesji medycznych w procesie medykalizacji i eksponowanie monopolu władzy, jaki profesjonaliści posiadali nad życiem jednostek;
- ujmowanie procesu medykalizacji i samej medycyny jako – odpowiednio – formy i instytucji medycznej kontroli społecznej.

Ten ostatni element zasługuje na bliższe rozważenie. Kontrola społeczna to jedno z kluczowych pojęć socjologicznych. Za główne instytucje kontroli spo-

⁸ W latach 80. XX w. polska socjolożka medycyny, Magdalena Sokołowska, opisywała imperializm profesjonalny, odwołując się do kryteriów Stronga sformułowanych przez niego w odniesieniu do monopolizacji władzy przez określoną grupę zawodową.

łecznej uważa się rodzinę, prawo i religię. Rozwój nauki i przełom oświeceniowy sprawiły, że te tradycyjne instytucje zaczęły tracić znaczenie na rzecz racjonalnej i obiektywnej wiedzy naukowej. Pojęcie kontroli społecznej w odniesieniu do medycyny po raz pierwszy zostało zaprezentowane we wspomianej już koncepcji roli chorego autorstwa T. Parsonsa. Społeczna rola chorego, która jest uprawomocniona przez profesje medyczne stanowi mechanizm kontroli społecznej. Jak pisali Conrad i Schneider w 1980 r., „największa siła kontroli społecznej pochodzi z posiadania władzy do definiowania określonych zachowań, osób i rzeczy”⁹ [Conrad, Schneider 1992: 8]. Książka *Deviance and Medicalization* wspomnianych autorów jest próbą przeanalizowania, w jaki sposób medycyna i profesje medyczne przejęły kontrolę nad ludzkim życiem, jak osiągnęły władzę do definiowania problemów w kategoriach choroby (*sickness*), a nie w kategoriach zła (*badness*). Conrad wyróżnił trzy formy medycznej kontroli społecznej [Conrad 1992: 216–218]. Pierwsza z nich, **ideologia medyczna**, to narzucanie medycznego modelu z racji społecznych i ideologicznych korzyści. Drugą formą jest **medyczna współpraca**, w ramach której profesjonaliści medyczni stają się posiadaczami i selekjonerami określonych informacji. Ostatni typ, **technologia medyczna**, to rodzaj kontroli sprawowanej za pomocą takich środków, jak zabiegi, badania, leki. Medyczna władza społeczna rozpoczyna się zatem od definiowania danego zjawiska, stanu, zachowania czy problemu w kategoriach choroby (a nie w kategoriach prawnych, moralnych, psychicznych czy emocjonalnych) i uprawomocnienia tego stanu (przez wypisanie zwolnienia, orzeczenie o niezdolności do wykonywania określonych zadań czy pełnienia ról), skończywszy na interwencji medycznej (przepisaniu leków, zaleceniu wykonania badań) i monitorowaniu postępów w leczeniu/zdrowieniu.

Pod koniec lat 80. i w latach 90. XX w. zaczęły się pojawiać prace socjologów poświęcone zagadnieniu medykalizacji, które przesunęły punkt ciężkości z zainteresowania kontrolą społeczną, zachowaniami dewiacyjnymi i imperializmem medycznym na nowych agentów medykalizacji i nowe aspekty tego procesu, rozszerzając tym samym definicję oraz obszar badań. Kwintesencją współczesnej medykalizacji jest uprawomocnienie choroby w jednej z dwóch medycznych klasyfikacji: ICD-10 lub DSM-IV. Pierwszy dokument to Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), stworzona przez Światową Organizację Zdrowia WHO, która w Polsce obowiązuje od 1996 r. Druga klasyfikacja została stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*Diagnostic and Statistical Manual*

⁹ Tłum. własne.

of *Mental Disorders*), ostatnia wersja pochodzi z 1994 r., zaś wiosną 2013 r. ma się pojawić jej uaktualnienie, DSM-V. Kolejne wersje mają coraz więcej uprąmocnionych jednostek chorobowych. Pierwsza wersja z roku 1952 zawierała 106 kategorii diagnostycznych, zaś ostatnia z 1994 r. – aż 297 kategorii [Conrad 2007: 118], wśród których znalazły się takie choroby jak ekshibicjonizm, fobia społeczna czy problemy w relacjach rodzic – dziecko [www.psych.org, dostęp 27.12.2011].

Nowy model medykacji

Na przełomie lat 80. i 90. XX w. amerykańscy autorzy zajmujący się problematyką medykacji zaczęli zwracać uwagę na słabnącą rolę profesji medycznych w umedycznianiu kolejnych sfer życia. W związku z tym sensowne stało się mówienie o stopniach medykacji¹⁰. Czołowy reprezentant amerykańskiej socjologii medycyny, zajmujący się zagadnieniem medykacji, Peter Conrad, w swych pracach z tego okresu mówił o trzech stopniach medykacji, podkreślając jednocześnie, że zwykle nigdy nie jest ona całkowita. Wyróżnił zjawiska zmedykowane prawie całkowicie (śmierć, poród), pewne stany i zachowania zmedykowane jedynie częściowo (uzależnienia od substancji psychoaktywnych) i takie, które są zmedykowane w nikłym stopniu (uzależnienie od seksu, seksualne wykorzystywanie partnera) [Conrad 1992: 220; 2007: 6–7]. Medykacja alkoholizmu dokonała się za sprawą ruchu Anonimowych Alkoholików, lekarze jako jedna z ostatnich grup zaakceptowali traktowanie alkoholizmu jako choroby. W odniesieniu do takich problemów, jak uzależnienie od opiatów czy programy wsparcia pracowników (*Employee Assistance Programs – EAPs*)¹¹ zaangażowanie lekarzy jest minimalne. Są także zagadnienia, co do których widoczny jest opór środowisk medycznych, decydujących o uznaniu ich

¹⁰ Badania prowadzone przez amerykańskich naukowców w odniesieniu do takich zagadnień jak menopauza, uzależnienia, czy przemoc seksualna ujawniły uwarunkowania stopnia medykacji. Im większe jest wsparcie profesji medycznej w medykowaniu zagadnienia, im bardziej dostępne są procedury diagnostyczne i lecznicze, im mniej jest wyjaśnień konkurencyjnych, im większa roszczeniowość grup w kierunku medykacji problemu, tym większe jest prawdopodobieństwo zmedykowania go. Istotnym czynnikiem, na który zaczęto zwracać coraz większą uwagę w ostatnich latach jest czynnik ekonomiczny – jeśli istnieje pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, pacjenci i lekarze będą bardziej zdeterminowani w dążeniu do medykacji tego problemu.

¹¹ Programy wsparcia pracowników zwykle są oferowane w ramach ubezpieczenia pracowniczego. Ich celem jest pomoc pracownikom w rozwiązywaniu ich codziennych problemów, np. rodzinnych, które powodują spadek efektywności w pracy. Program zazwyczaj składa się z oceny sytuacji i krótkoterminowego doradztwa udzielanego pracownikowi i jego bliskim oraz wskazania zewnętrznych źródeł pomocy. Programy tego typu nie są inicjatywą środowiska medycznego, które

za choroby czy dysfunkcje. Jednym z przykładów jest niechęć do traktowania kary śmierci w kategoriach procesu medycznego i odmawianie przez lekarzy podawania śmiertelnego zastrzyku. Wynika to zapewne z faktu, iż w społecznym odczuciu lekarz jest postrzegany jako osoba ratująca życie, a tym samym stanowi pewne zagrożenie dla samej profesji medycznej. Mimo stosowania procedur i technologii medycznej, proces wykonywania kary śmierci przez iniekcję nie został zawłaszczony i zmonopolizowany przez profesje medyczne.

Innym nowym zjawiskiem, na które zaczęto zwracać uwagę w tym okresie była rosnąca rola środowisk laickich – luźno powiązanych ze sobą jednostek o wspólnym interesie, zinstytucjonalizowanych ruchów społecznych lub pojedynczych – które zaczęły domagać się uznania pewnych stanów i zachowań za choroby. Jednym z przykładów z ostatnich lat jest medykalizacja niepłodności w Stanach Zjednoczonych. Niepłodność stanowiąca intymny problem dwojga ludzi stała się przedmiotem publicznej debaty i medycznych procedur w postaci zapłodnienia *in vitro*. Obecnie w Stanach Zjednoczonych powstają ruchy par starających się o dziecko, które domagają się uznania niepłodności za chorobę, a procedury zapłodnienia pozaustrojowego za lekarstwo, które będzie w pełni refundowane [Bird, Conrad, Fremont 2000]. Podobne żądania wysunęli kilkanaście lat wcześniej weterani wojny w Wietnamie, domagając się, by środowiska psychiatryczne uznały zespół stresu pourazowego (*post traumatic stress disorder* – PTSD) za jednostkę chorobową, co rzeczywiście się stało. Dostrzegając aktywną rolę pacjentów i zorganizowanych grup w procesie medykalizacji, badania przeorientowano na społeczne konstruowanie chorób, którego dokonywali nieprofesjonaliści.

Autorzy zaczęli zwracać uwagę na inny wymiar medykalizacji – ekspansywność kategorii medycznych. Zaobserwowano włączanie nowych stanów i nowych kryteriów do już istniejących kategorii, czy też jednostek chorobowych. Taka sytuacja miała miejsce w odniesieniu do alkoholizmu, gdzie członkowie rodziny alkoholika zostali uznani za współuzależnionych i otrzymali etykietę „dorosłych dzieci alkoholika” (DDA). Innym przykładem, jednym z najlepiej opisanych w literaturze poświęconej medykalizacji jest nadpobudliwość. Początkowo kategoria ta odnosiła się do mających trudności z koncentracją, bardzo ruchliwych dzieci, głównie chłopców. W późniejszych latach wprowadzono jednostkę chorobową – ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) – a jej diagnozowanie coraz częściej dotyczyło dziewcząt, młodzieży, by w ostatnich latach objąć także doro-

jest raczej sceptyczne w odniesieniu do nich, lecz działaniem oddolnym, podejmowanym przez samych pracodawców, chcących zapewnić sobie maksymalną wydajność pracy.

słych (*adult ADHD*). Inną ekspansywną kategorią stała się choroba Alzheimera. W momencie, gdy zniesiono wiek jako jedno z kryteriów diagnostycznych, zaprzestano rozróżniania tej choroby i naturalnego efektu procesu starzenia się, czyli demencji starczej. W ten sposób dokonano jednocześnie medykalizacji starości. Kolejnym przykładem jest zmiana zakresu dopuszczalnych wartości stężenia cholesterolu w organizmie. W latach 60. XX w. jako górną dopuszczalną granicę dla Amerykanów wyznaczono 400 mg/dL. Powyżej tej wartości pacjentom przepisywano statyny. W ostatnich latach dopuszczalna norma została obniżona do 240 mg/dL, zaś wartości z zakresu 200–240 mg/dL są traktowane jako będące na granicy wysokiego ryzyka. Według jednego z koncernów farmaceutycznych, produkujących lek obniżający poziom cholesterolu, każdy badany, u którego wartość osiągnęła 15 mg/dL, powinien zażywać jedną tabletkę preparatu dziennie. Jeremy Greene, zajmujący się tym zagadnieniem oszacował, że leki powinno zażywać 90% Amerykanów [za: *Harvard Magazine*, wyd. elektroniczne z dn. 23.04.2009]. Ostatnim, najnowszym przykładem jest rozrost jednostki chorobowej, jaką jest depresja. Postęp w badaniach klinicznych wykazał, że niedobór amin może być przyczyną ciężkiej depresji, zaburzeń nastroju oraz zwykłego smutku lub też bycia nieszczęśliwym (*unhappiness*). W związku z tym na zwykłe codzienne smutki zaczęto przepisywać te same leki, co na ciężką depresję, zrównując te dwa odmienne stany w kategoriach procedur medycznych i medykalizując niezadowolone z życia [Dworkin 2001, 2006].

Badania nad zjawiskiem medykalizacji zwróciły także uwagę na upłciwienie tego procesu¹², podkreślając nierówności w tym obszarze. Cięża, poród, macierzyństwo, zespół napięcia przedmiesiączkowego (*premenstrual syndrome, PMS*), menopauza, osteoporoza, otyłość, anoreksja i bulimia, aborcja, niepłodność to najczęściej badane obszary medykalizacji życia kobiet. Na przełomie XX i XXI wieku Conrad podjął badania poświęcone medykalizacji życia mężczyzn, skupiając się na łysieniu, zaburzeniach erekcji i andropauzie.

Nowi agenci medykalizacji

Powyższy przegląd pokazuje, że nowy model medykalizacji skupił się nie tylko na dewiacji, lecz także na umedycznieniu naturalnych procesów życiowych, takich jak łysienie, starzenie się, umieranie, lęki, niepokoje, zmienność nastrojów czy menopauza. Kolejną nowością w tym modelu jest skupienie na nowych siłach napędowych medykalizacji społeczeństwa amerykańskiego na przełomie

¹² Prace poświęcone tej problematyce zaprezentowały m. in. Riessman [1983], Riska [2003] i Lock [2004].

XX i XXI w. Spadek znaczenia profesji medycznych był jednym z przejawów zmian w obrębie samej medycyny, które były obserwowane już od lat 80. XX w. Innymi wyznacznikami tych przemian była reorientacja polityki zdrowotnej na kwestie finansowe i kontrola wydatków zdrowotnych oraz pojawienie się modelu *managed care*, który stał się dominującą formą zarządzania placówkami ochrony zdrowia i wydatkami na cele medyczno-zdrowotne. Medycyna stała się rodzajem rynku, na którym oferuje się usługi medyczne, z których mogą korzystać pacjenci – klienci – konsumenci. Zdrowie i choroba uzyskały wymiar ekonomiczny, zdrowie stało się produktem, który można nabywać i posiadać – dzięki ofercie przemysłu farmaceutycznego, niektórych lekarzy, np. chirurgów plastycznych oraz bogatej ofercie usługowej placówek ochrony zdrowia – w różnych ilościach w zależności o posiadanych środków. Conrad wymienia wśród nowych agentów medykacji biotechnologię, konsumentów i model *managed care* [Conrad 1992, 2007]. Nie do przecenienia jest także rola mediów w procesie umedyczniania ludzkiego życia. Obserwując przemiany w obrębie modeli medykacji, można dostrzec przejście od zainteresowania czysto społecznym jej wymiarem w kierunku wymiaru ekonomicznego, rynkowego [por: Poitras 2009: 376 i nast.]. Potwierdzeniem tych tendencji są także badania przeprowadzone przez grupę naukowców z Uniwersytetu Brandeis kierowaną przez Petera Conrada, którzy przeanalizowali 12 zmedykizowanych stanów, by oszacować wydatki zdrowotne Amerykanów w odniesieniu do tych schorzeń. We wnioskach badacz reasumuje, że społeczeństwo amerykańskie więcej wydaje na te zmedykizowane stany niż na nowotwory czy choroby serca – w 2005 r. Amerykanie wydali ponad 77 miliardów dolarów na leki, wizyty i hospitalizacje związane z tymi zmedykizowanymi stanami, co stanowiło prawie 4% całkowitych wydatków domowych na cele zdrowotne¹³ [Conrad, Mackie, Mehrotra 2010]. W dalszej części artykułu zostaną omówione zagadnienia dotyczące nowych agentów medykacji (najpierw przybliżony zostanie wpływ pacjentów/konsumentów na kształt tego procesu), dalej – rola mediów, następnie krótkiej charakterystyce zostanie poddany model *managed care*. Jako ostatni pojawi się wątek dotyczący biotechnologii, a w jego ramach zaprezentowana zostanie rola dwóch najważniejszych agentów medykacji współcześnie – przemysłu farmaceutycznego oraz genetyki. Taki układ jest podyktowany próbą uporządkowania tych najważniejszych sił napędowych

¹³ Wśród analizowanych chorób znalazły się: menopauza, ciąża niepowikłana, niepłodność, ADHD, problemy z erekcją, zaburzenia lękowe i behawioralne, obraz ciała, łysienie u mężczyzn, smutek (*sadness*, nie *depression*), otyłość, zaburzenia snu i zaburzenia związane z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych.

procesu medykalizacji poprzez pokazanie ich w kolejności stopnia ich uwikłania i związków z agentami omawianymi wcześniej.

Konsumenci. Pacjenci, potencjalnie chorzy i grupy zorganizowanych nie-profesjonalistów, stają się coraz głośniejszym adwokatem procesu medykalizacji w Stanach Zjednoczonych. Rosnąca świadomość wartości zdrowia i sprawnego ciała, lęk przed chorobami, starzeniem się i śmiercią oraz codzienne ludzkie niepowodzenia wywołujące poczucie bezużyteczności powodują, że jednostki coraz częściej domagają się uznania za chorych, dostępu do leczenia i procedur medycznych. Stają się coraz bardziej świadomymi konsumentami usług zdrowotnych, wybierają plany ubezpieczeń, kliniki i szpitale, lekarzy i usługi medyczne. Ta aktywność jest uwarunkowana i społecznie i ekonomicznie. W działalności konsumentów na rzecz medykalizacji można zaobserwować dwa trendy. Po pierwsze, „użytkownicy rynku medycznego” traktują swoje ciała jak projekty, które można dostosowywać do własnych potrzeb prywatnych i zawodowych, zaś zdrowie staje się inwestycją, mającą się zwrócić w postaci sukcesu zawodowego, prestiżu społecznego, bogactwa, czy władzy. W ten nurt wpisuje się oferta medycyny estetycznej, która – w przeciwieństwie do medycyny rekonstrukcyjnej – nie jest pokrywana z ubezpieczenia. Według danych przytaczanych przez Conrada, w 2004 r. prawie 12 milionów Amerykanów poddało się jakiemuś zabiegowi chirurgii plastycznej [Conrad 2007: 139]. Z drugiej strony jednostki domagają się uznania za chore, gdy nie potrafią poradzić sobie ze swoim życiem, gdy mają problemy rodzinne, zawodowe, są przygnębione – jednym słowem mają codzienne problemy życiowe. Conrad określił to nośnym terminem „medykalizacji niewydajności” (*medicalization of underperformance*) [Conrad 2007: 139]. U coraz większej grupy osób spada odporność na codzienne problemy, a choroba jest rodzajem wymówki, bo znacznie łatwiej zaakceptować życiowe niepowodzenie będące efektem choroby niż wynikające z lenistwa lub niechęci. W ten nurt wpisuje się przykład ADHD, którego popularyzacja w Stanach Zjednoczonych, częściowo pod wpływem ogólnodostępnych książek i artykułów spowodowała, iż do gabinetów lekarskich zaczęli przychodzić dorośli prosząc o zdiagnozowanie tego zaburzenia i przepisanie leków. Ritalin¹⁴ przepisuje się, gdy dorosły pacjent ma trudności w zorganizowaniu swojego życia, podobnie Paxil lub Prozac zapisuje się pacjentom uskarżającym się na problemy rodzinne.

Media. Aktywność konsumentów nie byłaby zapewne tak duża, gdyby nie gwałtowny rozwój Internetu. Strony poświęcone konkretnym schorzeniom,

¹⁴ Ritalin to lek przepisywany dzieciom, u których diagnozuje się ADHD, jest inhibitorem zwrotnego wychwyty dopaminy.

portale wiedzy medyczo-zdrowotnej, fora, artykuły i publikacje dostępne „na wyciągnięcie ręki” powodują wzrost świadomości zdrowotnej, większą troskę o własne zdrowie, ale z drugiej strony eskalują nieuzasadniony lęk związany z możliwością zachorowania na poważne schorzenie. Wśród nowych zjawisk poddawanych badaniu w tym obszarze analizuje się medykalizację cyberprzestrzeni oraz cyberchondrię, jako internetową odmianę hipochondrii [por: Miah, Rich 2008; White, Horvitz 2008]. Pisząc o wpływie mediów na proces medykalizacji, należy także zwrócić uwagę na inne aspekty tego zagadnienia. Po pierwsze, pojawiają się nowe tematyczne stacje telewizyjne, zajmujące się zagadnieniem zdrowia, urody, dobrego samopoczucia, zdrowego odżywiania i utrzymywania naszych ciał w dobrej kondycji¹⁵. W zwykłych, ogólnotematycznych stacjach pojawiają się cykle programów poświęconych tej problematyce. Na rynku prasy funkcjonuje wiele tytułów czasopism, poświęconych tym zagadnieniom, każdy czytelnik może znaleźć interesujące go informacje. Podobnie jak w przypadku telewizji, w czasopismach i prasie ogólnospołecznej, plotkarskiej – mówiąc krótko: nie mającej profilu ogólnospołecznego – pojawiają się stałe rubryki w postaci porad ekspertów, przepisów kulinarnych i reportaży poświęconych tym zagadnieniom. Dodatkowo ukazuje się ogromna liczba pozycji książkowych o charakterze poradnikowym. Bauman w jednej ze swych książek napisał, że w Stanach Zjednoczonych najlepiej sprzedają się książki kucharskie i poradniki o dietach, co pokazuje także paradoks dbałości o ciało. Od kilkunastu lat triumfy święci nowy gatunek telewizyjny – telenowela medyczna (lub serial medyczny). Pierwszym serialem przybliżającym laikom świat medycyny był „Ostry dyżur”. Pierwszy odcinek wyemitowano w 1994 r., zaś w sumie serial pozostawał na antenie przez 13 sezonów. Kolejnym amerykańskim hitem był serial „Chirurgi”, opowiadający losy grupy studentów medycyny, którzy wkraczają w dorosłe życie, zarówno zawodowe, jak i prywatne. Pierwsze odcinki wyemitowano w 2005 r., obecnie trwa ósmy sezon serialu w Stanach Zjednoczonych. Niekwestionowanym liderem „na rynku” amerykańskich seriali medycznych jest jednak „Dr House”, którego emisję rozpoczęto rok wcześniej niż „Chirurgi”, a który – za sprawą kontrowersyjnego tytułowego doktora – stał się klasykiem tego gatunku. Seriale medyczne bardzo mocno eksponują model edukacyjno-rozrywkowy, którego główna zasada polega na nauce przez zabawę. Identyfikując się z ulubionym

¹⁵Trudno jest oszacować ilościowo rynek amerykańskich mediów w tym aspekcie, gdyż – poza stacjami ogólnokrajowymi – istnieje wiele stacji telewizyjnych o zasięgu stanowym, co powoduje brak przejrzystości w kryteriach opracowań liczbowych. Podobnie rzecz się ma z rynkiem prasy i czasopism.

bohaterem, łatwiej i chętniej przyswajamy wiedzę, postawy i zachowania przez niego prezentowane. Nie zawsze są to pozytywne wartości, co pokazuje przykład „Dr House’a”. Wystarczy wejść na fora internetowe poświęcone serialowi, aby przekonać się o rosnącej skali cyberchondrii i lekomanii, szczególnie wśród fanów serialu. Wzrost zainteresowania zagadnieniami zdrowia i własnego ciała jest zapewne ważny i potrzebny, ale należy pamiętać, że – jak w każdej innej sferze – powinna obowiązywać zasada „zdrowego rozsądku” i krytyczna ocena źródeł, z jakich czerpie się wiedzę. Silna identyfikacja z bohaterami seriali medycznych (m.in. chorymi) pokazuje, jak zaciera się granica między światem fikcji a rzeczywistością.

Nekwestionowaną rolę w mediach odgrywają reklamy farmaceutyków i tzw. suplementów diety¹⁶. *The Food and Drug Administration Modernization Act* z 1997 r. wprowadził wiele udogodnień, które umożliwiły medykalizację z udziałem koncernów farmaceutycznych. Zmniejszono listę wymaganych informacji, które muszą być przedstawione potencjalnemu klientowi w czasie reklamy, m.in. pozwolono zastąpić listę skutków ubocznych informacją przekierowującą konsumenta do innego źródła zawierającego te informacje (portal internetowy, reklama w prasie, infolinia) [Conrad 2007: 17]. Według portalu Onet.pl, Amerykanie wydają na ochronę zdrowia 16% PKB rocznie i są nekwestionowanym liderem w tej dziedzinie na świecie [Czarkowski 2012]. Do 2004 r. amerykańskie koncerny farmaceutyczne wydawały rocznie 4,5 miliarda dolarów na reklamę telewizyjną farmaceutyków, a tym samym na reklamę chorób, które te preparaty leczą [Conrad 2007: 17]. W 2005 r. wydatki na leki przepisywane na receptę w Stanach Zjednoczonych wyniosły prawie 1000 dolarów kanadyjskich na osobę, zaś wydatki na reklamę skierowaną do konsumentów (*direct-to-consumer-advertising – DTCA*) na osobę wyniosły prawie 18 dolarów kanadyjskich [Morgan 2007]. To pokazuje siłę oddziaływania branży reklamowej, a także jej moc w zakresie kreowania nowych schorzeń, o czym będzie mowa w akapicie poświęconym przemysłowi farmaceutycznemu.

Managed care. Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia w oparciu o efektywność ekonomiczną spowodowało, iż niektóre procedury medyczne nie znalazły finansowego pokrycia w polisie ubezpieczeniowej, wywołując niezadowolenie i naciski pacjentów w kierunku ich refundacji. Z drugiej strony, w finansowaniu procedur medycznych w Stanach Zjednoczonych nastąpiły pewne zmiany. Jedną z nich jest refundacja leków psychotropowych kosztem refundacji psychoterapii

¹⁶ W Stanach Zjednoczonych dopuszczalna jest reklama leków przepisywanych na receptę, skierowana bezpośrednio do konsumentów.

(co umacnia już i tak silną pozycję przemysłu farmaceutycznego). Innym przejawem przemian jest pokrywanie kosztów operacji bariatrycznych, ekonomiczny rachunek podpowiedział bowiem, że taniej jest finansować operacje wstawiania bypassów żołądka niż leczyć powikłania spowodowane „epidemią otyłości” [Conrad 1992, 2007].

Biotechnologia. Osiągnięcia technologiczne od samego początku ułatwiały postęp medykacji, jednak nigdy ich znaczenie nie było tak ogromne jak współcześnie. Oprócz rozwoju aparatury medycznej, która umożliwia wykonywanie skomplikowanych zabiegów i badań, na uwagę zasługuje rozwój **genetyki i przemysłu farmaceutycznego**.

Genetyka to jeden z najdynamiczniej rozwijających się obszarów w obrębie medycyny. Rozszyfrowanie ludzkiego genomu pozwoliło na wykrycie przyczyn lub choćby ryzyka wystąpienia wielu chorób na poziomie ludzkich genów. Gen otyłości, poszukiwania wrażeń, łysienia, czy nieśmiałości z pewnością zrewolucjonizują medycynę i myślenie o sobie samym. Obecnie zainteresowanie badaniami genetycznymi jest coraz większe. Nosicielstwo genu odpowiedzialnego za ryzyko wystąpienia raka sutka u kobiet jest często impulsem do wykonania profilaktycznej mastektomii. Można przypuszczać, że bycie nosicielem wadliwego genu zmieni postrzeganie siebie, własnego ciała i redefinicję tożsamości w kategoriach medycznych jako „potencjalnie chorego”. To pociągnie konsekwencje społeczne i ekonomiczne – redefinicję statusu, zmiany w warunkach ubezpieczenia zdrowotnego [por.: Conrad 2007, Wieczorkowska 2008].

Ostatnim agentem medykacji, który zostanie omówiony w ramach nowego modelu tego procesu jest **przemysł farmaceutyczny**. Truizmem będzie stwierdzenie, iż odgrywał on rolę w procesie medykacji od samego początku, gdyż oczywista wydaje się konieczność produkcji leków na określone medykali-zowane schorzenia. O ile jednak początkowo przemysł farmaceutyczny mógł się rozwijać jedynie dzięki współpracy i legitymizacji profesjonalistów medycznych, o tyle współcześnie rozwija się on niezależnie od elit lekarskich. Oczywiście lekarze są wciąż strażnikami dostępu do wielu medykamentów, jednak firmy farmaceutyczne stały się autonomicznymi graczami na rynku leków oferując swe preparaty bezpośrednio pacjentom poprzez różnorodne formy promocji i reklamy bezpośredniej. W 1997 r. *Food and Drug Administration Modernization Act* zezwolił na reklamę niektórych produktów medycznych, skierowaną bezpośrednio do amerykańskich konsumentów głównie za pośrednictwem telewizji. Raport fundacji *Keiser Family* z 2005 r. pokazuje, że każdy dolar zainwestowany w taką reklamę zwraca się koncernowi ponad czterokrotnie w sprzedaży leków [Conrad 2007: 134]. Koncerny farmaceutyczne kreują rynki dla swoich pre-

paratów w dwojaki sposób. Po pierwsze, docierają z informacją o dostępności preparatów już znanych i używanych przez pacjentów. Po drugie zaś, kreują nowe choroby oferując na rynku zupełnie nowe leki¹⁷. Klasycznymi przykładami działania drugiego typu są: zaburzenie erekcji i osteoporoza. Viagra to lek, który początkowo testowany był jako terapia nadciśnienia tętniczego i schorzeń układu krążenia. Niski odsetek zwrotów leków przez uczestników fazy testów skoncentrował uwagę firmy Pfizer na skutkach ubocznych. Okazało się bowiem, że Viagra likwidowała problemy z erekcją u starszych mężczyzn, co szybko zostało wykorzystane przez koncern farmaceutyczny w działaniach marketingowych [*Harvard Magazine*, wyd. elektroniczne z dn. 23.04.2009]. Szybko okazało się, że rynek konsumentów tego preparatu może być znacznie większy, bo każdy mężczyzna może mieć okresowe problemy z erekcją. W ten sposób lek stał się terapią na dysfunkcje seksualne nawet u młodych mężczyzn [por.: Conrad 2007: 135 i nast.]. Prozac i Paxil¹⁸ to przykłady innych leków, które wykreowały rynki konsumenckie, zmedykalizowały określone stany i codzienne zachowania. Ten wątek będzie jeszcze rozwinięty w jednym z kolejnych akapitów, gdzie zostanie przedstawiony inny aspekt „imperializmu” farmaceutycznego i jego związków z psychiatrią. Osteoporoza zaś, z naturalnego procesu starzenia się organizmu stała się chorobą za sprawą pojawienia się na rynku preparatów uzupełniających niedobory wapnia w kościach. Ubytki mineralne w układzie kostnym są jednym z objawów procesu starzenia się organizmu, podobnie jak zmarszczki na twarzy. Skuteczność preparatów na osteoporozę wśród starszych osób jest często podawana w wątpliwość z powodu ich niskiej wchłanialności, przy jednoczesnym ryzyku wystąpienia skutków ubocznych [por.: Wieczorkowska 2008].

Jednym z najnowszych przykładów medykalizacji, pokazujących potęgę rynku farmaceutyczno-kosmetycznego, jest hipotrychoza rzęs [Bauman 2011: 94–99]. Problem dotyczy kobiety, a jego istotą są krótkie, rzadkie rzęsy, które mogą „być objawem stanu wymagającego interwencji medycznej” [Bauman 2011: 95]. Wiele pań jest niezadowolonych ze swoich rzęs, nawet te, których rzęsy są grube i długie chciałyby je mieć jeszcze dłuższe i jeszcze grubsze. Do tej pory rynek kosmetyczny oferował szeroką gamę tuszów do rzęs, które skutecznie

¹⁷ Jörg Blech, autor książki *Inventing Diseases and Pushing Pills* używa sformułowania „dla każdego chorego znajdzie się pigułka” („for every ill, there is a pill”), by zaraz sparafrazować to zdanie, mówiąc, iż obecnie „dla każdej pigułki znajdzie się choroba”.

¹⁸ Prozac i Paxil to leki przepisywane początkowo na depresję. Szybko okazało się, że leki i niepokoje dnia codziennego można równie skutecznie tłumić za pomocą tych preparatów; pojawiły się jednocześnie nowe jednostki chorobowe: zespół lęku społecznego (*social anxiety disorder* – *SAD*) i zespół lęku uogólnionego (*generalized anxiety disorder* – *GAD*).

pogrubiały, wydłużały, podkreślały, nadawały efekt 3D. Były to jednak „zabiegi” estetyczne. Firma farmaceutyczna Allergan proponuje „zabieg” medyczny, leczniczy, oferując preparat o nazwie Latisse. Wątle rzęsy staną się zdrowe, brak rzęs zostanie zastąpiony nowymi, jest jednak jeden warunek – preparat musi być stosowany systematycznie (w domyśle – do końca życia). Oficjalna strona internetowa www.latisse.com podaje, że od czasu debiutu rynkowego preparatu (preparat został zarejestrowany w 2001 r.) sprzedano 2,5 miliona butelek. Jak można przypuszczać, wzrost sprzedaży nastąpił, gdy rzadkie i krótkie rzęsy zaczęły być traktowane w kategoriach medycznych, a takiej kondycji rzęs nadano nazwę, która brzmi jak groźna choroba.

W książce Christophera Lane’a *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*¹⁹ pojawia się żart graficzny Alexa Gregory’ego, opublikowany w 2007 r. na łamach „The New Yorkera”. Na kozetce u psychoterapeuty leży mężczyzna i mówi: „Czy możemy zwiększyć dawkę? Wciąż mam uczucia” [Lane 2007: 210]. Książka ta wywołała w Stanach Zjednoczonych głośną dyskusję na temat medykalizacji emocji i swoistego renesansu psychiatrii. Można zaryzykować stwierdzenie, że obecnie można obserwować przejawy imperializmu psychiatrycznego w tym kraju. Wątek, który w tym miejscu poruszam jest niezwykle istotny, gdyż łączy zagadnienia, które były dotychczas omawiane – początki medykalizacji w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, rolę pacjentów w procesie medykalizacji, potęgę rynku farmaceutycznego i jego relacje z psychiatrami jako najbardziej wpływową grupą profesjonalistów medycznych w Stanach Zjednoczonych, a także konsekwencje tych relacji w postaci modelu *managed care*.

Medykalizacja emocji pozostaje w silnym związku z rozwojem **psychofarmakologii**. Rozwój wiedzy na temat wpływu leków na mózg człowieka był możliwy dzięki postępowi w samej medycynie. Dodatkowo, postęp ten wzbogacił wiedzę o funkcjonowaniu samego mózgu. Jednym z takich osiągnięć jest teoria amin biogennych, które są związane z powstawaniem depresji. Jakie przyniosło to zmiany? Po pierwsze, zaczęła zacierać się granica między rzeczywistą chorobą psychiczną a nastrojami i emocjami, które stoją za określonymi zachowaniami człowieka. Zatarła się granica między mózgiem (*brain*) a umysłem (*mind*). O ile ten pierwszy należy do sfery biologii i podlega procesom chemicznym, o tyle

¹⁹ Książka ta jest niezwykle interesującą pozycją choćby dlatego, że jej autor nie jest lekarzem ani socjologiem, lecz profesorem literatury. Jego wnikliwa analiza objęła ogromną liczbę dokumentów, które pokazują, jak doszło do medykalizacji nieśmiałości. Książka jest także jedną z niewielu pozycji, które odwołują się do aspektów socjolingwistyki w obszarze medykalizacji. Wprawdzie wielu autorów *implicite* zajmuje się medykalizacją języka, jednak brak jest w literaturze amerykańskiej osobnych prac poświęconych temu zagadnieniu.

drugi należy do świata społecznego, jest odpowiedzialny za myślenie i pozostaje pod silnym wpływem czynników psychologicznych i społecznych. Po drugie, pojawiła się tendencja do traktowania zaburzeń psychicznych w kategoriach czysto medycznych (*disorder*), a nie sytuacyjnych (*neurosis*). To spowodowało wypieranie z rynku usług psychologów i ich oferty leczenia w postaci psychoterapii na rzecz psychiatrów i leczenia farmakologicznego. To doprowadziło do kolejnej konsekwencji – doszło do rewitalizacji psychiatrii, wzrostu prestiżu grupy zawodowej psychiatrów, którzy stali się na nową wpływową elitą. Siłę ich oddziaływania zademonstrowały kolejne wersje DSM, które zwiększały liczbę schorzeń objętych klasyfikacją i rozszerzały już istniejące kategorie. Próba sił między psychologami i psychiatrami spowodowała, że w nowo powstałym modelu medycyny *managed care* znalazło się miejsce dla farmakologicznego leczenia zaburzeń psychicznych, nie starczyło go natomiast dla psychoterapii (nie jest ona refundowana). Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor – SSRI*) to ogólna nazwa grupy leków trzeciej generacji²⁰, które potocznie określane są jako leki psychotropowe lub psychofarmaceutyki. Ich działanie jest podobne do działania substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol – mówiąc najogólniej poprawiają nastrój. Dlatego też często porównuje się psychofarmakologię do chirurgii plastycznej, mówiąc o psychofarmakologii kosmetycznej – likwidującej zmarszczki duszy, rozświetlającej cienie umysłu, odmładzającej go. Do grupy inhibitorów serotoniny należą m.in. takie preparaty jak Paxil, Prozac, Zoloft, Seroxat (część z nich jest dostępna na polskim rynku). Obecnie najczęściej opisywanym w literaturze preparatem jest Paxil, gdyż przepisuje się go na większość zaburzeń psychicznych – od ciężkiej depresji, przez problemy osobowościowe i społeczne, takie jak nieśmiałość (tzw. fobie społeczne), na zwykłych codziennych smutkach i zmiennych nastrojach kończąc. Krytycy medykalizacji emocji mówią o tym, że leki psychotropowe są przepisywane nie tym pacjentom, którzy są najciężej chorzy, ale tym, którzy o tym najgłośniejszą mówią – lekarze przepisują im preparaty „dla świętego spokoju”, a także dlatego, że jest to leczenie refundowane [Dworkin 2001]. Według Lane’a, codziennie 5000 Amerykanów rozpoczyna kurację Paxilem [wywiad z Ch. Lanem, 1.10.2007]. Jakie są konsekwencje medykalizacji emocji? Przede wszystkim, jak mówi Dworkin, nie zmienia się stylu życia Amerykanów, lecz ich psychikę [Dworkin 2006]. Leki takie jak Paxil wywołują wiele skutków ubocznych, często powodując znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjentów

²⁰ Pierwsza „era” leków o podobnym działaniu to tzw. inhibitory MAO, zaś leki drugiej generacji to trójcykliczne i czterocykliczne leki przeciwdepresyjne.

w wymiarze czysto somatycznym. Najbardziej zaskakującym odkryciem Lane'a był fakt, że Paxil, lek antylękowy, wywołuje skutek uboczny w postaci lęku [Jones 2007]. Poza tym – jak pokazują amerykańskie fora internetowe i wirtualne grupy wsparcia – psychofarmaceutyki wcale nie pomagają w leczeniu schorzeń, na które zostały przepisane. Ludziom zażywającym te leki wmawia się, że staną się po nich szczęśliwsi, ale to jest rodzaj szczęścia zdefiniowany raczej przez lek i koncern, który go produkuje, a nie przez samego przyjmującego dany preparat. Dworkin wysuwa ciekawą tezę, iż leki psychotropowe powodują przerwanie połączenia między zewnętrznym i wewnętrznym światem jednostki [Dworkin 2001]. Ludzie przyjmujący preparaty takie jak Paxil mówią, że w zasadzie nic w ich życiu się nie zmieniło, ale są po prostu szczęśliwsi. Wpływ świata zewnętrznego na wnętrze człowieka zostaje wyłączony przez zażycie pigułki. Mówiąc inaczej – wydarzenia zachodzące w świecie zewnętrznym nie wywołują adekwatnej reakcji w postaci emocji, powstających we wnętrzu człowieka. Czy codzienny smutek, przygnębienie, złość, nieśmiałość to uczucia tak bardzo nieprzyjemne i trudne do zniesienia, że będziemy je tłumić za pomocą leków? Czy wkrótce na miłość (szczególnie tę nieszczęśliwą) wystarczy zażyć inhibitor serotoniny, by poczuć się szczęśliwszym? Kwestią otwartą pozostaje także sama definicja bycia szczęśliwym, co pod znakiem zapytania stawia kryteria diagnostyczne schorzeń, na które przepisuje się leki psychotropowe trzeciej generacji.

Kwestię medykalizacji emocji pozwolę sobie zakończyć dość przewrotnym pytaniem. Jeżeli większość ludzi na świecie, nie tylko Amerykanów, cierpi na jakieś lęki i fobie, to może wcale nie jest to dysfunkcją czy zaburzeniem, lecz normą, a leczyć powinno się tych, którzy takich emocji nie odczuwają?

Szeroko omówiony nowy model medykalizacji niesie ze sobą konsekwencję w postaci konieczności zredefiniowania samego procesu. O ile we wcześniejszych ujęciach koniecznym warunkiem medykalizacji było włączanie kolejnych sfer codziennego życia pod jurysdykcję profesji medycznych, o tyle w nowej definicji zjawisko to jest pojmowane znacznie szerzej. Jak stwierdza Conrad, „medykalizacja jest procesem składającym się z definiowania problemu w kategoriach medycznych, używania medycznego języka do opisu problemu, stosowania medycznej ramy, by go zrozumieć lub używania procedur medycznych, by go rozwiązać [...]”. Ten socjokulturowy proces może, ale nie musi angażować profesji medycznych, czy rozciągać medyczną kontrolę społeczną²¹ [Conrad 1992: 211]. Podsumowując, według tej szerokiej definicji, wystarczy, że coś jest definiowane w kategoriach medycznych, a uprzednio nie było, by można było mówić o medy-

²¹ Tłum. własne.

kalizacji problemu, nieistotne jest zaś, kto dokonuje konceptualizacji problemu w tych kategoriach.

Biomedycyzacja

Na początku XXI w. pojawiły się próby rekonceptualizacji medycyzacji. Biomedycyzacja (tak nowy proces został nazwany) to „złożone, wielokierunkowe procesy medycyzacji, które obecnie są rekonstruowane poprzez pojawiające się formy społeczne i praktyki wysoce technologiczowanej naukowej biomedycyny” [Clarke 2003, za: Conrad 2007: 14]. Ta koncepcja jest znacznie szersza od procesu medycyzacji i wydaje się bardziej medyczna niż socjologiczna. Bezsporny pozostaje fakt, iż jest to dopiero zapowiedź na przyszłość, a nie obowiązujący aktualnie model medycyzacji.

DEMEDIKALIZACJA

Zjawiskiem określanym często jako medyczne odczarowanie jest proces odwrotny do umedyczniania. O demedikalizacji mówi się, gdy zjawisko przestaje być definiowane w kategoriach choroby lub medycznej dysfunkcji. Takiego odmedycznienia mogą dokonać profesjonaliści medyczni oraz zorganizowane grupy pacjentów czy też ruchy społeczne. Przykładami demedikalizacji w społeczeństwie amerykańskim są homoseksualizm i niepełnosprawność. Homoseksualizm został zdemedycyzowany w 1973 r. przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne i obecnie jest alternatywnym stylem życia, choć nie brakuje postaw wciąż traktujących go jako chorobę. W ostatnich latach obserwuje się częściową remedikalizację problemu, która jest spowodowana epidemią HIV/AIDS. Demedikalizacja niepełnosprawności dokonała się za sprawą działań samych niepełnosprawnych skupionych w ruchach i organizacjach działających na rzecz ich samych. Skala procesu demedikalizacji jest jednak nieporównanie mniejsza niż medycyzacji a biorąc pod uwagę ekspansję nowych agentów i siła napędowych tego ostatniego procesu, jest raczej mało prawdopodobne, by medyczne odczarowanie stało się trendem dominującym.

PODSUMOWANIE

Większość amerykańskich badaczy postrzega medycyzację jako proces negatywny i donosi się do niego krytycznie. Dlatego zapewne, gdy opisuje się konsekwencje medycyzacji zwykle przeważają skutki negatywne – odsunięcie

na boczny tor kwestii moralnych związanych z zachowaniem, odpowiedzialności za jednostkowe czyny i działania, eskalacja lęku przed życiem i problemami dnia codziennego, redefinicja „ja”, przemiany intymności i tożsamości a w wymiarze ekonomicznym – wzrost kosztów i nakładów na ochronę zdrowia. Medykalizacja doprowadziła do paradoksalnej sytuacji – społeczeństwo, które w porównaniu do sytuacji sprzed 100–150 lat cieszy się obiektywnie nieporównanie lepszym zdrowiem, jest społeczeństwem ludzi schorowanych, cierpiących lub niezdiagnozowanych, społeczeństwem, w którym – według przekonania książkowego doktora Knocka – *każdy jest chory tylko o tym nie wie*. Nie brak jednak głosów wskazujących, iż definiowanie w kategoriach medycznych zaburzeń i dysfunkcji jest potrzebne i konieczne – bardziej prawdopodobne, że sfinansowane będą badania w odniesieniu do problemu zdefiniowanego w kategoriach choroby, polisy ubezpieczeniowe pokrywają koszty leczenia chorób a nie problemów codziennych, a świadectwa zgonów muszą mieć wpisaną przyczynę, a w wymiarze jednostkowym, łatwiej pogodzić się z chorobą, którą ktoś może wyleczyć, niż z problemem, który musi zostać rozwiązany przez samą jednostkę.

Rozwój procesu medykalizacji przeszedł długą drogę. Początkowo, zjawisko to było fenomenem związanym ze sferą dewiacji i zaburzeń psychicznych i było polem zainteresowań głównie psychiatrii. Wraz z rosnącą ekspansją profesji medycznych, nowymi formami medycznej kontroli społecznej, pojawianiem się nowych umedycznionych stanów oraz na skutek pojawienia się nowych sił napędowych i agentów tego procesu, medykalizacja stała się jednym z głównych obszarów badawczych amerykańskiej socjologii medycyny. Medykalizacja nie jest fenomenem jedynie amerykańskim, jest to zjawisko globalne, choć największej ilości opracowań powstało właśnie w socjologii amerykańskiej, co może wskazywać na wysoki stopień medykalizacji życia tego społeczeństwa. Największej ilości opracowań (teoretycznych i empirycznych) doczekały się takie przypadki jak: ADHD, problemy z erekcją, nieśmiałość, fobie społeczne, alkoholizm, menopauza, ciąża i poród, niepłodność, choroby psychiczne, niski wzrost, łysienie, starzenie się, osteoporoza, smutek i depresja. Medykalizacji podlegają zachowania dewiacyjne i naturalne procesy życiowe. W warstwie metodologicznej można badać dwa aspekty medykalizacji – definicje i ich zastosowanie. Łatwiej bada się definiowanie, czyli medykalizację na poziomie konceptualnym, gdyż istnieje wiele obiektywnych wskaźników mierzących ten poziom (przede wszystkim ICD-10 i DSM-IV), znacznie trudniej bada się ją na pozostałych poziomach – instytucjonalnym i interakcyjnym. Oprócz obiektywnych wskaźników wykorzystuje się tu także szeroki wachlarz socjologicznych narzędzi i technik badawczych – reprezentatywne badania opinii, badania określonych grup (lekarze,

pacjenci cierpiący na określone schorzenia, menedżerowie zdrowia, dyrektorzy szpitali, farmaceuci, przedstawiciele medycyny itp.) wykorzystujące metody standaryzowane i jakościowe. Najłatwiej i najpełniej jednak opisuje się procesy medykalizacji w odniesieniu do konkretnych przypadków – stanów, zachowań, problemów – które zostały zmedyalizowane, śledząc zarówno wskaźniki obiektywne jak i subiektywne.

Medykalizacja staje się wyzwaniem nie tylko dla socjologów, zjawisko staje się interdyscyplinarne i tylko połączone wysiłki ekonomistów, etyków, medyków, socjologów, psychologów i psychiatrów oraz polityków mogą dać pełny i obiektywny obraz procesu. Jak już kilkakrotnie podkreślano medykalizacja jest zjawiskiem globalnym, brak jednak – jak dotąd – przekrojowych międzykulturowych badań poświęconych tej problematyce. Szczególnie interesująca byłaby konfrontacja wiedzy zachodniej z systemami krajów azjatyckich, afrykańskich czy arabskich. Medykalizacja jest procesem mało rozpoznany również w Polsce, co zapewne wynika – przynajmniej częściowo – z uwarunkowań historycznych. Warunki do rozwoju tego zjawiska pojawiły się w naszym kraju dopiero po upadku komunizmu, stąd proces ten jest młody, choć coraz częściej dostrzegany. Niestety brak jak dotąd specjalistycznych publikacji z zakresu tej problematyki a przede wszystkim – brak jest jakichkolwiek szeroko zakrojonych badań, które mogłyby w sposób obiektywny przybliżyć rozmiary i przebieg procesu medykalizacji w Polsce. Autorka tego artykułu prowadzi własne badania w tym zakresie, których wyniki, przynajmniej częściowo, ukażą obraz procesu medykalizacji polskiego społeczeństwa.

BIBLIOGRAFIA

- B a u m a n Z. [2006], *Płynna rzeczywistość*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- B a u m a n Z. [2007], *Płynne życie*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- B a u m a n Z. [2011], *44 listy ze świata płynnej nowoczesności*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- B i ń c z y k E. [2002], *Nieklasyczna socjologia medycyny: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucaulta*, [w:] W. Piątkowski (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- B i r d Ch.E., C o n r a d P., F r e m o n t A.M. (eds.) [2000], *Handbook of Medical Sociology*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- B l e c h J. [2006], *Inventing Disease and Pushing Pills. Pharmaceutical Companies and the Medicalisation of Normal Life*, London Routledge.
- B r o o m D.H., W o o d w a r d R.V. [1996], *Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 18, No. 3.
- C o c k e r h a m W.H. [2004], *Medical Sociology. Ninth Edition*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

- Conrad P. [1979], *Types of medical social control*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 1, No. 1.
- Conrad P. [1992], *Medicalization and Social Control*, "Annual Review of Sociology", Vol. 18.
- Conrad P. et al. [2010], *Estimating the Costs of Medicalization*, "Social Science and Medicine", Vol. 70, No. 12.
- Conrad P., Leiter V. [2003], *Health and Health Care as Social Problems*, Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
- Conrad P., Leiter V. [2004], *Medicalization, Markets and Consumers*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 45.
- Conrad P., Schneider J.W. [1992], *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Philadelphia: Temple University Press.
- Czarkowski M. [2012], *Kto zarabia na wojnie z lekami*, dokument elektroniczny <http://m.onet.pl/prasa/4995839,detal.html> [dostęp 13.01.2012].
- Dworkin R.W. [2001], *The Medicalization of Unhappiness*, www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=publication_details&id=911 [dostęp 25.10.2011].
- Dworkin R.W. [2006], *Treating Unhappiness*, www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=publication_details&id=4000 [dostęp 25.10.2011].
- Furedi F. [2004], *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, London–New York: Routledge.
- Giddens A. [2004], *Socjologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hadler N.M. [2003], *Fibromyalgia and the Medicalization of Misery*, "Journal of Rheumatology", Vol. 30, No. 8, August, <http://www.jrhuem.com/subscribers/03/08/1668.html> [dostęp 27.10.2008].
- <http://www.filmpolski.pl/fp/index.php/522170> [dostęp 5.01.2012].
- <http://www.e-teatr.pl/en/realizacje/8009,szczegoly.html> [dostęp 05.01.2012].
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Knock_ou_le_Triomphe_de_la_m%C3%A9decine [dostęp 5.01.2012].
- Ilich I. [2010], *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Marion Boyars.
- Jones A.B. [2007], *A Pill for Every Mood: an Interview with Christopher Lane*, http://www.books-lut.com/features/2007_12_012048.php [dostęp 27.10.2010].
- Lane Ch. [2007], *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven–London: Yale University Press.
- Matcha D.A. [2000], *Medical Sociology*, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Miah A., Rich E. [2008], *The Medicalization of Cyberspace*, London: Routledge.
- Morgan S.G. [2007], *Direct-to-consumer advertising and expenditures on prescription drugs: a comparison of experiences in the United States and Canada*, "Open Medicine", Vol. 1, No. 1.
- Mulder R.T. [2008], *An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress?*, "Perspectives in Biology and Medicine", Vol. 51, No. 2, Spring.
- Myllykangas M., Tuomainen R. *Medicalization*, <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/health/society/me-dicalisation.html> [dostęp 25.10.2011].
- Nettleton S. [2006], *The Sociology of Health and Illness*, Malden: Polity Press.
- On the Medicalization of Our Culture*, "Harvard Magazine", 23.04.2009, www.harvardmagazine.com/2009/04/medicalization-of-our-culture [dostęp 25.10.2011].
- Parsons T. [1969], *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa: PWN.

- Pridmore S. [2007]: *Medicalization/Psychiatricization of suffering*, "Download of Psychiatry", April, http://eprints.utas.edu.au/287/35/Chapter_32__Medicalization_of_suffering.pdf [dostęp 25.10.2011].
- Romains J. [1900], *Knock [ou le triomphe de la medecine]*, Audenarde: Sanderus.
- Ruffie J., Sournia J.Ch. [1996], *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Scott S. [2006], *The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 28, No. 2, March.
- Singer A.J. [2001], *Medicalization. A "Third Way" to Drug Policy*, Fraser Institute.
- Sokołowska M. [1980], *Granice medycyny*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Sokołowska M. [1986], *Socjologia medycyny*, Warszawa: PZWL.
- Szasz T. [1963], *Law, Liberty and Psychiatry*, New York: Macmillan.
- Szasz T. [2007], *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*, New York: Syracuse University Press.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2000], *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Turner B.S. [1987], *Medical Power and Social Knowledge*, Newbury Park, California: Sage.
- White R., Horvitz E. [2008], *Cyberchondria. Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search*, Microsoft Research, <http://research.microsoft.com/pubs/76529/TR-2008-178.pdf> [dostęp 28.11.2010].
- Wieczorkowska M. [2008], *Świat jako klinika – medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w świetle społeczeństwa ryzyka biomedycznego*, Łódź: Wydawnictwo UM w Łodzi.
- Wywiad z Christopherem Lanem*, http://www.furiousseasons.com/archives/2007/10/an_interview_with_chri-stopher_lane.html [dostęp 27.10.2010].

Magdalena Wieczorkowska

THE MEDICALIZATION OF SOCIETY IN THE AMERICAN SOCIOLOGY

Abstract

A process in which medicine enters into everyday life making it medical, by defining and treating states, moods, behaviors and conditions as medical problems (diseases, disorders) is a global phenomenon which expanded between 20th and 21st century. This process has various regional dynamics determined by political, socio-economical and religious factors. In Poland, medicalization, is quite a new phenomenon that needs to be researched.

A vast body of American literature in that field suggests high level of medicalization of this society. This essay depicts medicalization in the context of American medical sociology. Several issues is considered: historical perspective, broader theoretical context of that phenomenon, levels of medicalization, its models in a diachronic view, main authors and essential examples of medicalization. This will be the starting point for considerations on the medicalization process in Poland.

Key words: medicalization of everyday life, social control, deviation, models of medicalization, psychopharmacology, medicalization of emotions.

WOJCIECH BIELECKI
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

SPOŁECZEŃSTWO TERAPEUTYCZNE A GLOBALIZACJA – SOCJOLOGICZNY I EPIDEMIOLOGICZNY KONTEKST PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB NIEZAKAŻNYCH (NCD)

Streszczenie

Artykuł prezentuje wybraną część wyników największego, reprezentatywnego badania epidemiologicznego w Polsce – Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ), którego główny cel określa się jako ocenę stopnia zagrożenia ludności polskiej chorobami serca i naczyń, *ergo* – poziomu czynników ryzyka i stopnia ich kontroli. Generalnie – co piąty uczestniczący w pomiarze respondent z województw łódzkiego i lubelskiego (N = 2212) nie wykazał żadnej wiedzy nt. innych aniżeli farmakologiczne sposobów zapobiegania CHUK, a także nie wiedział nic na temat chorób i powikłań, które może spowodować nieleczone nadciśnienie tętnicze. W jednym i drugim przypadku, w sposób istotny statystycznie, niewiedza ta częściej charakteryzowała uczestniczących w badaniu mężczyzn aniżeli kobiety, częściej osoby z niskim poziomem wykształcenia, reprezentantów najmłodszej i najstarszej kategorii wieku, a także – respondentów deklarujących najniższe dochody netto *per capita*. To zaś może świadczyć m.in. o istnieniu groźnego *status quo*, utrzymującego się w czasie „trendu społecznej niewiedzy” w zakresie profilaktyki chorób serca i naczyń. Trendu, co warto podkreślić, dotyczącego aż 1/5 polskiego społeczeństwa. Choć 80% badanych posługuje się jakąś świadomością typu profilaktycznego (przynajmniej na poziomie werbalnych deklaracji), to jednak teza o co najmniej dobrej sytuacji w tym zakresie jest – w naszej ocenie – co najmniej ryzykowna.

* Zakład Patologii Społecznych, e-mail:wojciech.bielecki@umed.lodz.pl

Słowa kluczowe: społeczeństwo terapeutyczne, czynniki ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych, choroby serca i naczyń, poziom świadomości profilaktycznej, racjonalizm prewencyjny, profilaktyczna ignorancja, badania kwestionariuszowe.

PERSPEKTYWA OGÓLNA

Współczesna medycyna w relatywnie krótkim czasie, stała się złożoną strukturalnie i niezwykle istotną instytucją społeczną, będącą jednym z atrybutów społeczeństwa konsumpcyjnego i procesów globalizacji w ogóle. Dynamiczne przemiany w obrazie chorób odpowiedzialnych za stan zdrowia społeczeństw, ale i wynikające z nich strategie implementowane w zakresie zdrowia publicznego, wiążą się z nowymi perspektywami poznawczymi socjologii medycyny, która bada m.in. gotowość do zachowań o charakterze prewencyjnym, odwołując się do poziomu społecznej świadomości zagrożeń.

Jeśli przyjąć, że miarą tego dynamicznego rozwoju [Bielecki 2010: 23] jest fakt, iż – z jednej strony – połowa społeczeństw myśliwskich i zbierackich (*hunting and gathering societies*) nie dożywała 20. roku życia, a tylko nieliczni przeżywali więcej niż 40 lat, z drugiej zaś – w ciągu ostatnich dwóch stuleci tzw. dalsze oczekiwane trwanie życia dla niemowląt wzrosło z około 30 lat do średniego poziomu powyżej 75 lat w krajach rozwiniętych, to trudno kwestionować fakt, iż owo „przejsie zdrowotne” (określenie użyte m.in. przez A. Giddensa) zmieniło w sposób fundamentalny zarówno wzory przeżywalności, jak i główne przyczyny zgonów.

Obowiązująca od dziesięcioleci, a wypracowana w ramach WHO definicja zdrowia, oznaczająca szczególnie rodzaj dobrostanu w sferze somatycznej, mentalnej i socjalnej; *ergo* – zdrowie jako ogólny stan funkcjonowania organizmu od poziomu *micro* (celularnego) do poziomu *macro* (społecznego) – jest traktowana w sferze formalnie obowiązującej ideologii społeczeństw konsumpcyjnych jako synonim szczęścia. Można rzec, iż dyskurs wokół zdrowia jako jednej z najważniejszych wartości opiera się na naiwnej antropologii naturalnego dążenia do osiągnięcia swoistego szczęścia w tym właśnie zakresie [Baudrillard 2006: 45].

Z. Bauman pisał w tej kwestii: „Banałem, a nawet tautologią jest stwierdzenie, że ludzie zawsze woleli szczęście od nieszczęścia. Pojęcie „szczęścia” w swym najpowszechniejszym użyciu odnosi się przecież do stanu lub wydarzeń, których ludzie pragną doświadczyć...” [Bauman 2009: 50]. Jedną z zasadniczych osi owych globalnych przemian społecznych tworzą rosnące oczekiwania stawiane jakości życia codziennego, która jako kategoria epistemologiczna mniej

więcej od półwiecza stała się integralną i zarazem modną częścią badań *stricte* medycznych, ale także tych z pogranicza medycyny i innych dziedzin nauki w tym – socjologii medycyny. Jest całkowicie zrozumiałe, że problemy jakości życia stały się przedmiotem zainteresowań naukowych, również w odniesieniu do lepszej, bezpiecznej dla pacjenta i optymalizowanej z punktu widzenia efektywności kosztowej opieki zdrowotnej. Odpowiedzią na te oczekiwania jest programowanie i wdrażanie krajowych, regionalnych i lokalnych programów działania, które w centrum zainteresowania stawiają coraz lepiej definiowane potrzeby mieszkańców [Strategia Rozwoju 2006: 253].

Na poziomie tak sformułowanej ideologii oraz artykułowanych *expressis verbis* celów strategicznych szczególne znaczenie przypisuje się także problemowi dostępności usług medycznych (możliwie w każdym miejscu i przez całą dobę), zapewnieniu jednakowej i wysokiej ich jakości (zarówno dla mieszkańców miast, jak i wsi), przyjazności świadczonych usług medycznych, bezpieczeństwu pacjenta i zapewnieniu prywatności danych pozyskiwanych w trakcie kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej oraz zapewnieniu niezależności i swobody działania osobom starszym i niepełnosprawnym [Wokół zdrowia 2006].

Niejako na drodze do realizacji owego globalnego celu strategicznego leży od lat stały wzrost zachorowalności na przewlekłe choroby niezakaźne (*Noncommunicable Diseases* – NCD), zwłaszcza zaś – choroby serca i naczyń (CHUK, CHNS). Tendencja ta jest charakterystyczna, co warto podkreślić, nie tylko dla społeczeństw postindustrialnych (określenie użyte po raz pierwszy przez amerykańskiego socjologa D. Bella, jednego z twórców koncepcji społeczeństwa poprzemysłowego oraz „końca wieku ideologii”) czy też – by użyć terminologii zaproponowanej przez A. Tofflera – praktopijnych. Okazuje się bowiem, że choroby serca i naczyń są, z jednej strony, bardzo znaczącym obciążeniem dla budżetów krajów o niskich i średnich dochodach, z drugiej zaś – następstwem ubóstwa (sic!). Dzieje się tak dlatego, że mieszkańcy krajów rozwijających się przejmują z bogatszych rejonów świata typowe dla tych ostatnich czynniki ryzyka, dodając do nich te, które wiążą się z biedą, tj. niski poziom wykształcenia, wyższy poziom stresu psychicznego, ograniczony dostęp do systemu opieki zdrowotnej, czy też kulturowo uwarunkowane zachowania antyzdrowotne.

Niezależnie od przyjmowanej perspektywy teoretycznej (tego, czy chorobę traktować jako samooczuwanie dolegliwości – *illness*; choroba jest tu pojęciem subiektywnym, związanym z poczuciem, iż jest się niezdrowym czy też, odwołując się do jej sensu biologicznego – *disease*; pojmować ją jako zdiagnozowaną przez medycynę patologię, mogącą być przyczyną odczuwania choroby, czy wreszcie, nadając jej sens społeczny – *sickness*; odnieść rzecz do statusu społecznego, wy-

znaczącego sposób traktowania ludzi cierpiących na jakieś schorzenie), mamy współcześnie do czynienia ze znacznym (globalnym) zwiększeniem społecznego zainteresowania czynnikami ryzyka tych chorób. Szczególnie dotyczy to tych czynników ryzyka, którym można skutecznie przeciwdziałać poprzez promocję zdrowia i profilaktykę, a więc czynników zależnych od przyjmowanego stylu życia i zarazem determinujących jakość życia w tym zakresie.

Warto dodać, iż powiązania między poszczególnymi *risk factors* i ich skutkami zdrowotnymi są często bardzo złożone i trudne do oszacowania. Mimo to, wyróżnić można co najmniej kilka takich funkcjonalnych czynników ryzyka, których znaczenie nie budzi wątpliwości, a stosowane metody pomiaru pozwalają na porównanie sytuacji Polski np. z innymi krajami Unii Europejskiej czy innymi regionami Świata. Należą do nich między innymi: palenie papierosów, nieprawidłowa dieta, nadmierne spożycie alkoholu, otyłość czy mała aktywność fizyczna. Właśnie te czynniki, według szacunków WHO, były na początku nowego *millennium* odpowiedzialne w Polsce za około 55% zgonów i prawie 40% utraconych lat życia przeżytego w zdrowiu [*Reducing risks* 2002]. Niejako po drugiej stronie opisywanej rzeczywistości, umieścić należy rzecz nie mniej istotną a mianowicie: poziom społecznej wiedzy na temat tych zagrożeń i *aliud ex alio* – stan indywidualnej, ale i zbiorowej świadomości typu profilaktycznego (a więc zdolności do odzwierciedlania obiektywnej rzeczywistości oraz identyfikowania własnych możliwości w tym zakresie).

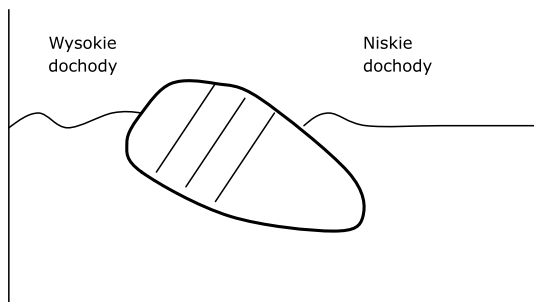
SOCJOLOGICZNE I EPIDEMIOLOGICZNE UJĘCIE PROBLEMU NCD

Idea społeczeństwa, które nieustannie otacza nas troską i podejmuje ciągle starania o nasze dobro znajduje swe odzwierciedlenie w ideologii społeczeństwa leczącego, traktującego nas wszystkich jako potencjalnych pacjentów [Baudrillard 2006: 229]. Jeśli zatem wprowadzamy tu termin „społeczeństwo terapeutyczne”, którym będziemy się posługiwać, to jego kontekst opisujemy w kategoriach znaczeń socjologiczno-epidemiologicznych w tym sensie, w jakim to społeczeństwo narażone jest na ekspozycję czynników ryzyka chorób serca i naczyń. ale także tego, w jakim stopniu wiedza (świadomość) typu profilaktycznego stanowi potrzebę-dyspozycję (*need-disposition* w znaczeniu użytym przez Parsonsa) i zarazem komponent poznawczy (*cognitive*) oraz szacujący (*appreciative*) w ramach przyjmowanej orientacji na zdrowie jako wartość [Ritzer 2004: 299]. Ponieważ socjologię medycyny interesuje doświadczenie choroby (w tym NCD) czy też

sposób odnoszenia się do zdrowia na poziomie świadomości zbiorowej, kwestia nieograniczonego, odczuwanego *in potentia* popytu na świadczenia i usługi medyczne jawi się jako immanentna składowa tzw. prawa do zdrowia, pojmowanego jako współczesna odmiana praw człowieka [Skorowski 2005: 89]. Takie rozumienie (a rozumienie to ma przecież ewidentny wymiar globalny) społeczeństwa terapeutycznego zawiera w sobie swoistą interpretację pojęcia „zdrowie”, które dzisiaj nie tyle jest nakazem biologicznym wiążącym się z koniecznością przetrwania w ogóle, ile nakazem społecznym, sposobem manifestowania pozycji (statusu) społecznego [Baudrillard 2006: 186].

Szereg badań oceniających np. wpływ wykształcenia i innych czynników socjoekonomicznych (głównie dochodu i pozycji zawodowej) na behawioralne czynniki ryzyka chorób serca i naczyń przeprowadzono m.in. w USA i Finlandii, a ich rezultaty jednoznacznie potwierdzają istnienie takich zależności (z bezpłatnych usług zdrowotnych częściej korzystają osoby najuboższe i gorzej wykształcone). Obserwacje te weryfikują także wysuwaną przez wielu autorów tezę, że zmniejszenie bariery finansowej (poziomu kosztów ponoszonych przez pacjenta) powoduje wzrost częstości korzystania ze świadczeń, zwłaszcza w grupach o najniższych dochodach. Zależność tę opisał m.in. G. Beck, przedstawiając *spectrum* potrzeb zdrowotnych ludności w postaci góry lodowej, uwzględniającej podział społeczeństwa na grupy dochodowe. Ta część górotworu, która znajduje się pod powierzchnią wody, symbolicznie przedstawia obszar niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych; zmniejszanie barier finansowych, np. poprzez wprowadzenie dobrze funkcjonującego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, powoduje zatem „zwiększanie” się części góry nad powierzchnią wody, wraz z jej częściowym obróceniem się po stronie obrazującej grupy o niższych dochodach (rys. 1).

RYSUNEK 1. Korzystanie z opieki zdrowotnej a poziom dochodów



Źródło: Beck [1973: 3].

Postawy i zachowania prozdrowotne stają się ważną częścią stylu życia i nowych orientacji życiowych (jakości życia wyznaczanej poziomem zdrowia – *Health Related Quality of Life*), zwłaszcza grup najlepiej wykształconych [Lantz 1998: 1703, Luoto et al. 1994: 348], które z kolei stają się swoistym „pasem transmisyjnym” czy też grupami odniesienia w socjologicznym znaczeniu tego terminu¹, przy czym obserwuje się tutaj niejako naturalne różnice teoretyczno-interpretacyjne, odnoszące się do sposobu postrzegania zmiennych, interferujących wprost, ale także – *en passant* – w omawianą problematykę.

Przedstawiciele szkoły strukturalno-funkcjonalnej w socjologii rozpatrują wzrost znaczenia problemów tego typu poprzez funkcje, jakie medycyna pełni w społeczeństwie w ogóle (ochrona zdrowia, badania naukowe i implementacja nowych metod leczenia oraz realizacja funkcji kontrolnej, związanej z procesem tzw. poświadczania choroby). Z kolei przedstawiciele socjologii konfliktu postrzegają wiązkę owych problemów przez pryzmat nierówności występujących w systemach opieki zdrowotnej. Teza przyjmująca, że medycyna jest jedną z dziedzin przynoszących zyski i – co za tym idzie – właśnie dążenie do maksymalizacji zysku, a nie leczenie chorób jest głównym celem medycyny znalazła swe miejsce w Polsce *hic et nunc* w sporach o ostateczny kształt nowej ustawy refundacyjnej i związanych z nimi protestach lekarzy i farmaceutów². Jeszcze inaczej problem niezakaźnych chorób przewlekłych traktują interakcyoniści; uwypuklając subiektywizm definicji oraz wzorce zdrowia i choroby uświadamiają nam, że przejście od stanu złego samopoczucia do uświadomienia sobie choroby jest procesem związanym z kulturowymi lub subkulturowymi koncepcjami zdrowia.

Niezależnie jednak od przyjmowanej płaszczyzny teoretycznych odniesień, NCD są *par excellence* chorobami **społecznymi**. I jakkolwiek kryteria uznawania chorób za społeczne nie są jednoznaczne (każda choroba jest w pewnym sensie zjawiskiem społecznym, ponieważ „dzieje” się w społeczeństwie i zazwyczaj dotyczy większej liczby chorych), to w przypadku NCD nie ma miejsca na jakiegokolwiek w tym względzie wątpliwości. Co więcej – NCD to choroby o dużym znaczeniu społecznym, które jest określane za pomocą całej gamy epidemiologicznych mierników. Najważniejsze z nich to:

¹ Zależności tego typu opisują m.in.: Van Lenthe et al. [2001: 43–50]; Winkleby et al. [1992: 816–820]; Stelmach et al. [2004a: 299–310; 2004b: 439–449; 2004c: 393–401].

² 13.02.2012 r. Naczelna Rada Lekarska zarekomendowała, by lekarze nie określali na receptach poziomu refundacji z wyjątkiem właśnie przewlekłych chorób niezakaźnych. W znowelizowanej już ustawie refundacyjnej są zapisy, które narzucają lekarzom obowiązek odnotowywania stopnia refundacji niektórych leków. Zniesienie tego wymogu było jedną z przesłanek dla rekomendacji zakończenia akcji protestacyjnej. Rada zaapelowała też do premiera o odwołanie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

– częstość występowania choroby (inaczej – jej natężenie, mierzone współczynnikami zachorowalności lub chorobowości, przy czym większe znaczenie przypisuje się tu chorobowości, uwzględniającej – poza zachorowaniem – również przeciętny czas trwania choroby);

– przeciętny czas trwania choroby jako miernik traktowany autonomicznie;
– niekorzystne rokowania co do przebiegu choroby; podstawą tego rokowania musi być znajomość „obiektywnych” i „subiektywnych” cech choroby oraz wiedza dotycząca możliwości skutecznego oddziaływania na te cechy;

– umieralność (liczba zgonów w danej populacji w jednostce czasu, np. w ciągu roku) i śmiertelność (liczba zgonów osób chorych w danej populacji w jednostce czasu, np. w ciągu roku, rozpatrywana wg chorób i ich grup) – mierzone odpowiednimi współczynnikami, przy czym większą rangę przypisuje się tutaj współczynnikowi umieralności;

– suma społecznych nakładów, w tym działań służby zdrowia, ponoszonych na rzecz zapobiegania szerzeniu się chorób (promocja zdrowia i profilaktyka).

Taka perspektywa oznacza, że zwłaszcza w przypadku chorób serca i naczyń kryteriami szczególnie istotnymi są: masowość ich występowania, doniosłe konsekwencje społeczne (koszty)³, ale i wzory zachowań, traktowane jako swoiste nośniki tych chorób [Uramowska-Żyto 1980: 47]. Perspektywa ta implikuje zarazem celowość nie tylko wykrywania takich chorób w możliwie wczesnym okresie ich rozwoju, lecz także wykrywanie samych czynników decydujących na poziomie populacyjnym o istocie zagrożenia chorobą, zwłaszcza wtedy, gdy obserwuje się: a) stałość powiązań statystycznych między występowaniem czynnika ryzyka i chorobą, weryfikowaną w różnych badaniach, prowadzonych na różnych populacjach, b) siłę powiązań, tzn. wysoką korelację między natężeniem czynnika ryzyka a intensywnością występowania choroby, c) wiarygodność biologiczną, tzn. potwierdzenie związków przyczynowo-skutkowych zarówno w badaniach podstawowych, jak i klinicznych, d) następstwo w czasie (obecność czynnika powinna poprzedzać wystąpienie choroby) i wreszcie – e) podatność na interwencję (modyfikacja czynnika powinna wywołać spadek ryzyka choroby).

Reasumując – wzajemne relacje między przyczynami powstawania i następstwami NCD, to na ogół złożone powiązanie rozmaitych czynników, zarówno tych wzmacniających, jak i działających antagonizująco na globalny wynik ostateczny; świadomość istnienia poszczególnych elementów owego łańcucha przyczynowo-

³ Z danych NFZ wynika, że w 2004 r. wydatki na programy profilaktyczne stanowiły mniej niż pół procenta ogółu wydatków na opiekę kardiologiczną; niespełna 10 mln zł na programy prewencyjne wobec więcej niż 1 mld – na refundację leków kardiologicznych i powyżej 1 mld – na koszty hospitalizacji.

-skutkowego stanowi o właściwym rozumieniu, ale także o ewentualnym skutecznym radzeniu sobie z tymi chorobami.

ŚWIADOMOŚĆ DZIAŁAŃ PREWENCYJNYCH W ZAKRESIE NCD – PERSPEKTYWA TEORETYCZNA

Prawdziwa wiedza, to znajomość przyczyn

(F. Bacon)

Wszelkie choroby są ze swej natury zmienne; ich symptomy i związana z nimi artykulacja są zawsze pochodną kultury i społeczeństwa funkcjonującego w obrębie tej kultury (zinternalizowanych systemów wartości i kryteriów je określających, uznanych wzorów zachowań i modeli wpajanych w procesie socjalizacji). To więc, w jaki sposób człowiek postrzega objawy chorobowe, w jaki sposób je prezentuje „na zewnątrz” jest uzależnione od przynależności do grup społecznych, kulturowo zróżnicowanego sposobu postrzegania i oceniania objawów, wreszcie – od ogółu treści związanych ze zdrowiem i chorobą, przekazywanych w trakcie procesu uspołecznienia. Tak jest również w przypadku przewlekłych chorób niezakaźnych, czyli chorób, które nie tylko stanowią podstawowy problem zdrowotny cywilizowanego świata, lecz także chorób, w zapobieganiu którym człowiek może mieć ogromny udział⁴ i to niezależnie od tego, w jakim stopniu uznaje się, że są one kwalifikowane w obręb grupy tzw. *man-made diseases* [Baroletti, Dell’Orfano 2010: 1455; por. Dunkelmans 1979]. Podstawą teoretyczną ich wczesnego wykrywania jest przyjmowane *implicitie* założenie, iż dokonanie tego w okresie przedklinicznym stwarza możliwości skuteczniejszej ingerencji w przebieg choroby. Teza ta jest niespornym przeświadczeniem, funkcjonującym w obrębie samej medycyny, a także – w ramach wiedzy o społeczeństwie w ogóle. Zgodnie z przyjętymi w analizie założeniami konceptualizacyjnymi⁵, interesowała nas wiedza *sensu largo* (czyli zbiór informacji, poglądów itp., którym przypisuje się wartość poznawczą i/lub praktyczną). Wiedza w takim rozumieniu oznacza znajomość czegoś; *eo ipso* – pewien typ świadomości i musi być traktowana jako zmienna, której empirycznie nie można na ogół obserwować wprost. Innymi słowy, aby móc badać czyjaś wiedzę, należy odwołać się do pewnych wskaźników, których obserwacja niejako potwierdza jej istnienie [Nowak 1970: 102].

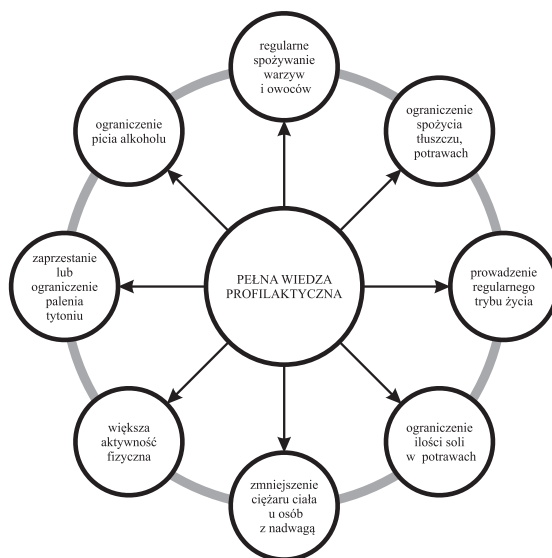
⁴ O problemach tych pisali m.in. El Fakiri, Bruijnzeels, Hoe [2006: 741]. Por. Poole-Wilson [2007: 117], zob. także Zatoński, Przewoźniak (red.) [1996]; Zdrojewski [2004].

⁵ Szczegóły założeń metodologicznych programu badawczego odnaleźć można w: Rywik i in. [2004].

W tym kontekście kluczowe w sensie merytorycznym jest pytanie o znajomość (właśnie na poziomie populacyjnym) innych aniżeli farmakologiczne metod zapobiegania chorobom serca, a także – o znajomość konsekwencji nieleczonego nadciśnienia tętniczego. Ponieważ sama deklaracja postaw nie jest *ex definitione* tożsama z ich rzeczywistym wystąpieniem [Marody 1976], zatem, dopuszczając pewien margines błędu, w prezentowanych tu rozważaniach przyjęliśmy modelowe założenie, że szczególnie interesujące są dwie kategorie respondentów-pacjentów.

Pierwszą stanowić będą ci, którzy dysponują tzw. pełną wiedzą typu profilaktycznego; owa wiedza, stanowi konstytutywny element tego, co nazywamy zdrowym stylem życia i – w konsekwencji – zapobiegania różnym chorobom, w tym chorobom serca i naczyń⁶. Jeśli zatem pacjent posiada taką „pełną” wiedzę, będzie w stanie wymienić wszystkie metody niefarmakologicznego zapobiegania chorobom serca, tj.: 1) zmniejszenie ciężaru ciała u osób z nadwagą, 2) większą aktywność fizyczną, 3) zaprzestanie lub ograniczenie palenia tytoniu, 4) ograniczenie picia alkoholu, 5) ograniczenie ilości soli w potrawach, 6) prowadzenie regularnego trybu życia (właściwy wypoczynek, unikanie nadmiernego napięcia nerwowego), 7) ograniczenie spożycia tłuszczu, 8) regularne spożywanie warzyw i owoców (rys. 2).

RYSUNEK 2. Model racjonalnej wiedzy profilaktycznej (znajomość wszystkich lub prawie wszystkich metod niefarmakologicznego zapobiegania chorobom serca)



Źródło:
opracowanie
własne.

⁶ Zob. *Zdrowy styl życia* [2010]. Por. Testa, Simonson [1996], a także Ostrowska [1999]; Kattainen [2006].

Gdyby nieco tylko „osłabić” rygoryzm przyjętego wcześniej założenia, tj. uznać, że wskaźnikiem pełnej wiedzy profilaktycznej jest również sytuacja, w której respondent pomija, ale tylko jedną z metod nefarmakologicznego zapobiegania chorobom serca, to i tak to restrykcyjne założenie metodologiczne pozwala na zastosowanie pewnej dychotomii klasyfikacyjnej. Jeśli zatem uznać, że pierwszym jej członem jest niejako **racjonalizm prewencyjny** badanych, to drugi określa fenomen potencjalnych pacjentów „przebywających za zasłoną niewiedzy” [Boudon 2008: 196]. Sytuacja, w której nie została wskazana choćby jedna tylko metoda, stanowi podstawę zaliczenia respondenta do drugiej kategorii i zarazem kluczowego wręcz dla prezentowanych tu rozważań stwierdzenia, że nie posiada on żadnej profilaktycznej wiedzy na ten temat. Tę postać syntetycznego wskaźnika określimy mianem **profilaktycznej ignorancji**.

ŚWIADOMOŚĆ DZIAŁAŃ PREWENCYJNYCH W ZAKRESIE NCD – PERSPEKTYWA EMPIRYCZNA

*Kiedy zastanawiam się nad jakąś chorobą,
nigdy nie myślę o znalezieniu leku przeciwko niej,
ale o tym, jak można jej zapobiegać*
(L. Pasteur)

Metodologia programu WOBASZ określała precyzyjnie technikę gromadzenia danych; wykorzystano tu standaryzowany sposób uzyskiwania informacji, oparty na komunikowaniu typu bezpośredniego [Babbie 2004: 300], obejmujący swym zakresem szeroki wachlarz zagadnień [*Wokół zdrowia* 2009]. Po wielostopniowej weryfikacji zebranego materiału (*data cleaning, contingency cleaning*) do informatycznej bazy danych włączono ostatecznie wypowiedzi 2212 respondentów z województw lubelskiego i łódzkiego; obydwa te województwa charakteryzują się podobnym odsetkiem cierpiących na choroby przewlekłe (odpowiednio: 49,1% i 50,1%).

Wśród zbadanych 1062 mężczyzn i 1150 kobiet ponad $\frac{2}{3}$ ogółu stanowili pozostający w związkach małżeńskich (70,9%), blisko co piąty badany określał swój stan cywilny w kategoriach „kawaler/panna” (18,1%), co dziewiąty zaś reprezentował kategorie: „owdowiały” i/lub „rozwieziony” (11,1%). Dominantę stanowili respondenci między 45 a 54 rokiem życia (blisko 24% ogółu); reprezentanci wieku średniego (35–54 lata) łącznie stanowili ponad 41% wszystkich uczestników pomiaru. W badanej zbiorowości przeważały osoby legitymujące się wykształceniem średnim (31,5% ogółu); uczestnicy pomiaru ze statusem

uniwersyteckim to blisko 12% wszystkich, wobec dwukrotnie liczniejszych reprezentantów kategorii „brak wykształcenia, niepełne i ukończone podstawowe”. Wśród badanych reprezentanci najniższych grup deklarowanego dochodu netto *per capita*, określanego tu jako 500 zł i mniej – 47,2% ogółu. Niespełna 3% ogółu określało owe dochody na poziomie powyżej 1500 zł, zaś więcej, niż co dziesiąty uczestnik pomiaru (10,2%), nie potrafił określić tak definiowanego poziomu dochodu lub/i odmówił odpowiedzi na to pytanie kwestionariusza.

Niemal co piąty uczestnik pomiaru (19,7% ogółu) **nie wykazał żadnej wiedzy** na temat innych niż farmakologiczne metod zapobiegania chorobom serca (tab. 1). Dodajmy, ta profilaktyczna ignorancja częściej charakteryzowała uczestniczących w badaniu mężczyzn aniżeli kobiety ($p = 0,00001$, $C = 0,136$), częściej osoby z niskim poziomem wykształcenia ($p = 0,0000$, $C = 0,368$), a także – reprezentantów najmłodszej i najstarszej kategorii wieku ($p = 0,00000$, $C = 0,199$) oraz pacjentów legitymujących się najniższymi dochodami, tj. do 700 zł netto *per capita* ($p = 0,0004$, $C = 0,167$).

TABELA 1. Znajomość metod zapobiegania chorobom serca i naczyń, innych niż przyjmowanie leków

Liczba wskazanych metod	Województwo					
	lubelskie		łódzkie		razem	
	n	%	n	%	n	%
0	218	20,6	218	18,8	436	19,7
1	104	9,9	132	11,4	236	10,7
2	199	18,9	210	18,2	409	18,5
3	210	19,9	225	19,5	435	19,6
4	151	14,3	147	12,7	298	13,5
5	97	9,2	79	6,8	176	7,9
6	53	5,0	48	4,1	101	4,6
7–8	23	2,2	98	8,5	121	5,5
Razem	1055	100,0	1157	100,0	2212	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Respondentów proszono też o dokonanie oceny własnego stanu zdrowia, stanowiącej, obok cech demograficznych i socjoekonomicznych, dodatkowe kryterium analiz. Ten niezwykle ważny czynnik funkcjonalny, stanowiący coraz częściej przedmiot różnorodnych rozważań i poszukiwań badawczych, ciągle – jak się wydaje – nie uzyskuje należytej rangi, nie tylko w programach profilaktyki

chorób niezakaźnych i praktyce lekarskiej, mimo że – *ex adverso* – samoocena stanu zdrowia jest chyba najbardziej popularnym kryterium funkcjonowania człowieka, wykorzystywanym w badaniach socjomedycznych⁷.

W prezentowanym pomiarze dominantę stanowili badani, określający stan swego zdrowia jako dobry. Rzecz znamienna – ci właśnie, definiujący stan swojego zdrowia jako dobry lub/i bardzo dobry, w sposób istotny statystycznie częściej aniżeli pozostali wskazywali jako czynnik zapobiegający chorobom serca i naczyń: 1) większą aktywność fizyczną ($p = 0,00006$), 2) zaprzestanie lub ograniczenie palenia tytoniu ($p = 0,0082$), 3) prowadzenie regularnego trybu życia, właściwy wypoczynek, unikanie nadmiernego napięcia nerwowego ($p = 0,00083$) oraz – 4) regularne spożywanie warzyw i owoców ($p = 0,00009$) i 5) ograniczenie spożycia alkoholu ($p = 0,05$). Uczestniczące w pomiarze kobiety, istotnie częściej aniżeli mężczyźni wskazywały na rolę: 1) zmniejszenia ciężaru ciała u osób z nadwagą ($p = 0,00033$), 2) ograniczenia ilości soli w potrawach ($p = 0,00001$), 3) prowadzenia regularnego trybu życia ($p = 0,00000$), 4) regularne spożywanie warzyw i owoców ($p = 0,0001$). Pozostający w związkach małżeńskich, częściej niż pozostali, podkreślali znaczenie większej aktywności fizycznej ($p = 0,0026$) i prowadzenia regularnego trybu życia ($p = 0,009$). Z kolei, wiedza zdrowotna była determinowana wiekiem respondentów w tym sensie, że reprezentanci kategorii wieku 25–64 lata częściej niż najmłodszy (do 24 roku życia) i najstarsi (65 lat i więcej) wskazywali jako metodę zapobiegania chorobom serca: 1) zmniejszenie ciężaru ciała u osób z nadwagą ($p = 0,00021$), 2) większą aktywność fizyczną ($p = 0,00000$), 3) zaprzestanie lub ograniczenie palenia tytoniu ($p = 0,00000$), 4) ograniczenie picia alkoholu ($p = 0,00012$) oraz 5) prowadzenie regularnego trybu życia ($p = 0,00001$).

Jeśli przyjąć jako zmienną uzależniającą poziom wykształcenia, znamienne wydaje się to, że respondenci z wykształceniem średnim i/lub wyższym istotnie częściej, aniżeli pozostali podkreślali wagę wszystkich (poza ograniczeniem picia alkoholu) wymienionych w pytaniu kwestionariuszowym metod zapobiegania chorobom serca ($p = 0,0000$). Wreszcie – respondenci o dochodach *per capita* w granicach powyżej 300 do 700 zł częściej niż pozostali wskazywali na: 1) większą aktywność fizyczną ($p = 0,00000$), 2) zaprzestanie lub ograniczenie palenia tytoniu ($p = 0,05$), 3) regularny tryb życia ($p = 0,00076$), 4) ograniczenie spożycia tłuszczu ($p = 0,00077$), 5) regularne spożywanie warzyw i owoców ($p = 0,00015$).

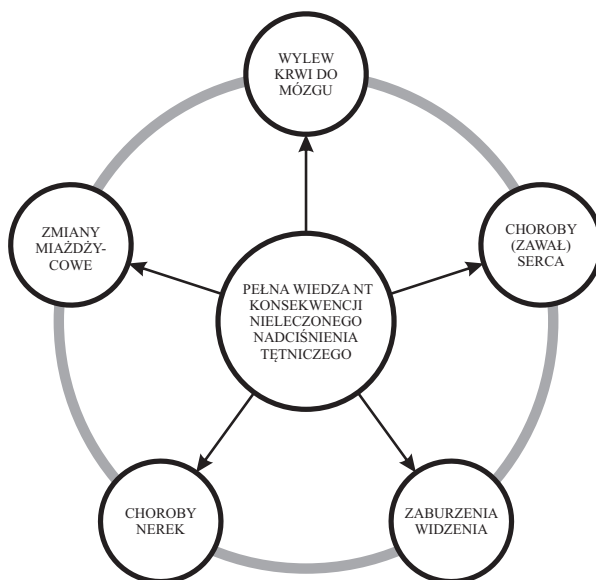
Ujmując rzecz z drugiej strony, w badanej populacji tylko 121 badanych (5,5% ogółu) wykazało się znajomością siedmiu lub ośmiu zawartych w enu-

⁷ Problem odwoływania się przez interdyscyplinarne zespoły badaczy do tego popularnego kryterium, wykorzystującego kwestionariusz EuroQol 5D znaleźć można w: Pikala [2011: 183–189].

meratycznym spisie nefarmakologicznych sposobów zapobiegania CHUK. Ów racjonalizm prewencyjny nie wiązał się ani z płcią uczestników pomiaru, ani z ich stanem cywilnym. Był wyznaczany: 1) poziomem ich dochodów ($p = 0,00008$, $C = 0,164$) – respondenci z kategorii powyżej 700 zł netto częściej aniżeli pozostali wykazywali ów „pełny” zakres wiedzy profilaktycznej, 2) poziomem wykształcenia ($p = 0,0000$, $C = 0,173$) – osoby z wykształceniem od średniego wzwyż częściej niż pozostali respondenci wykazywali ten typ wiedzy, 3) wiekiem ($p = 0,00171$, $C = 0,120$) – młodszy (do 44 roku życia) częściej niż pozostali wykazywali pełną wiedzę profilaktyczną. W sposób istotny statystycznie interferowała w omawianą cechę subiektywna ocena stanu zdrowia ($p = 0,0021$, $C = 0,105$) w takim znaczeniu, że im lepsza owa samoocena, tym częściej wykazywany *expressis verbis* ten rodzaj profilaktycznej wiedzy. Gdyby zaś jeszcze bardziej osłabić rygoryzm przyjętego wcześniej założenia i uznać, iż atrybutem pełnej wiedzy, jest również werbalizacja tylko sześciu spośród ośmiu prezentowanych kategorii profilaktycznych, to i tak sytuacja taka dotyczyłaby jedynie co dziesiątego spośród uczestników pomiaru.

Jeszcze gorzej rzecz wygląda wtedy, gdy punktem odniesienia uczynić znajomość konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego (rys. 3).

RYSUNEK 3. Model racjonalnej wiedzy o konsekwencjach nieleczzonego nadciśnienia tętniczego



Źródło:
opracowanie
własne.

Co czwarty badany (23,1% ogółu) przyznał się do kompletnej niewiedzy na temat związanych z nieleczonym nadciśnieniem chorób i powikłań (tabela 2). Istotnie częściej cecha ta charakteryzowała mężczyzn ($p = 0,00000$, $C = 0,207$), respondentów z kategorii wieku 25–34 lata ($p = 0,00000$, $C = 0,215$), określających swój status rodzinny w kategoriach kawaler/panna ($p = 0,00000$, $C = 0,168$) oraz – gorzej wykształconych ($p = 0,00000$, $C = 0,229$). Ten rodzaj profilaktycznej ignorancji nie wiązał się z deklarowanym poziomem dochodów i pozostawał bez związku z subiektywną oceną stanu zdrowia. Swoiste maksimum świadomościowe w tym zakresie stanowiła natomiast enumeracja wszystkich pięciu wariantów zaczerpniętych z kafeterii pytania, charakteryzująca zaledwie 48 badanych, tj. 2,2% ogółu.

TABELA 2. Wiedza na temat konsekwencji nielezonego nadciśnienia tętniczego

Liczba wskazanych konsekwencji	Województwo					
	lubelskie		łódzkie		razem	
	n	%	n	%	n	%
0	268	25,4	243	21,0	511	23,1
1	199	18,9	277	23,9	476	21,5
2	442	41,9	454	39,3	896	40,5
3–5	146	13,8	183	15,8	329	14,9
Razem	1055	100,0	1157	100,0	2212	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Tak określane maksimum, dotyczące konsekwencji nielezonego nadciśnienia, nie wiązało się z subiektywną oceną stanu zdrowia i poziomem deklarowanych dochodów. Było natomiast determinowane w sposób istotny statystycznie płcią badanych ($p = 0,00000$, $C = 0,097$), stanem cywilnym ($p = 0,00001$, $C = 0,173$), wiekiem (reprezentanci kategorii wieku średniego, tj. 35–54 lata częściej niż najmłodszy i najstarsi wykazywali ten rodzaj profilaktycznej świadomości) oraz poziomem wykształcenia ($p = 0,00000$, $C = 0,229$). Choć kierunku tej zależności nie da się w sposób jednoznaczny zinterpretować, to jednak warto zauważyć, że respondenci legitymujący się wykształceniem średnim, ale także zasadniczym zawodowym i wyższym, częściej niż pozostali wykazywali ten rodzaj zbiorczej wiedzy dotyczącej nadciśnienia tętniczego. Warto zatem wskazać konkrety: uczestniczące w badaniu kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały jako konsekwencje nielezonego nadciśnienia tętniczego: wylew krwi do mózgu ($p = 0,00000$), zmiany miażdżycowe w tętnicach ($p = 0,00234$) oraz choroby

serca, np. zawał ($p = 0,00000$) i zaburzenia widzenia ($p = 0,05$). Pozostający w związkach małżeńskich, częściej niż przedstawiciele innych kategorii stanu cywilnego wskazywali: wylew krwi do mózgu ($p = 0,00000$) oraz choroby serca ($p = 0,00068$). Reprezentanci wieku średniego (35–54 lata), częściej niż pozostali wymieniali wylew krwi do mózgu ($p = 0,00000$), a także choroby serca ($p = 0,00008$). Z kolei, lepiej wykształceni, częściej niż gorzej wykształceni wymieniali: wylew krwi do mózgu ($p = 0,00000$), zmiany miażdżycowe ($p = 0,00000$), choroby serca ($p = 0,00000$), choroby nerek ($p = 0,00095$) oraz zaburzenia widzenia ($p = 0,00018$). Natomiast wiedza tego typu pozostawała bez jakiegokolwiek związku z subiektywną oceną stanu zdrowia (tab. 3).

TABELA 3. Zestawienie poziomów istotności i wartości C Pearsona (skorygowane), dla oceny związków analizowanych zmiennych w pomiarze WOBASZ

Metody zapobiegania chorobom serca inne niż przyjmowanie leków a:						
Wyszczególnienie	Płeć	Samooceena stanu zdrowia	Wiek	Stan cywilny	Dochód	Wykształcenie
Zmniejszenie ciężaru ciała	$p = 0,00016$ $C = 0,113$		$p = 0,00014$ $C = 0,149$		$p = 0,00158$ $C = 0,144$	$p = 0,00000$ $C = 0,183$
Większa aktywność fizyczna		$p = 0,00007$ $C = 0,140$	$p = 0,00000$ $C = 0,192$	$p = 0,00027$ $C = 0,131$	$p = 0,00000$ $C = 0,205$	$p = 0,00000$ $C = 0,422$
Ograniczenie palenia tytoniu		$p = 0,00806$ $C = 0,103$	$p = 0,00000$ $C = 0,183$		$p = 0,00280$ $C = 0,140$	$p = 0,00007$ $C = 0,165$
Ograniczenie picia alkoholu		$p = 0,04447$ $C = 0,085$	$p = 0,00007$ $C = 0,154$	$p = 0,02928$ $C = 0,090$	$p = 0,01617$ $C = 0,124$	
Ograniczenie ilości soli	$p = 0,00001$ $C = 0,134$	$p = 0,04024$ $C = 0,086$				$p = 0,00000$ $C = 0,191$
Regularny tryb życia	$p = 0,00000$ $C = 0,152$	$p = 0,00065$ $C = 0,124$	$p = 0,00000$ $C = 0,172$	$p = 0,01390$ $C = 0,098$	$p = 0,00203$ $C = 0,124$	$p = 0,00000$ $C = 0,330$
Ograniczenie spożycia tłuszczu	$p = 0,02534$ $C = 0,067$				$p = 0,00127$ $C = 0,145$	$p = 0,00000$ $C = 0,235$
Spożywanie warzyw i owoców	$p = 0,00007$ $C = 0,119$	$p = 0,00011$ $C = 0,137$	$p = 0,00074$ $C = 0,138$		$p = 0,00068$ $C = 0,150$	$p = 0,00000$ $C = 0,240$
Nie znam żadnych	$p = 0,00001$ $C = 0,135$	$p = 0,00002$ $C = 0,150$	$p = 0,00000$ $C = 0,199$	$p = 0,00231$ $C = 0,114$	$p = 0,00006$ $C = 0,167$	$p = 0,00000$ $C = 0,368$

Powikłania i choroby jakie powoduje nieleczone nadciśnienie tętnicze a:						
Wyszczególnienie	Płeć	Samooceena stanu zdrowia	Wiek	Stan cywilny	Dochód	Wykształcenie
Wylew krwi do mózgu	p = 0,00000 C = 0,210		p = 0,00000 C = 0,212	p = 0,00000 C = 0,183	p = 0,00004 C = 0,169	p = 0,00000 C = 0,193
Zmiany miażdżycowe	p = 0,00417 C = 0,086		p = 0,02242 C = 0,109		p = 0,00001 C = 0,176	p = 0,00000 C = 0,247
Choroby serca (zawał serca)	p = 0,00000 C = 0,153		p = 0,00003 C = 0,159	p = 0,00258 C = 0,113		p = 0,00000 C = 0,212
Choroby nerek					p = 0,02198 C = 0,121	p = 0,00040 C = 0,154
Zaburzenia widzenia						p = 0,00012 C = 0,162
Nie wiem	p = 0,00000 C = 0,207		p = 0,00000 C = 0,215	p = 0,00000 C = 0,168	p = 0,00173 C = 0,143	p = 0,00000 C = 0,210

PERSPEKTYWA JUTRA

Rozpoznanie społecznie groźnych czynników ryzyka, a także sprecyzowanie i wdrażanie zaleceń dotyczących prozdrowotnego stylu życia – to elementy stwarzające największe szanse radykalnej poprawy stanu zdrowia społeczeństw. Doświadczenia krajów, które potrafiły je wdrożyć pokazują już wyraźne efekty takich działań; w przypadku choroby wieńcowej w USA w ciągu 10 lat obniżono umieralność o 25%, w Finlandii w ciągu 20 lat o 32%, a w Japonii obniżono zachorowalność i umieralność z powodu udarów mózgu o 75% [Kattainen 2006: 27; por. np. Puska et al. 1995]. Również w badaniach krajowych, starano się określić stopień wiedzy na temat znajomości profilaktyki chorób układu krążenia w różnych grupach społecznych. Badanie zrealizowane w 1995 r. przez IFiS PAN wykazało, że ponad 83% badanych uważa za słuszne hasło „twoje zdrowie w twoich rękach”, wyraża jego akceptację, potrafi uzasadnić i wymienić poszczególne podstawowe elementy składające się na prozdrowotny styl życia. Podobnie liczna grupa osób (80,2%) wierzy, że zdrowie człowieka zależy w większym stopniu od jego sposobu życia niż od działania medycyny.

Za najważniejsze i najczęściej wskazywane zachowania służące zdrowiu uznano właściwe odżywianie, unikanie stresów, a następnie – aktywność fizyczną, natomiast unikanie czy też ograniczenie używek (alkohol, papierosy) to zachowania, które wymieniano niejako w tle [Zdrowy styl życia 1994].

Prezentowane tu rezultaty badań prowadzonych w ramach programu WO-BASZ, choć z natury rzeczy częściowe, wykazują nie wprost rozbieżność z wynikami tych pomiarów. Jest ona jednak, jak się wydaje, typowa dla relacji model – rzeczywistość w ogóle (sondażowe deklaracje, również takie, które dotyczą sfery zdrowia, na ogół nie pokrywają się z empirycznie badanymi postawami, wiedzą etc.). Te zaś, mogą świadczyć m.in. o istnieniu groźnego *status quo*; swoistego, bo (mimo zachodzących dynamicznych przemian) utrzymującego się w czasie „trendu społecznej niewiedzy” w zakresie profilaktyki chorób naczyń i serca, który jednak różnicuje poszczególne obszary demonstracyjne⁸.

Truizmem jest stwierdzenie, że znajomość przyczyn powstawania chorób pozwala skutecznie im zapobiegać, zachować pełne zdrowie, traktowane jako *conditio sine qua non* sprawnego funkcjonowania do późnej starości, a także – odczuwania satysfakcji z życia w ogóle. Nie tylko ludzie dotknięci bezpośrednio chorobami serca i naczyń powinni mieć strukturalizowaną w świadomości wiedzę o podstawowych czynnikach ryzyka, a także – zachowaniach dotyczących podtrzymywania zdrowia. Ma to kapitalne wręcz znaczenie dla modyfikowania postaw i utrwalania prozdrowotnego stylu życia. Jeśli dodać, że na poziomie generalizacji najczęstszymi cechami interferującymi są tu: 1) płeć (mężczyźni są w większym stopniu dotknięci ową profilaktyczną ignorancją, aniżeli kobiety), 2) wiek (najmniej wiedzą ludzie najmłodszy i najstarsi), 3) poziom wykształcenia (gorzej wykształceni wiedzą mniej), 4) status ekonomiczny (biedniejsi częściej dotknięci są ową niewiedzą) oraz – choć w mniejszym stopniu – 5) samoocena stanu zdrowia (niewiedza dotyczy częściej tych z tzw. gorszym zdrowiem), diagnoza wydaje się oczywista [Albert 2006: 114].

Czy zatem dokonujący się współcześnie proces zmiany społecznej i kulturowej, określanej *en bloc* mianem „ponowoczesności”, odnoszący się w tym przypadku do szczególnej wartości, jaką jest zdrowie i – używając sformułowań Hansa Joasa – jej mocy wiążącej [Joas 2009: 10], da się interpretować raczej w oparciu o hipotezę niedoboru, czy też w związku z hipotezą socjalizacji? [Sztompka, Kucia 2007: 335]. Rozstrzygając ten rodzaj antynomii przypomnijmy, że hipoteza niedoboru R. Ingleharta zakłada, iż porządek wartości człowieka stanowi odbicie środowiska socjoekonomicznego: największą subiektywnie określaną wartość przypisuje się rzeczom, które są względnie trudno dostępne. W tym drugim przypadku przyjmuje się, iż podstawowe wartości (w tym zdrowie),

⁸ Pełne dane, odnoszące się do populacji ogólnopolskiej można znaleźć w: Bielecki i in. [2006: 677–681].

w dużej mierze stanowią odbicie warunków panujących niejako przed wejściem człowieka w dorosłe życie.

Otóż zarysowany tu społeczny i epidemiologiczny kontekst przewlekłych chorób niezakaźnych i determinujących występowanie czynników ryzyka utwierdza nas w przekonaniu, że mamy do czynienia z antynomią pozorną. Zdrowie tradycyjnie bowiem było i będzie zawsze jedną z wartości podstawowych i zarazem – kategorii zdroworozsądkowych (*catégories du sens commun*). Trudno zatem przecenić znaczenie każdego istotnego źródła wiedzy profilaktycznej: od rodziny i innych grup odniesienia począwszy, poprzez proces szkolnej edukacji i rolę tzw. autorytetów w poszczególnych etapach życia człowieka, aż do niezwykle efektywnych oddziaływań środków masowej komunikacji (reklama, propaganda, czyli celowe oddziaływanie na zbiorowości i jednostki zmierzające – przez wykorzystanie środków perswazji intelektualnej oraz emocjonalnej, słów, gestów, symboli – do interioryzacji pożądanых przekonań i wywoływania określonych zachowań, również tych, osadzonych w będącej niekwestionowanym atrybutem nowoczesnego świata cyberprzestrzeni). Po to, by w dającej się przewidzieć perspektywie można było ów obszar społecznej niewiedzy dotyczącej profilaktyki chorób serca i naczyń traktować jako społeczne *residuum*, czyli stałe, niezależne od form kulturowych aspekty życia społecznego, utrwalone w psychice człowieka w postaci emocji, sądów i irracjonalnych postaw. Zwłaszcza, że globalne trendy dotyczące większości społeczeństw rozwiniętych, w tym społeczeństwa Polski, np. wzrastająca stale tzw. konkurencyjność życia oraz jego tempo, narastanie różnego rodzaju zagrożeń i kryzysów (surowcowy, energetyczny, żywnościowy, eksplozja demograficzna i z drugiej strony – ujemny przyrost naturalny, degradacja środowiska naturalnego, epidemie itp.) zdają się dostarczać coraz to nowych i przemożnie działających przyczyn dysfunkcji tego rodzaju. Innymi słowy, wpływ środowiska społecznego nie pozostaje bez znaczenia dla epidemiologii chorób serca i naczyń w tym sensie, że im wyższy stopień zmian tego środowiska, tym większe szanse wystąpienia opisanych wcześniej czynników ryzyka i zarazem – ryzyko wystąpienia samych NCD. Warto sobie uświadomić, że nasza wiedza o nich jest wprawdzie pochodną dostępnych informacji, ale też nawet najdokładniejszy, najbardziej szczegółowy obraz rzeczywistości, o której mowa, nie eliminuje do końca jego warstwy hipotetycznej. Znakomity socjolog amerykański, William I. Thomas pisał: „Bardzo ważne jest też uświadomienie sobie faktu, że w życiu codziennym nie żyjemy, nie podejmujemy decyzji, nie osiągamy celów na podstawie analiz statystycznych czy naukowych. Żyjemy korzystając z hipotez” [Goffman 1981: 37–38]. Właśnie Thomas użył też znamienego określenia „definicja sytuacji” oznaczającego, iż jakaś sytuacja społeczna

jest taka, jak ją definiują jej uczestnicy [Berger 1998: 84]. Może właśnie dlatego trzeba przybliżyć praktyce medycznej niezbyt jeszcze ceniony w medycynie, całościowy sposób pojmowania człowieka, tak, by chciała „widzieć chorego nie tylko w aspekcie fizjologicznym i patofizjologicznym, lecz także aspekcie psychologicznym jego codziennych konfliktów, radości i zmartwień, wreszcie w aspekcie socjologicznym – na tle jego środowiska społecznego” [Kepiński 1973: 253]. Relacja między determinantami społecznymi i kulturowymi a funkcjonalnymi czynnikami ryzyka NCD jest o wiele bardziej złożona, aniżeli można było jeszcze nie tak dawno przypuszczać, a priorytetem wydaje się oparty na współpracy model kontaktów z pacjentem.

Szczególną rolę w poczynaniach tego typu socjologowie przypisują rodzinie, tej pierwotnej i zarazem formalnej grupie społecznej, w której rozpoczyna się i efektywnie „realizuje” ontogenetyczny proces socjalizacji pierwotnej i wtórnej. To ona bowiem uczy nas społecznego konformizmu wobec obowiązujących w społeczeństwie norm, systemów wartości, zwyczajów, obyczajów itp., a więc m.in. wartościowania zdrowia. Wiadomo od dawna, że to, czy i jak jesteśmy przygotowani do sprawowania kontroli nad swoim zdrowiem określa w gruncie rzeczy koszt, w postaci różnego rodzaju napięć i frustracji o charakterze funkcjonalnym w mikroskali, ale również na poziomie działania systemu opieki zdrowotnej, jako że indywidualne decyzje i wybory w sferze zdrowia mają swój wymiar ogólnospołeczny. Mimo to nie należy jednak sądzić, iżby wskutek wszystkich tych zabiegów dało się wyraźnie ograniczyć zasięg NCD, które – jako problem medyczny i zarazem społeczny – będą, jak się wydaje, dynamicznie narastać. Nadal mamy tu do czynienia z *terra incognita*, a obszary tego typu, pozostające w obrębie zainteresowań socjologii medycyny oraz medycyny społecznej i zapobiegawczej, niewątpliwie wymagają podejścia o charakterze interdyscyplinarnym, a więc zróżnicowanego metodologicznie. Warto zatem przypomnieć jedno z najwcześniejszych i ciągle jedno z najlepszych podejść tego typu, zaproponowane przez A. Grotjähna już w 1915 r. Otóż twierdził on, że społeczne znaczenie choroby jest wyznaczane przede wszystkim przez częstość (frekwencję) występowania, istotny w sensie społecznym jest także powszechny obraz choroby (jej społeczno-patologiczny prototyp) i to bardziej istotny, aniżeli nawet wyszukane, rzadziej występujące jej formy. Etiologia każdej choroby zawiera w sobie zarówno czynniki biologiczne, jak i społeczne – te ostatnie mogą determinować chorobę na kilka różnych sposobów (mogą wpływać na przebieg i tzw. transmisję, mogą stanowić faktor predyspozycyjny lub też/i określać konsekwencje choroby). Częstość występowania i konsekwencje choroby zależą od sposobu akcentowania czynników biologicznych i społecznych, które odnoszą się

przecież i do jednostek i do grup społecznych; stąd rzeczą istotną jest określenie relacji między sukcesywnym leczeniem choroby a tymi czynnikami. Choroba może z kolei sama w sobie determinować społeczne warunki związane z predyspozycjami (podatnością) i rekonwalescencją, ale także – z podatnością na inne choroby (chroniczne, degeneracyjne) lub nawet śmiercią [Hanlon 1951: 103].

Współcześnie taki rodzaj konstatacji musi oznaczać, że mamy do czynienia z gałęzią nauki, która w pole swych zainteresowań wpisuje: potrzeby biologiczne, interakcje społeczne, ograniczenia i możliwości związane z funkcjonowaniem w zbiorowościach społecznych oraz strukturalne i funkcjonalne zmiany zachodzące w populacjach ludzkich, w ich biologicznych i medycznych aspektach, ale także – badania środowiskowych agend związanych ze zdrowiem i ich efektywnością działania, normami i zmiennością kulturową z uwzględnieniem indywidualnych różnic i – na koniec – badaniami związanymi z oceną stanu zdrowia i poziomem profilaktycznej świadomości. Spełnienie tego warunku pozwoli wprowadzić w obszar obowiązujących definicji zdrowia i choroby, obok czynników endogennych (*mental, physical well being*) i egzogennych (*social well being*), niezwykle ważne z perspektywy jutra pojęcie równowagi (*equilibrium, stability*). Z tego punktu widzenia nie jest rzeczą najważniejszą, czy w ten sposób określony zostanie przedmiot zainteresowań socjologii medycyny, medycyny behawioralnej, medycyny społecznej czy zapobiegawczej. Postulat rezygnacji z zakorzenionej w tradycji akademickiej hierarchizacji ważności poszczególnych dyscyplin jest środowiskowym postulatem zgłaszanym *expressis verbis* coraz mocniej. Mimo więc ewidentnych różnic (w tym również o charakterze ontologicznym) dotyczących zakresów tych wszystkich dyscyplin, ważne jest, by tam, gdzie obserwuje się równie ewidentne pokrywanie się obszarów zainteresowań mówić o synergizmie; w ten sposób tzw. efekt łączny (dodany) będzie z pewnością wyraźniejszy od sumy efektów oddzielnego działania każdej z nich. Wszystko po to, by – jak twierdzi René Dubos – zdrowie mogło oznaczać zdolność jednostki lub grupy do istnienia w nieprzerwanej zmianie nie tylko po to, by przygotować się do przyszłości, lecz także dlatego, by medycyna nadal była tym, co G.W. Leibniz (niemiecki filozof, matematyk, dyplomata i prawnik żyjący w latach 1646–1716) określał jako *Ars qua nulla est praestantior atque difficilior* („Sztuka, nad którą nie ma wybitniejszej ani trudniejszej”).

BIBLIOGRAFIA

- Albert M.A. et al. [2006], *Impact of Traditional and Novel Risk Factors on the Relationship Between Socioeconomic Status and Incident Cardiovascular Events*, "Circulation", Vol. 114.
- Babbie E. [2004], *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Babbie E. [2008], *Podstawy badań społecznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Baroletti S., Dell'Orfano H. [2010], *Medication adherence in cardiovascular disease*, "Circulation", Vol. 121.
- Baudrillard J. [2006] *Spoleczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Bauman Z. [2009] *Konsumowanie życia*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beaglehole R., Reddy S., Leeder S.R. [2007], *Poverty and human development. The global implications of cardiovascular disease*, "Circulation", Vol. 116.
- Beck R.G. [1973], *Economic class and access physician services under public medical care insurance*, "International Journal of Health Services" Vol. 3.
- Bejnarowicz J. [1994], *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, vol. 1, nr 1–2.
- Berger P.L. [1998], *Zaproszenie do socjologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bielecki W. [2010], *Efekt odwrócenia jako ryzyko. Socjologiczna perspektywa konsekwencji modernizacji biomedycznej społeczeństw*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Bielecki W. i in. [2006], *Świadomość zasad zapobiegania chorobom układu krążenia w populacji dorosłych mieszkańców Polski. Wyniki programu WOBASZ, „Kardiologia Polska”*, vol. 63, sup. IV.
- Boudon R. [2008], *Efekt odwrócenia*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Causes of Health* [2010], *Causes of Health and infant mortality, Life expectancy Europe in figures (tables and graph)*, "Eurostat Yearbook", <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>.
- Dunkelmans H. [1979], *Patients' knowledge of their condition and treatment: how it might be improved*, "British Medical Journal", Vol. 2.311.
- El Fakiri F. et al. [2006] *Prevention of cardiovascular diseases: focus on modifiable cardiovascular risk*, "Heart", Vol. 92.
- Flegal K.M., Bruijnzeels M.A., Hoes A.W. [2012], *Prevalence of Obesity and Trends in the Distribution of Body Mass Index Among US Adults, 1999–2010*, JAMA on line, 17.01.
- Gaziano Th. A. et al. [2008], *Laboratory-based versus non-laboratory-based method for assessment of cardiovascular disease risk: the NHANES I follow-up study cohort*, "Lancet", Vol. 371.
- Giddens A. [2008], *Socjologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman E. [1981], *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Hanlon J.J. [1953], *Principles of public health administration. Behavioral science and public health*, "American Journal of Public Health", Vol. 43.
- Joas H. [2009], *Powstawanie wartości*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Kattainen A. et al. [2006], *Coronary heart disease: from a disease of middle-aged men in the late 1970s to a disease of elderly women in the 2000s*, "European Heart Journal", Vol. 27.

- Kępiński A. [1973], *Rytm życia*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Lantz P.M. et al. [1998], *Socioeconomic Factors Health Behaviors, and Mortality*, JAMA, Vol. 21.
- Luoto R. et al. [1994], *Cardiovascular risks and socioeconomic status: differences between men and women in Finland*, "Journal of Epidemiology and Community Health", Vol. 48.
- Marody M. [1976], *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy: analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*, Warszawa: PWN.
- McDowell I. [2006], *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford: Oxford University Press, Third Edition.
- McKeown T. [1979], *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, New York: Princeton University Press.
- Nowak S. [1970], *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa: PWN.
- Ostrowska A. [1999] *Styl życia a zdrowie*, Warszawa: IFiS PAN.
- Pikala M. et al. [2011], *Awareness of cardiovascular prevention methods among residents of post-communist Polish provinces with highest mortality rates*, "Central European Journal of Public Health", Vol. 19, No. 4.
- Poole-Wilson P.A. [2007], *Cardiovascular Health in Europe: A Global Problem*, "Journal of the American College of Cardiology", Vol. 49.
- Puska P. et al. [1995], *The North Karelia Project – 20 Year Results and Experiences*, Helsinki: National Public Health Institute, KTL.
- Reducing risks* [2002], *Reducing risks promoting healthy lifestyle*, Geneva: World Health Organization.
- Riley J.C. [2001], *Rising life expectancy: A global history*, New York: Cambridge University Press.
- Ritzer G. [2004], *Klasyczna teoria socjologiczna*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Rywik S. i in. [2004], *Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – program WOBASZ*, „Polski Przegląd Kardiologiczny”, vol. 6, nr 1.
- Skorowski H. [2005], *Problematyka praw człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Stelmach W. et al. [2004a], *The Association between Income, Education, Control over Live and Health in Large Urban population of Poland*, "International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health"; Vol. 17, No. 2.
- Stelmach W. et al. [2004b], *How income and education contribute to risk factors for cardiovascular disease in the elderly in a former Communist country*, "Public Health. Journal of Royal Institute of Public Health", Vol. 118.
- Stelmach W. et al. [2004c], *The Impact of Income, Education and Health on Lifestyle in a Urban population of Poland (CINDI Programme)*, "International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health", Vol. 17, No. 3.
- Strategia Rozwoju* [2006], *Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007–2020*, Łódź, 31 stycznia, [w:] *Diagnoza społeczna*, t. 2, http://www.lodzkie.pl/wps/wcm/connect/bip/bip/urzedmarszalkowski/progra-my/strategiawojewodztwalodzkiego/tom_ii_sfera_spoleczna_.zip.
- Sztompka P., Kucia M. (red.) [2007], *Socjologia. Lektury*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Testa M.A., Simonson D.C. [1996], *Assessment of quality of life outcomes*, "The New England Journal of Medicine", Vol. 334, No. 132.

- Turner J.H. [1998], *Socjologia, koncepcje i ich zastosowanie*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Uramowska-Żyto B. [1980], *Medycyna jako wiedza i system działań*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, PAN.
- Van Lenthe F.J. et al. [2001], *Socio-economic position and coronary heart disease risk factors in youth*, "The European Journal of Public Health", Vol. 11.
- Winkleby M.A. et al. [1992], *Socio-economic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease*, "American Journal of Public Health", Vol. 82.
- Wojtyniak B., Górski P. (red.) [2008], *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Wokół zdrowia [2009], *Wokół zdrowia. Województwo łódzkie na tle Polski*, Łódź: Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi.
- Zatoński W., Przewoźniak K. (red.) [1996], *Palenie tytoniu w Polsce: Postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.
- Zdrojewski T. i in. [2004], *Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki Badań NATPOL PLUS, „Kardiologia Polska”*, vol. 61.
- Zdrowy styl życia [2010], *Zdrowy styl życia – raport PBS DGA*, badanie na zlecenie On Board PR – ECCO Network.

Wojciech Bielecki

THERAPEUTIC SOCIETY AND GLOBALIZATION – SOCIOLOGICAL AND THE EPIDEMIOLOGICAL CONTEXT OF NON-COMMUNICATION DISEASES

Abstract

The article presents selected results of the biggest representative epidemiological survey conducted in Poland – WOBASZ. The main aim of this survey is to evaluate a number of Poles threatened by CVD, the level of risk factors and a degree of its' control. In general, every fifth respondent from the voivodships of Lodz and Lublin (N = 2212) who participated in the health measure, did not prove any knowledge concerning ways of preventing CVD, anything about diseases which can be the result of untreated high blood-pressure. In both examples this lack of knowledge was more common among men rather than women, what is significant when statistics are taken into consideration. Yet, it was more frequent among less-educated, representatives of the youngest and the oldest age category, and respondents, who have declared the lowest income netto *per capita*. It means that the dangerous *status quo* exists; persistent, long-lasting so called 'trend of social ignorance' in the range of CVD prophylaxis. This tendency, what is worth emphasizing, relating to 1/5 Polish society. And though on the other hand 80% respondents do have some preventive awareness (at least on the level of verbal declarations), the thesis about good situation in this matter is – in our opinion – the least risky.

Key words: therapeutic society, risk factors of non-communicable diseases (NCD), cardiovascular diseases (CVD), level of preventive awareness, preventive rationalism, prophylactic ignorance, questionnaire survey.

BEATA TOBIASZ-ADAMCZYK

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie*

„ŻYCIE W RAMACH” WYZNACZONYCH CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWAŁĄ – ROLA SOCJOLOGII MEDYCYN

Nie jest małą rzeczą mieć raka – zdać sobie sprawę z tego, że jesteś chory, cierpieć z powodu choroby i ryzyka śmierci – być umierającym lub powrócić do życia i zacząć życie od nowa, mając wiedzę o własnej śmiertelności

(Arthur W. Frank, 1989)

Streszczenie

Śledząc rozwój socjologii choroby i zmiany, jakie się w niej dokonały za sprawą stosowanych perspektyw teoretycznych i paradygmatów, zwrócono uwagę na choroby nowotworowe w relacji do psychospołecznych konsekwencji diagnozy, leczenia i życia po raku. Odwołując się do własnych doświadczeń badawczych ukazano znaczenie zachowań w chorobie oraz koncepcji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia dla „społeczeństwa remisji”.

Słowa kluczowe: socjologia choroby, życie z rakiem, zachowania w chorobie nowotworowej, jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

WSTĘP

Rozwój socjologii medycyny i zmiany, jakie dokonały się w jej obrębie na przestrzeni ostatnich 60. lat spowodowały, jak zaznacza Bernice A. Pescosolido [2011a], coraz mocniej zaznaczającą się obecność socjologów w medycynie, w zdrowiu publicznym i pokrewnych obszarach. Z tej właśnie perspektywy

* Zakład Socjologii Medycyny, Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, e-mail: mytobias@cyf-kr.edu.pl

prezentowana praca przedstawia spojrzenie na szeroko rozumianą socjologię choroby i niepełnosprawności, które obejmuje swym zakresem wielość aspektów nawiązujących do klasycznego podziału dokonanego przez R. Strausa. *Sociology in medicine* odnosiła się właśnie do wykorzystania teorii, koncepcji, metod badania rzeczywistości społecznej w celu określenia wpływu uwarunkowań społecznych na stan zdrowia, choroby oraz zachowań w zdrowiu i chorobie [Tobiasz-Adamczyk 2005].

Ten obszar badawczy był jednym z najwcześniej odkrytych pod kątem penetracji socjologicznej i nadal pozostaje jednym z głównych nurtów (*mainstream*) w socjologii medycyny, koncentrując się na nowych ujęciach zagadnień zdrowia, choroby i leczenia – niemniej gwałtowny rozwój epidemiologii społecznej np. w Stanach Zjednoczonych (rozgraniczenie tych dwu dyscyplin jest bardzo trudne) stworzył wyraźną konkurencyjność dla podejmowanych tematów badawczych, ale przede wszystkim dla społecznego znaczenia wyników uzyskiwanych na podstawie prowadzonych badań, gdyż siła społecznego oddziaływania epidemiologii społecznej jest znacznie większa i bardziej przekonująca dla decydentów [Berkman, Kawachi 2000].

W perspektywie europejskiej w ostatnich trzech dekadach, głównie w Wielkiej Brytanii, zaznaczał się wyraźny trend budowania nowej subdyscypliny w obrębie socjologii medycyny, tj. socjologii niepełnosprawności i chorób przewlekłych. [Thomas 2007]. Graham Scambler i Sasha Scambler [2010] jako alternatywę dla tradycyjnej socjologii chorób przewlekłych i niepełnosprawności (*sociology of chronic illness and disability*) proponują nową subdyscyplinę tj. *sociology of disablism and impairment* – socjologię złego traktowania osób niepełnosprawnych i społecznej niepełnosprawności. Podkreślić należy, że Scambler i Scambler [2010] zarzucali ujęciu strukturalno-funkcjonalnemu ignorowanie problemu chorób przewlekłych i niepełnosprawności.

W perspektywie teoretycznej, którą posługiwali się socjologowie medycyny, paradygmat dewiacji społecznej w odniesieniu do choroby dominował przez długie lata (funkcjonalne podejście do choroby według T. Parsonsa, choroba jako specyficzna rola społeczna – *sick role*, społeczne konsekwencje uprawomocnienia pozycji społecznej poprzez chorobę – *legitimate sickness*), podobnie jak odwoływanie się do interpretatywnej socjologii, głównie ze względu na klasyczne prace E. Goffmana, a także poprzez szukanie wyjaśniania przebiegu choroby za pomocą socjologii fenomenologicznej i etnometodologii [Morrall 2009; Thomas 2007].

Socjologia choroby zmierza do wyjaśnienia trzech podstawowych kwestii: określenia, czym jest choroba z perspektywy socjologii, a tym samym do stworzenia socjologicznej koncepcji choroby; określenia społecznych uwarunkowań

choroby oraz okreœlenia społecznych konsekwencji choroby [Tobiasz-Adamczyk 2005].

Zgodnie z przyjętą obiektywną klasyfikacją (*disease*), choroby nowotworowe są traktowane jako choroby przewlekłe, prowadzące do niepełnosprawnoœci, tak w wymiarze zaburzeń funkcjonowania na poziomie organizmu biologicznego, jak i w wymiarze ograniczeń w czynnoœciach dnia codziennego i pełnienia ról społecznych (zgodnie z klasyfikacjami World Health Organisation’s International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps, 1980 oraz obecną International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001). Natomiast socjologowie posługują sie definicjami niepełnosprawnoœci (zwykle opartymi na nieprofesjonalnych znaczeniach), w myœl których oznacza ona ograniczoną aktywnoœć – tj. niemoœnoœć wykonywania pewnych czynnoœci, które dla danej grupy wiekowej i płci uznawane są za „normalne”. U podstaw tak rozumianej niepełnosprawnoœci leżą pewne zaburzenia prawidłowego funkcjonowania poszczególnych systemów organizmu lub organizmu biologicznego jako całoœci (*impairment*), przy czym wyróznia sie funkcjonowanie ciała (*body functions*) jako fizjologiczne funkcje systemu organizmu (właczając w nie równieœ funkcje psychologiczne) i struktury organizmu (*body structures*) – obejmujące anatomiczne czeœci ciała, takie jak poszczególne organy [Thomas 2007].

W klasycznych studiach socjologicznych nad chorobą przewlekłą i niepełnosprawnoœcią przez długi czas ycie z chorobą nowotworową nie pojawiało sie, raczej poœwiecano uwage takim chorobom, jak epilepsja, stwardnienie rozsiane czy chorobom reumatoidalnym. W badaniach nad chorobami przewlekłymi uwaga socjologów medycyny skupiała sie na indywidualnym przeżywaniu choroby i psychospołecznej adaptacji do społecznie zdefiniowanego statusu dewianta, rzadziej odnoszono sie do konsekwencji społecznych długotrwałych stanów chorobowych. W ostatnich latach proponuje sie nowe ujęcie sytuacji osób przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, tworząc pojęcie *disablism* (na wzór *ageism*) i koncentrując sie na społecznych konsekwencjach złego traktowania osób chorych (opresja społeczna, imperializm kulturowy, rózne formy społecznego wykluczenia czy teœ stosowanie równych form przemocy) [Thomas 2007; Scambler, Scambler 2010].

Okreœleniu „ycie w ramach choroby nowotworowej” moœna nadać wieloraki sens – poddanie sie przez ludzkoœć swoistemu „terrorowi” ze strony tych chorób; przymus, dyktat zwiazany z koniecznoœcią postępowania zgodnie z prozdrowotnym stylem ycia (*bio-power*), czeœto zwiazany z wyrzekaniem sie własnych upodobań i sposobów relaksacji tylko po to, aby obniœżyć ryzyko zachorowania; zachowania w chorobie zwiazane z podjęciem walki, nierzadko skazanej na

niepowodzenie lub wyleczenie okupione uciążliwą terapią związaną z bólem, zmianami w obrazie ciała i własnej tożsamości.

Choroby nowotworowe powinny stanowić przedmiot zainteresowania socjologii choroby z następujących względów:

– były i są poważnym problemem społecznym, przede wszystkim ze względu na straty społeczne, które stanowią ich następstwo; prawdopodobieństwo zachorowania na nie jest wysokie i będzie wzrastać wraz ze starzeniem się społeczeństw – w związku z tym poczucie zagrożenia tymi chorobami oznacza „życie wyznaczone ryzykiem” (np. poprzez uwarunkowania genetyczno-rodzinne, antyzdrowotny styl życia, zagrożenia środowiskowe);

– rak każdego roku przynosi wielkie straty społeczne w skali globalnej: blisko 8 milionów ludzi zmarło z tej przyczyny w roku 2008, około 2015 umrze już 9 milionów, a w 2030 – ponad 11 milionów [Morrall 2009];

– szansa wyleczenia z choroby nowotworowej dotyczy obecnie ok. 50–60% osób w Stanach Zjednoczonych i o 10–15% mniej w warunkach europejskich [Pescosolido 2011];

– Scamber i Scambler [2010] zwracają uwagę, że obecnie wraz ze wzrostem szans na skuteczne wyleczenie choroby nowotworowej mamy do czynienia ze „społeczeństwem remisji”, bo coraz więcej ludzi żyje po wyleczeniu z choroby nowotworowej.

SOCJOLOGIA DIAGNOZY

We wprowadzeniu do *Towards a sociology of diagnosis: reflections and opportunities* [„Social Science and Medicine” 2011] Redakcja odwołuje się do opisanych przez Mildred Blaxter własnych doświadczeń trwających ponad 141 dni, związanych z diagnozowaniem choroby nowotworowej [Blaxter 2009]. Z perspektywy socjologicznej Blaxter po raz pierwszy ukazała znaczenia procesu tej diagnozy; posługując się teoriami socjologicznymi podjęła próbę wyjaśnienia „sensu nadawanego procesowi diagnozowania”. Takie ujęcie (jak zaznacza Blaxter) ujawnia zderzenie się różnych perspektyw, interakcji pomiędzy osiągnięciami naukowymi i technologiami medycznymi, uwarunkowaniami kulturowymi, doświadczaniem choroby (przekaz narracyjny). Socjologią profesji medycznych nazywa relacje lekarzy i pacjentów, socjologią wiedzy – dochodzenie do ostatecznej diagnozy poprzez to wieloaspektowe analityczne spojrzenie. Ta nowa subdyscyplina jaką jest „socjologia diagnozy” powinna być jednym z głównych obszarów zainteresowania socjologii medycyny, gdyż diagnoza

„jest punktem wyjścia dla określenia społecznych konsekwencji zdefiniowanej choroby, jest wszechobecna w doświadczeniu choroby i narracyjnym opisie przeżyć z nią związanych”. Według Blaxter diagnoza medyczna jest najczęściej rozpoznawana i postrzegana jako „oficjalna etykieta” klasyfikująca chorobę lub problem medyczny.

Obecnie pojęcie diagnozy (również z punktu widzenia socjologii medycyny) uległo znacznemu rozszerzeniu i odnosi się do choroby, czyli „kategorii” ściśle określającej osoby znajdujące się w grupie ryzyka zachorowania na chorobę nowotworową (wiek wskazujący na ryzyko nowotworu, palenie tytoniu i ryzyko raka płuc, uwarunkowania rodzinne w większości chorób nowotworowych). Zdiagnozowanie osoby przynależnej do nowej kategorii „potencjalnych chorych”, z racji narażenia na ryzyko zachorowania, wiąże się również z nową identyfikacją społeczną tych osób. W oparciu o określone medycznie czynniki ryzyka dla większości chorób nowotworowych, medycyna dokonuje selekcji, tworząc (w oparciu o predyktory choroby) nową kategorię osób potencjalnie zagrożonych zachorowaniem. Osoby te coraz częściej poddawane są presji badań kontrolnych w celu wychwycenia choroby we wczesnym stadium, warunkującym późniejszy wybór metody leczenia i przebieg procesu terapeutycznego [Jutel, Netteleton 2011]. Siła społeczna tej nowej diagnostycznej klasyfikacji w znaczący sposób może wpływać na ich społeczną identyfikację („jeszcze zdrowi, ale być może już za chwilę chorzy”).

SYMBOLICZNE ZNACZENIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Przez całe lata większość ludzi odczuwała „terror chorób nowotworowych”. Rak, *cancer* – to „hasło” oparte na dawnych przekonaniach o braku szans na wyleczenie, okropnych cierpieniach, brutalnych terapiach i wielkim prawdopodobieństwie śmierci. Nadal z całą mocą ujawnia się w sytuacji diagnozy nowotworowej [Lewin 1999]. Według Susan Sontag [1999, 2006], choroby nowotworowe z racji swej wieloprzyczynowości (i do końca nieznannej etiologii) nadal pozostają nie w pełni odkrytą „tajemnicą”, co stwarza szerokie pole dla tworzenia metafor, przy czym – jak zaznaczała Sontag – rak (*cancer*) nie jest chorobą, którą można wiązać z romantycznym charakterem, jak to miało miejsce z gruźlicą w XIX w.

Wyobrażenie o chorobie jako karze czy też wyznaczenie kary poprzez chorobę ma długą historię i odnosi się szczególnie do raka. Według S. Sontag, zachorować na raka („dostać raka”) jest czasami rozumiane jako wina kogoś, kto dopuścił się niebezpiecznych zachowań – alkoholika, który zachorował

na raka przełyku, palacza tytoniu chorującego na raka płuc – ale też jako kara za prowadzenie antyzdrowotnego życia. Podobnie jest z rakiem jelita grubego i spożywaniem posiłków obfitych w tłuszcze zwierzęce. Równocześnie ci, którzy musieli wykonywać pracę związaną z niebezpiecznymi warunkami, np. w zakładach petrochemicznych i zachorowali na raka pęcherza wcale nie są tak postrzegani. Ocena zależy od tego, czy zachowanie postrzegane jako przyczyna choroby nowotworowej było wyrazem słabej woli, czy też braku roztropności, albo odwrotnie – było zachowaniem społecznie akceptowanym, nawet ze świadomością kosztów zdrowotnych (bo ktoś musi wykonywać pewne prace, nawet jeśli wiąże się z narażeniem na czynniki chemiczne i grożą określonymi konsekwencjami zdrowotnymi). Symboliczne znaczenia przypisywane nowotworom często utożsamiają nieprawidłowy rozwój komórek nowotworowych z „demonem rosnącym w ciele człowieka”.

Podjmuje się walkę, krucjaty przeciwko chorobom nowotworowym, bo rak był i jest postrzegany jako *killer*, zabójca, a ludzie chorujący na raka – jako jego „ofiary”. Chorobę uważa się za winowajcę, ale winowajcami są także niektórzy ludzie. Terminologia opisująca chorobę nowotworową odwołuje się do określeń militarnych: rak to wróg, rozwój choroby to „inwazja” komórek nowotworowych, ale też w odniesieniu do stosowanych terapii używana jest podobna terminologia – „zabić” komórki nowotworowe, „bombardowanie” komórek nowotworowych. Ciało „atakowane” jest przez chorobę – leczenie to „kontratak” – aby zabić raka. „Rak” to wróg społeczny, z którym się walczy, leczenie postrzegane jest jako brutalne – „leczenie gorsze niż sama choroba”. Wojna z chorobami nowotworowymi, wypowiedzenie wojny tym chorobom – to tylko niektóre z określeń związanych z chorobami nowotworowymi i ich leczeniem.

Obecnie diagnoza choroby nowotworowej coraz częściej stwarza szansę skutecznej terapii, a prawdopodobieństwo utożsamiania choroby nowotworowej ze stanem nieuleczalnym i terminalnym w odniesieniu do pewnych lokalizacji znacznie się obniżyło. Również coraz częściej w stosowanych terapiach przeważają względy „humanitarne”, oznaczające po etapie ratowania życia za wielką cenę (nie bacząc na konsekwencje) kierowanie się w procesie leczenia późniejszą jakością życia chorych po przebytych leczeniu.

PIĘTNO W CHOROBAH NOWOTWOROWYCH

Przez lata osobom dotkniętym chorobą nowotworową przypisywano status związany z dewiacją wtórną – odwoływanie się do choroby jako formy dewiacji ma bowiem, jak już wspomniano, jedną z najdłuższych tradycji w historii socjo-

logii medycyny (T. Parsons, A. Twadle, E. Goffman). Choroby nowotworowe łączy się z klasyczną teorią labellingu (stygmatyzacji), przede wszystkim w ujęciu Goffmana [2005], który w swoim *Piętnie* odwołuje się również do sytuacji społecznej chorych na raka jelita grubego.

W odniesieniu do chorych na choroby nowotworowe reakcja społeczna przez lata była oparta na stereotypach o braku szans na skuteczne wyleczenie i przekonaniu o nieuleczalności raka. Przez długi czas pojawiały się również inne stereotypy (np. „rak nie lubi noża”), co w praktyce oznaczało brak przyzwolenia chorych na proponowane leczenie chirurgiczne. Klasyczna stygmatyzacja dotycząca osób chorujących na choroby nowotworowe oparta jest „niepewności co do przyszłości” – ta niepewność bierze się z braku odpowiedzi na pytanie, jak długo chory/chora będzie żyć, a także niepewności co do ryzyka wystąpienia przerzutów choroby do innych części organizmu, powodujących nowy proces chorobowy, często trudniejszy do wyleczenia i nierzadko niepozwalający na osiągnięcie sukcesu terapeutycznego.

Odwołanie się do Goffmana nadal jest aktualne, gdy wyjaśnia zmianę stosunku do chorego po zdiagnozowaniu go jako osoby chorej na raka, np. z szansami na wyleczenie (we wczesnym stadium choroby) lub gdy diagnoza oznacza stan nieuleczalny. To przypisanie osobom chorującym na chorobę nowotworową statusu dewianta, nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji choroby nieuleczalnej, stadium umierania, często związanego z pobytem w takich instytucjach totalnych, jak zakłady dla osób przewlekle chorych lub hospicja. Szczególnie relacja między pacjentem nowotworowym w ostatnim stadium choroby a personelem medycznym i – rolę instytucji medycznych w procesie „odchodzenia chorego” jest nadal przedmiotem wielu dyskusji.

Naznaczenie w chorobach nowotworowych może wynikać z następujących uwarunkowań:

– jeszcze w latach 90. XX w. ludzie w dalszym ciągu wierzyli, że zdiagnozowanie osoby jako chorej na raka jest równoznaczne z wyrokiem śmierci, np. 62,5% Amerykanów wierzyło, że rak jest chorobą zakaźną, którą można się zarazić, zatem lepiej unikać osób chorych na raka;

– niemożności kontrolowania przebiegu choroby nowotworowej (w przeciwieństwie np. do chorób układu krążenia) co oznacza, że zmiana stylu życia (diety, aktywności) nie ma żadnego wpływu na losy chorego;

– niedostatecznej wiedzy o przyczynach chorób nowotworowych i możliwościach skutecznej terapii, całkowitego wyleczenia [Bloom, Kessler 1994].

Negatywne postawy otoczenia wobec chorych na raka są w różny sposób wyjaśniane i usprawiedliwiane.

1. Uważa się, że spędzanie czasu z pacjentem chorym na raka stwarza dwuznaczność w interakcjach społecznych, ludzie nie wiedzą, jak się zachować, co powiedzieć i jak pomóc takiej osobie. Nie wiedzą, czy mówić, czy nie mówić o chorobie, udawać, że nie wiedzą (pomimo że wiedzą) na co choruje, pilnować się, aby w rozmowie nie padły żadne stwierdzenia, które mogłyby pogorszyć stan emocjonalny chorego. Ta dwuznaczność, konieczność udawania przed chorym może być źródłem dyskomfortu psychicznego i napięć, dlatego ludzie unikają chorych na raka lub ograniczają kontakty z nimi do niezbędnego minimum. Takie zachowania ze strony otoczenia wobec chorych na nowotwory noszą znamiona psychologicznego mechanizmu „wycofywania się”, jakkolwiek sami pacjenci mogą również poddać się temu mechanizmowi.

2. Często osoby chore na raka postrzegane są (lub same tak się postrzegają) jako ofiary, np. chory na raka płuc jako ofiara nałogu palenia tytoniu. Postrzeżenie osoby chorej na raka jako ofiary pewnych zachowań antyzdrowotnych, sprzyjać może również omijaniu takiej osoby, aby uniknąć samoidentyfikacji z takim samym lub podobnym zachowaniem, którego konsekwencją może być ten sam lub podobny los.

3. „Uleganie zranieniu” na skutek kontaktu z osobą chorą, która poprzez sam fakt tej choroby została zraniona. To zranienie w sensie psychologicznym może być przeniesione na osobę wchodzącą w relacje z chorym na raka (cierpi się na równi z chorym) [Tobiasz-Adamczyk i in. 1999].

Praca *Stigma, Shame and blame experienced by patients with lung cancer* [Chapple et al. 2004] wskazuje, że chorzy na raka płuc doświadczają wszystkich wymienionych w tytule doznań: strachu przed stygmatyzacją – ludzie omijali ich, aby unikać kontaktu, bo ta choroba nadal jest kojarzona z „okropną śmiercią”; unikano ich, bo nie wiedziano, co powiedzieć. Stygmatyzacja w przypadku raka płuc wiąże się z łączeniem przyczynowym tej choroby z paleniem tytoniu, zatem postrzeganiem jej jako formy samozranienia, szczególnie w odniesieniu do palaczy tytoniu – do tej stygmatyzacji przyczynia się wysokie ryzyko zgonu z tej przyczyny i rodzaj śmierci (trudności w oddychaniu, duszenie się). Zaakceptowanie przez samych chorych faktu, że palenie tytoniu przyczyniło się do ich choroby wiąże się z poczuciem ponoszenia odpowiedzialności za stan choroby i poczuciem winy („I am guilty”) [Chapple et al. 2004].

Bloom i Kessler [1994], odwołując się do wcześniejszych badań, w których podjęto próby wyjaśnienia, dlaczego osoby zdiagnozowane jako cierpiące na chorobę nowotworową tracą swoje dotychczasowe relacje społeczne, wykazały, że koncentrowały się one na piętnie związanym z tymi chorobami, oznaczającymi negatywną ocenę charakterystyki takich osób, która lokuje je poza pewnymi spo-

łecznie akceptowanymi standardami związanymi z indywidualnymi atrybutami lub zachowaniami. Przez lata, zgodnie z ujęciem piętna według Goffmana [2005], kobiety z rakiem piersi, z racji ich choroby, traktowano jako „inne”, różniące się znacząco od swoich rówieśniczek. Stąd w ostatnich latach w Stanach Zjednoczonych, po okresie walki o lepsze wyniki leczenia, mówi się głośno o tym, że rak piersi już nie stygmatyzuje kobiet, bo odnoszą sukces w pokonywaniu tej choroby – z **ofiar** stały się „osobami odnoszącymi **zwycięstwo**” nad tą chorobą.

PSYCHOSPOŁECZNE KONSEKWENCJE CHOROBY

Poszukiwanie relacji między początkiem choroby a społecznymi uwarunkowaniami chorób, np. stresującymi wydarzeniami życiowymi – warunkami życia, pracy zawodowej (narażenie na czynniki karcynogenne w środowisku pracy) jest jedną z przyczyn odwoływania się do *life course approach* lub biografii osób chorujących.

Fakt zdiagnozowania poważnej choroby, jaką jest rak i stosowane wobec chorych leczenie, może okresowo lub trwale powstrzymywać osoby leczone z tej przyczyny przed ich dotychczasową aktywnością i odpowiedzialnością w odniesieniu do pełnionych ról społecznych, np. kontynuowanie pracy zawodowej może okazać się niemożliwe ze względu na ograniczenia zdrowotne, role rodzinne z podobnych powodów także mogą ulec zmianie. Zwykle każda z pełnionych ról społecznych niesie ze sobą związane z nią relacje społeczne i obowiązki wobec innych osób, a jednostki postrzegają swoje życie społeczne zgodnie ze stawianymi im oczekiwaniami, wynikającymi z pełnionych ról społecznych, wyznaczających ich zachowania i poczucie społecznej tożsamości [Antonowsky 1979, za: Bloom, Kessler 1994].

Choroba nowotworowa, a przede wszystkim jej konsekwencje, zmiany w pełnionych rolach społecznych mogą spowodować utratę tożsamości społecznej, co oznacza, że człowiek, który nie wie, kim jest w sensie społecznym, nie wie również, jak ma się zachować w określonych sytuacjach. Napięcia związane z zachwianiem identyfikacji społecznej mogą prowadzić do psychicznej i społecznej izolacji chorego, stąd wsparcie np. ze strony rodziny może zapobiec tym negatywnym konsekwencjom. Ponadto dezorganizacja sytuacji życiowej, związana ze zmianą zachowań chorego w wyniku poważnej choroby może spowodować, że chory znajdzie się poza sferą swej dotychczasowej aktywności, a tym samym zakres jego relacji społecznych ulegnie zawężeniu [Tobiasz-Adamczyk i in. 1999].

Choroba przewlekła, podobnie jak wynikająca z niej niepełnosprawność, są konstruktami społecznymi – szczególnie w odniesieniu do piętnowania osób

chorych i dokonywanej przez nie zmiany samoidentyfikacji, będącej efektem funkcjonowania konstruktury choroby nowotworowej lub wielu jej przejawów, bo te konstrukty ulegają rozszczepieniu i fragmentaryzacji – inny jest konstrukt społeczny raka piersi, inny raka płuc (szczególnie kiedy zachorowanie dotyczy intensywnego palacza tytoniu), inny w odniesieniu do chorującego dziecka w porównaniu do chorującej osoby młodej, w średnim wieku lub starszej.

Według M. Isabelli Bisschop [2004], choroby przewlekłe zmuszają osoby nimi dotknięte do stałej konfrontacji z różnymi zagrożeniami i wyzwaniem, takimi jak: ból, zaburzenia lub ograniczenia sprawności fizycznej, obawa utraty życia i konieczności zmiany planów, co niejednokrotnie oznacza, że chory nie przewiduje przyszłości, bo jawi się ona często jako niepewna i nieprzewidywalna. Wielu przewlekłe chorych zmuszonych jest do całkowitej, nieodwracalnej zmiany stylu życia i zależności od innych; wielu doświadcza przejawów stygmatyzacji, utraty szacunku, obniżenia poczucia własnej wartości, stałej niepewności wynikającej z postawionej diagnozy i obniżania się posiadanych zasobów. Choroba przewlekła stanowi doświadczenie, które wpływa na układ i sposób spędzania każdego dnia. To doświadczenie często wiąże się z bólem, cierpieniem, prawdopodobieństwem zbliżającej się śmierci; sprawia, że osoby chore, ich rodziny, a także inne osoby połączone z nimi relacjami społecznymi wchodzi w odmienny układ interakcji; muszą zmierzyć się z konsekwencjami choroby lub niepełnosprawności, co wymaga od nich zmiany dotychczasowych relacji i okazania wzajemnego wsparcia [Bury 1982]. Doświadczenia wynikające z życia z chorobą przewlekłą, tak jak to zaprezentował Bury [1997, za: Thomas 2007], odnoszą się do trzech aspektów „biograficznych zakłóceń”: konsekwencji leczenia, długofalowej adaptacji oraz zorganizowania życia. Życie z chorobą wymaga aktywności od chorego i jego najbliższego otoczenia, stąd w koncepcjach zmagania się z chorobą wyróżnia się takie znaczące etapy, jak *coping, strategy and style* procesu prowadzącego do normalizacji – chorzy uczą się, jak powinni się zachowywać, aby nie różnić się od osób zdrowych i uniknąć naznaczenia (np. maskowanie lub ukrywanie choroby). Codzienna aktywność chorego jest sprowadzana do jego zdolności samodzielnego wykonania podstawowych czynności związanych z samoopieką lub konieczności korzystania z pomocy innych osób (cierpienie w samotności, zamykanie drzwi, aby nie przeszkadzać choremu, mówienie po cichu) [Williams 2005].

Kathy Charmaz [1983] zwraca uwagę, że choroba przewlekła jest doświadczeniem, w którym następuje przedefiniowanie koncepcji własnej osoby. Występujące ograniczenia wymagają „przedefiniowania” własnych możliwości działania, czemu służy „urzeczywistnienie” lub „zmaterializowanie” choroby. Umiejętność „odseparowania” choroby od koncepcji własnej osoby (*separatiom from self*)

zależy od zasobów kulturowych [Bury 1982]. Caroline Sanders i Anne Rogers [2011] analizują doświadczenia związane z przeżywaniem choroby przewlekłej i wskazują w nawiązaniu do M. Bury’ego na fakt, że wielu chorych wiąże początki choroby z wystąpieniem wydarzeń wskazujących na osobisty kryzys, który prowadził do niepewności, zaburzeń, czasami przerwania aktywności życiowej i do zaburzenia poczucia własnej tożsamości. W tych rozważaniach odwołują się do zaproponowanego przez M. Bury’ego rozróżnienia pomiędzy znaczeniem przypisywanym objawom i ich znaczeniem w przebiegu biografii chorego (tj. *meaning as consequence* i *meaning as significance*). Oddzielenie znaczenia choroby przewlekłej, wynikające z pojawienia się pewnego problemu zdrowotnego, oznaczającego dla jednostki pewne restrykcje w dotychczasowej aktywności od społecznych niedogodności – będących konsekwencjami wynikającymi z choroby jednostki. Znaczenie odnoszące się do istotności (*meaning of significance*) jest związane z symbolicznym znaczeniem choroby w danej kulturze, ale także z szerszą percepcją objawów w odniesieniu do pewnych konotacji społecznych, również piętna społecznego [Scambler, Scambler 2010]. Mylne przedstawianie relacji między chorobą a tożsamością społeczną sięga czasów Parsonsa [1978] – wpływ choroby na identyfikację społeczną (teoria choroby – specyficznej roli społecznej); choroba jako forma społecznej dysfunkcji (obowiązkiem chorego jest zrobić wszystko, aby wyjść z tego stanu i powrócić do społecznie użytecznych ról – reintegracja społeczna). Choroba przewlekła, pomimo dobrej woli chorego, nie pozwala wielokrotnie wyjść z tej roli, podobnie korzystanie z instytucji medycznych i współpraca z personelem lekarskim również nie zawsze pozwala na wyzwolenie się z tej roli (za to krytykowano Parsonsa). Interakcje pomiędzy jednostką a społeczeństwem pozwalają chorym zrozumieć i zaakceptować fakt, że aby podjąć próbę wyzdrowienia, zgadzają się na wprowadzanie do swego organizmu trucizny (chemioterapia), której zwykle towarzyszy osłabienie, nudności wymioty i ogólne rozdrażnienie. Podobnie, aby wyzdrowieć, trzeba się zgodzić na wycięcie zajętych przez guz części organizmu, co oznacza zmianę poprzez interakcję przekonania – wbrew dawniejszym obawom – że jeżeli możliwe jest wycięcie czegoś, to jest szansa uratowania zdrowia i życia.

W ujęciu interakcyjnym (interakcjonizm symboliczny) szczególne znaczenie przypisuje się „negocjowaniu porządku interakcyjnego pomiędzy chorym a lekarzem” (odwołanie się do modelu „kryzysu” wywołanego chorobą i negocjowanie przebiegu trajektorii choroby w kierunku „normalizacji” sytuacji życiowej, przede wszystkim przez chorych). Zgodnie z perspektywą interakcjonistyczną – ludzie interpretują i nadają znaczenie swoim objawom chorobowym, stwierdzonym chorobom, nadają też znaczenie oraz interpretują choroby występujące

w swoim najbliższym otoczeniu lub w społeczeństwie, w którym funkcjonują. Interakcjonistyczne podejście do choroby, reprezentowane przez Goffmana, a także zaproponowanie przez niego dramaturgiczne ujęcie relacji lekarz – pacjent w przypadku diagnozy nowotworowej i przebiegu ich wzajemnych interakcji w procesie leczenia choroby nowotworowej nabiera szczególnego znaczenia. Obowiązujący przez lata model stosowania selekcji informacji przekazywanych przez lekarza pacjentowi dotyczył głównie podstawowego dylematu, czy mówić, czy też nie (a jeśli tak, to co i w jakim zakresie) o wyniku diagnozy potwierdzającej raka; czy uświadamiać, że chory zgłosił się za późno i tym samym nie ma szans na skuteczne leczenie, czy wskazywać możliwość zastosowania w takich przypadkach tylko terapii paliatywnej; czy mówić, że pacjentowi zostało kilka miesięcy, a może tylko dni do końca życia?

ZMIANY W CIELE A KONSEKWENCJE PSYCHOSPOŁECZNE

Carol Thomas [2007], snując rozważania dotyczące ciała (*The Body: lost and found*), odwołuje się do ciała żyjącego, odczuwającego i postrzeganego. Spośród różnych koncepcji związanych z ciałem wyróżnia się perspektywa feministyczna, która łączy znaczenie ciała uszkodzonego (niepełnosprawnego) z subiektywnymi doświadczeniami życiowymi w zależności od różnic genderowych, wieku, klasy społecznej, seksualności i typu niepełnosprawności. Pojęcie niepełnosprawności towarzyszące chorobom nowotworowym i zmiany w obrazie ciała lokują konsekwencje tych chorób w obrębie socjologii ciała [Turner 2005]. Symboliczne interakcje pomiędzy pojęciem normalności w odniesieniu do wyglądu ciała lub funkcji poszczególnych jego narządów wiązać się mogą z utratą znaczących atrybutów, prowadzą do naznaczenia, zgodnego z ujęciem prezentowanym przez Goffmana.

Badania Paquette i Raine [2004] pokazały, jak kobiety interpretują oczekiwania ze strony ich środowiska społeczno-kulturowego w formułowaniu wyobrażeń o ciele – to wyobrażenie nie jest konstruktem statycznym, ale dynamicznym, składającym się z wielu elementów, które również ulegają zmianie (koncepcja własnej osoby, wpływ mediów, ale także wpływ rodziny, przyjaciół i sieci relacji społecznych). Kobiety dokonują reinterpretacji przekazów społeczno-kulturowych dotyczących ciała. W chorobie poczucie utraty kontroli nad własnym ciałem jest jedną z najważniejszych konsekwencji – identyfikacja społeczna oddziałuje poprzez zmiany w ciele (ciało wyniszczone, ciało pozbawione pewnych organów wewnętrznych, niewidocznych) lub ciało z widocznymi, naznaczonymi chorobą

i niepełnosprawnością zmianami lub okaleczeniem w wyniku zastosowanej terapii, czemu może towarzyszyć stygmatyzacja i poczucie zawstydzenia, skrępowania, zażenowania z powodu piętna choroby na ciele.

Kobieta z rakiem piersi jest postrzegana jako osoba chora na zagrażającą życiu chorobę, ale w społecznym odbiorze choroba ta dotyczy piersi, będących w wielu społeczeństwach symbolem kobiecości. Ten atrybut kobiecości jest tak głęboko zakorzeniony w świadomości społecznej, że może być uważany za wyznacznik wszystkich relacji międzyludzkich, w których kobieta uczestniczy. W konsekwencji utrata piersi przez kobietę jest faktem społecznie ją dyskryminującym i definiowanym jako stigma.

Feministyczne teorie niepełnosprawności zwracają uwagę na znaczenie ingerencji ze strony chirurgii rekonstrukcyjnej i chirurgii kosmetycznej w procesie normalizacji niepełnosprawności – w odróżnieniu od roli chirurgii estetycznej zmierzającej do kształtowania oczekiwanego obrazu ciała kobiety (fizycznej cielesności). Publikowanie zdjęć znanych postaci po amputacji piersi łączy się z pytaniem, czy narządy te mają być rekonstruowane (zgodnie z seksistowską interpretacją) – znane są przykłady ze Stanów Zjednoczonych, gdy znane publicznie kobiety (właśnie na znak protestu przeciw seksizmowi) odmówiły protezy utraconej piersi, powodując podjęcie dyskusji na temat kulturowo zdefiniowanego znaczenia sekwencji „piers – piersi pod nóż” [Garland-Thomson 2006].

Poczucie tożsamości społecznej budowanej za pośrednictwem ciała i koncepcja obrazu własnego ciała oznaczają kontrolowanie własnej sytuacji życiowej poprzez skuteczność podejmowanych działań, mających podtrzymać lub zweryfikować dotychczasowe relacje społeczne [Kelly, Field 2005]. Choroba oznacza stan negocjacji – wynik zależy od akceptacji zmian przez kobietę (po leczeniu raka piersi), która ich doświadczyła i „wynegocjowania” przez nią nowego porządku interakcji ze swoim otoczeniem.

Tak jak utrata piersi wiąże się z poczuciem utraty kobiecości i atrakcyjności, tak rak prostaty, którego operacyjne leczenie może prowadzić do impotencji, wiąże się z utratą poczucia męskości [Oliffe 2005]. Podobne problemy dotyczą mężczyzn po pewnych operacjach raka jelita grubego i odbytnicy. Odwołanie się do konstruktu „męskości” w znaczeniu społecznym, historycznym i kulturowym pozwala zdefiniować idealne formy zachowań, wskazujące na oczekiwany wzór męskości [Connell 1987, za: Oliffe 2005]. Seksualność mężczyzn i intymne relacje, związane z aktywnością seksualną (wyuczone w procesie socjalizacji), zaburzone procesem chorobowym i przebytem leczeniem, mogą się wiązać z poczuciem utraty najważniejszego atrybutu męskości i niemożności spełniania oczekiwań społecznych w odniesieniu do aktywności seksualnej. Indywidualne

reakcje na chorobę mogą zależeć od stopnia poddania się hegemonii „obowiązującej męskości” i obawy przed, naznaczeniem („nieprawdziwy mężczyzna”). Wskazuje się jednak, że rak prostaty dotyka mężczyzn w starszym wieku, których obowiązujące kanony męskości mniej dotyczą, a społeczny konstrukt często ich dyskredytuje. Niemniej jednak ciało starszego mężczyzny pozbawione wigoru, seksualnej potencji i erotyzmu nie pozbawia go jego siły „społecznej” – rekompensatą może być przeniesienie męskości z ciała na takie aspekty życia, jak bogactwo czy status społeczny. Rak prostaty, który wpływa na seksualność mężczyzn, wbrew oczekiwaniom wcale nie prowadzi do obniżenia intymnych relacji wielu par – badania pokazują, że tradycyjne pojęcie męskości ulega przedefiniowaniu w kierunku okazywania bardziej „kobięcych” cech w relacjach intymnych, tj. ekspresji uczuć i empatii [Oliffe 2005].

CZAS W CHOROBIE PRZEWLEKŁEJ – W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Czas w chorobach nowotworowych nabiera szczególnego znaczenia – czas, który upływa pomiędzy wystąpieniem objawów a ich zdiagnozowaniem może warunkować sukces leczenia. Pięcioletni okres przeżycia oceniany jest jako wy-lczenie i oznacza sukces terapeutyczny, ale czas ten to również okres leczenia wyznaczony przez serie chemioterapii lub leczenie chirurgiczne. Czas w chorobie nieuleczalnej oznacza oczekiwanie na śmierć, przygotowywanie się na odejście chorego przez członków jego rodziny lub przez niego samego.

Problem czasu w chorobie z perspektywy przeżyć chorego (również w chorobie nowotworowej) został opisany przez A. Ostrowską [2008]. B. Glaser i A. Strauss [1968] stworzyli koncepcję trajektorii umierania wskazując, że śmierć na raka przyjmuje odmienną trajektorię niż śmierć na skutek obrażeń pochodzących z wypadku. W przypadku choroby nowotworowej trajektoria może oznaczać różny wymiar czasowy (odroczenie śmierci), ale zawsze wynika z dwóch uwarunkowań: chory zostaje zdefiniowany jako umierający, natomiast czas śmierci nie jest pewny, jakkolwiek wiadomo, że ona nastąpi.

TRAJEKTORIE CHOROBY

Ian Robinson [1990] wskazuje, że w momencie diagnozy pojawia się problem czasu, jaki chory ma szansę przeżyć (z racji choroby). Trajektoria związana z obiektywnym przebiegiem choroby (*disease*) może oznaczać utrzymujący się

stan stabilny, ale może również wskazywać na oczekiwaną dalszą progresję choroby. Najbardziej pozytywna sytuacja jest wtedy, gdy trajektoria ta zmierza w kierunku pełnego wyzdrowienia. Z perspektywy analizowania przebiegu choroby często obok czynnika czasu przeżycia (prognozy) pojawia się niepewność na skutek nie zawsze przewidywalnych kolejnych nawrotów choroby. Obiektywna trajektoria choroby może w różny sposób wpływać na jej indywidualną percepcję, a także na społeczną sytuację chorego.

Robinson [1990] analizuje przebieg trzech trajektorii: biologiczno-medycznej (wynikającej z obiektywnej choroby – *disease*), związanej z subiektywnym odczuciem choroby (*illness*) i społecznej, wyznaczonej legalizacją społeczną choroby (*sickness*). Mogą one przebiegać równolegle, przecinać się lub rozchodzić [Robinson 1990]. Trajektoria choroby oznacza pewne kontinuum stanów biologicznych, wywołujących określone reakcje u samego chorego i w jego otoczeniu, tworząc np. trajektorię stygmatyzacji [Alonzo, Reynolds 1995]. Od lat 80. XX w. w badaniach nad chorobami przewlekłymi zaczęto stosować perspektywę narracyjną. Perspektywa fenomenologiczna pozwala przedstawić codzienne zmaganie się z chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością – kładąc nacisk na ukazanie osób chorych przewlekle lub niepełnosprawnych jako „ofiar” społecznego znaczenia chorób.

CHOROBA JAKO NARRACJA

Scambler i Scambler [2010: 48] opisują życie z rakiem i wskazują, że termin ten może być raczej utożsamiany z życiem „po raku” – jako stadium niepełnosprawności i disablizmu, jakkolwiek wiele osób, które przeszły chorobę nowotworową nie chce uchodzić za osoby niepełnosprawne. Nadal jednak obszarem eksploracji badawczej mogą być cierpienie, kryzys egzystencjonalny i organizowanie życia pomimo występujących symptomów, strategie radzenia sobie z chorobą. Życie po raku oznacza powrót do codziennej aktywności, zakończenie intensywnej opieki medycznej, ale socjologiczne aspekty tego życia wiążą się z określeniem, w jakim stopniu choroba zaburzyła biografię każdego chorego, spowodowała utratę poczucia własnego „ja” i zaznaczyła swoje znamię poprzez przejawy naznaczenia społecznego. „Życie po raku” lub „z rakiem” wymaga akceptacji fizycznej niepełnosprawności i ograniczeń w codziennych czynnościach – pod wpływem fizycznego i psychicznego cierpienia, akceptacji zmian w ciele i przejęcia kontroli nad ciałem oraz zaakceptowania zmian tożsamości. Według tych autorów przejawem disablizmu wobec osób, które przeszły

chorobę nowotworową może być brak szansy na powrót do pracy, niski dochód, niemożność zrealizowania odczuwanych podstawowych potrzeb, brak zabezpieczenia na starość, pogodzenie się z reakcją innych osób np. na wiadomość o rozpoznaniu raka płuc (izolacja, przekonanie, że nie ma się szans przeżycia).

Narracja choroby oznacza „nadanie sensu chorobie” – w chorobie nowotworowej obejmuje szok związany z diagnozą, wcześniejsze stresujące wydarzenia życiowe, myślenie o szansach przeżycia w konkretnej chorobie (statystyki medyczne), przewidywanie przyszłości, zmiany dotyczące priorytetów i własnej osoby, przebieg choroby, samoopieka związana z leczeniem, plan leczenia, „edukowanie się w chorobie”, zmiany w ciele, rozpad relacji społecznych, „obiektywizowanie” choroby, problemy z zatrudnieniem, poszukiwanie i uzyskiwanie potrzebnych informacji, rola pacjenta – zmiany stałe w obrazie własnej osoby, w ciele, w relacjach społecznych, planowanie przyszłości i odwoływanie się do innych doświadczeń. „Ja przed rakiem” i „ja po raku” – ten podział dychotomiczny może oznaczać zupełnie inne perspektywy życiowe [Mathieson, Stam 1995]. Wskazane elementy związane z pojawieniem się choroby nowotworowej mogą się łączyć z zadawaniem sobie przez chorą/chorego następujących pytań: czy moje życie się zmieni, jak się zmieni, co rak znaczy dla mnie, na czym polega moja rola jako pacjenta, jak powinnam/powinienem się zachowywać, czego się ode mnie oczekuje, jak moje otoczenie mnie postrzega, zaś po przebytych leczeniu – kim jestem teraz po chorobie i leczeniu, co się na dobre zmieniło? Te pytania są wyrazem pojawienia się stresu związanego z diagnozą, odniesienia swej aktualnej choroby do sytuacji życiowej w aspekcie społecznego funkcjonowania, renegocjowania poczucia tożsamości, określenia swojego miejsca w układach społecznych, wyznaczonego lub zmienionego przebytą chorobą lub leczeniem. Dla poczucia tożsamości społecznej, koncepcji własnej osoby, przewidywanej trajektorii choroby ważna jest odpowiedź na pytanie, co znaczy być „pacjentem nowotworowym” lub co znaczy mieć raka (w czasie terażniejszym i w czasie przeszłym – walka ze stygmatyzacją chorób nowotworowych, walka z przekonaniem, że choroba nowotworowa oznacza wykluczenie z życia, usunięcie poza nawias życia, uczenie się „języka choroby”, terminów medycznych związanych z terapią, np. rodzajów chemioterapii, dawek, stosowanych leków).

ZACHOWANIA W ZDROWIU I CHOROBIE

Fakt, że prawie wszyscy znamy kogoś, kto chorował lub choruje na chorobę nowotworową, powoduje, że świadomość obecności tych chorób w społeczeństwie jest coraz wyższa, co może skutkować zgodą na postępowanie zgodnie

z zaleceniami profilaktycznymi, np. zaprzestanie palenia tytoniu, zmianami zwyczajów dietetycznych (np. większa ilość jarzyn i owoców w diecie) celem zapobiegania nowotworom przewodu pokarmowego, poddawanie się badaniom profilaktycznym. Zatem zgadzamy się na medykację życia społecznego, pozwalając na kontrolę sprawowaną przez medycynę nad różnymi wymiarami życia społecznego.

Zmiana w traktowaniu osób, które własnym zachowaniem okazywały lekceważenie zasad prozdrowotnego stylu życia poprzez szkodenie zdrowiu (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie niewłaściwego sposobu odżywiania się), a wręcz czynienie ich odpowiedzialnymi za stan choroby (negujące założenie zawarte w klasycznym ujęciu choroby jako specyficznej roli społecznej T. Parsonsa, gdzie człowiek nie ponosi odpowiedzialności za stan choroby) – wynika z prawdopodobieństwa związku pomiędzy określonymi zachowaniami (np. palenie) a konsekwencjami (np. zachorowanie na raka krtani, raka płuc) i grozi naznaczeniem, wykluczeniem tych, którzy nie stosują się do zaleceń profilaktycznych, bo swoim zachowaniem mogą narażać na konsekwencje zdrowotne również inne osoby (np. bierne palenie).

Age of Biopower – to pojęcie wprowadzone przez M. Foucaulta [1995, 2009], które oznacza „dyktat stosowany przez medycynę, która wyznacza kryteria «normalności» i «nienormalności» również w odniesieniu do zachowań. Za przeciwstawianie się dyktatowi związanemu z medykacją życia społecznego, a przede wszystkim przeniesienia na każdego z nas odpowiedzialności za zdrowie własne i innych osób (w myśl podstawowej zasady głoszonej przez Światową Organizację Zdrowia) uznać można postawę M. Foucaulta, zgodną z postmodernistycznym podejściem, propagującą wolny wybór stylu życia (nawet prowadzący do autodestrukcji i samozagłady) i samodecydowania o swoich zachowaniach (nawet jeśli zagrażają one zdrowiu i życiu)” [za: Morrall 2009].

D. Mechanic [1978], jeden z filarów badań nad zachowaniami w chorobie (umiejętność obserwacji własnego ciała, jego funkcjonowania i zmian w nim występujących; ocena pojawiających się objawów pod względem ich zagrożenia dla zdrowia i życia; czynniki decydujące o momencie szukania pomocy lekarza), którym to tematowi poświęcał uwagę w swoich rozważaniach, rozpoczynając nowy etap badań poświęconych tym zagadnieniom.

Mechanizmy decydujące o przebiegu zachowań w chorobie, szczególnie w okresie dostrzeżenia objawów, ich percepcji, oceny, odwołują się do *lay referral system*, tj. wiedzy i doświadczeń osób znajdujących się w otoczeniu osoby, u której pojawiają się niepokojące objawy, szczególnie, gdy w świadomości społecznej funkcjonują one jako wyraźne znamiona choroby nowotworowej.

Jeden z najstarszych modeli – Health Belief Model Rosenstock, 1966 – akcentuje indywidualną odpowiedź jednostki na występujące objawy [Rosenstock 1966, za: Tobiasz-Adamczyk 2000], która zależy od postrzeganej podatności na zachorowanie, wczesnych doświadczeń z chorobą oraz analizy zysków i strat, mogących wynikać z wejścia w rolę chorego.

Opóźnienia w zdiagnozowaniu choroby nowotworowej (raka płuc), pomimo występujących objawów, mogą wynikać z postawy chorego (lęku, braku wiedzy o objawach, nieinterpretowania ich jako poważnych), z winy lekarzy (błędna interpretacja zgłaszanych objawów, nieskierowanie na właściwe testy diagnostyczne) oraz z winy systemu opieki zdrowotnej, który sprzyja opóźnieniu diagnozy (zbyt długie oczekiwanie na badania lub wizytę u lekarza). Badania Corner i in. [2006], dotyczące przyczyn opóźnień w diagnozowaniu raka płuc (największa liczba zgonów w porównaniu z innymi chorobami nowotworowymi) wykazały, że czynnikami odpowiedzialnymi za zwlekanie z poszukiwaniem pomocy medycznej były: niepewność związana z występującymi objawami (czy to normalne mieć takie objawy?) i niespieszenie się ze zgłoszeniem do lekarza; zmiany stanu zdrowia postrzegane jako element codziennego funkcjonowania organizmu, niewłaściwa interpretacja zmian w organizmie; problemy wynikające z równoczesnego występowania innych chorób; niełączenie zmian stanu zdrowia z rakiem płuc i poczucie braku zaufania do leczenia [Corner i in. 2006].

Badania własne pokazały, że częste bagatelizowanie przez chorych z rakiem żołądka i jelita grubego objawów chorobowych łączyło się nie tylko z ich małą uciążliwością, lecz także z działającym uspokajająco myśleniem: jestem już stary, wobec tego mój przewód pokarmowy ma prawo źle działać, wszystko się „zużywa” w miarę upływu lat. Zdarzało się również, że nawet powtarzające się krwawienia z odbytu nie były wystarczającym powodem szukania pomocy u lekarza, bowiem łączono je z hemoroidami (potocznie uważanymi za niegroźną chorobę). Wobec małej uciążliwości symptomów chorobowych wielu chorych uważało się za zdrowych, a nawet, jeśli mieli poczucie, że są chorzy, w ich odczuciu choroba nie mogła być poważna, skoro podobne dolegliwości odczuwało wiele osób z ich najbliższego otoczenia [Tobiasz-Adamczyk, Szafranec, Bajka 1999].

WYOBRAŻENIA O PRZYCZYNACH CHOROBY NOWOTWOROWEJ (BADANIA WŁASNE)¹

Dotychczasowe badania nad potocznym rozumieniem przyczyn chorób nowotworowych wskazują na różne rodzaje wyjaśnień podawanych przez chorych, uzasadniających odczuwaną chorobę:

- choroba jako wynik upływu czasu, starzenia się, organizm zaczyna szwankować, a pojawienie się choroby jest wyrazem „zużycia się organizmu”;
- choroba jako wynik mechanicznych uszkodzeń organizmu;
- choroba jako zaburzenie równowagi systemu lub zachwianie relacji pomiędzy poszczególnymi elementami organizmu;
- choroba jako wyraz zaburzenia relacji pomiędzy jednostką a jej środowiskiem;
- choroba w wyniku przedostania się do organizmu chorobotwórczych pierwiastków (np. wirusa).

Analogie te kształtują sposób myślenia chorych o swojej chorobie. Wiele potocznych sądów o przyczynach choroby ma charakter irracjonalny i nie daje możliwości logicznego wyjaśnienia [Furnham 1994]. Wyobrażenia te mają wiele źródeł, ulegają zmianom w zależności od rozwoju choroby i różnych okoliczności, które jej towarzyszą. Przekonania o przyczynach chorób osób cierpiących na nie zwykle są odbiciem wierzeń i przekonań panujących w środowisku, z którego wywodzą się choroby.

A. Furnham [1994] omawia 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 może zostać wyleczona przy użyciu nowoczesnych metod terapeutycznych;
- organizm jako przedmiot ataku, narażony na wpływy czynników chorobotwórczych i stresów związanych z aktywnością społeczną (na atak narażona zarówno sfera fizyczna, jak i psychiczna organizmu);
- choroba jako wynik nierówności społecznych na skutek niejednakowego dostępu do świadczeń medycznych tych, którzy ich aktualnie potrzebują;

¹ Badania nad stylem życia chorych z rakiem jelita grubego i środowiskowymi uwarunkowaniami przebiegu choroby i leczenia – projekt nr 4 PO5D 025 11 finansowany przez Komitet Badań Naukowych; Społeczne determinanty jakości życia kobiet po przebytych leczeniu z powodu raka piersi – program statutowy nr 501/P/241/L; Jakość życia chorych po operacyjnym leczeniu wybranych nowotworów przewodu pokarmowego (rak żołądka, rak jelita grubego) – program statutowy nr 501/NKL/54/L

- choroba jako wynik kulturowych uwarunkowań;
- choroba jako wynik niezaakceptowania prozdrowotnego stylu życia, który ma na celu utrzymanie dobrego zdrowia i zapobieganie chorobom;
- choroba jako konsekwencja prawa do satysfakcji z życia, wolności przesądzającej o tym, że 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 stanowi wyraz opieki Boskiej, odzwierciedlenie stanu duchowego jednostki;
- zdrowie postrzegane jako siła woli jednostki – zdolność do kontrolowania zachowań, przyzwyczajęń, słabostek, moralna odpowiedzialność za zdrowie (choroba w tym ujęciu jest zaprzeczeniem tej postawy).

Odwołując się do badań własnych, warto przytoczyć dane świadczące o tym, jak chorzy z rakiem żołądka i jelita grubego starali się dociec przyczyn odczuwanych przez siebie objawów przez odwoływanie się do „własnych biograficznych uwarunkowań” i próbowali ustalić, kto lub co ponosi odpowiedzialność za chorobę, która ich dotknęła. Analizowanie przebiegu całego życia, ewentualnych związków między wydarzeniami biograficznymi a pojawieniem się dolegliwości, wiązało się również z poczuciem odpowiedzialności za te dolegliwości.

W poszukiwaniu przyczyn swej choroby chorzy na raka jelita grubego podawali następujące wyjaśnienia [Tobiasz-Adamczyk i in. 1999], uważając chorobę za:

- wynik antyzdrowotnego stylu życia prowadzonego w przeszłości (56% chorych obu płci);
- zrządzenie losu, doświadczenie dane przez Boga, niezależne od starań o własne zdrowie (50% mężczyzn i 65% kobiet).
- wyzwanie, które trzeba traktować jako jeszcze jedno trudne wydarzenie życiowe, któremu należy się aktywnie przeciwstawić (79,2% mężczyzn i 67,8% kobiet);
- krzywdę, niesprawiedliwość (14,6% mężczyzn i 28,7% kobiet).
- wynik zaniedbań ze strony lekarza (7,3% mężczyzn i 9,2% kobiet).

Interesujące było również wiązanie przez chorych na raka jelita grubego wystąpienia choroby lub jej początków ze stresującym trybem życia (51% mężczyzn i 57,5% kobiet) oraz narażeniem się na stresujące wydarzenie życiowe w ostatnim czasie – trzykrotnie częściej przytaczane przez kobiety (39,1%) w porównaniu do mężczyzn (13,5%).

Wiążąc występowanie choroby z narażeniem na stresujący tryb życia lub stresujące wydarzenia życiowe najczęściej wymieniono następujące zdarzenia, które były źródłem stresu i „ponosiły odpowiedzialność” za powstanie i rozwój choroby (wg kolejności wskazań): śmierć kogoś bliskiego np. matki (na to zdarzenie wyjątkowo często wskazywały kobiety), współmałżonka, dziecka, choroba w rodzinie (zwłaszcza choroba bądź niepełnosprawność dziecka), niepowodzenia zawodowe lub przejście na emeryturę oraz rodzinne predyspozycje do chorób przewodu pokarmowego (chorował ojciec, matka, brat albo siostra) bądź skłonności do chorób nowotworowych w ogóle – np. brat choruje na raka płuc itp. Łączono również aktualną chorobę z błędami lekarskimi (uszkodzenie jelit w czasie innej operacji, np. przewodu moczowego, pęcherzyka żółciowego, chorób kobiecych), nadużywaniem leków zapisanych przez lekarza (np. sterydów, efekt uboczny działania antybiotyków czy leku pomagającego w odchudzaniu – izolipanu).

Postrzeganie związków choroby z nieprawidłowościami w stylu życia (odżywianiu) oraz ze stresującymi wydarzeniami życiowymi (trudne życie w ogóle, niedożywienie, praca ponad siły, trudne dzieciństwo) pokrywa się z teoriami przyczynowymi panującymi w medycynie.

BADANIA NAD JAKOŚCIĄ ŻYCIA UWARUNKOWANĄ STANEM ZDROWIA

Już w 1987 r. S Levine w *The Changing Terrains in Medical Sociology: Emergent Concern with Quality of Life* wyraźnie wskazywał na nowe obszary badań dla socjologii medycyny związane ze śledzeniem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Nowa sytuacja, jaką jest nabyta choroba, wymaga od jednostki, aby nauczyła się żyć nie tylko z ograniczeniami wywołanymi zmianami w stanie zdrowia, szczególnie, jeśli mają one charakter nieodwracalny, lecz także zaakceptowała zależność od leków lub reżimu narzuconego przez postępowanie terapeutyczne [Siegrist, Junge 1990].

Według Pescosolido [2011b], ostatnia dekada przyniosła konsensus w rozumieniu zdrowia, choroby i leczenia przez odwołanie się do *Complexity Theory*. Złożoność tych zagadnień została przedstawiona przez tę autorkę w *The Network Episode Model*, odwołującym się do metafory miejsca, przestrzeni i lokalizacji, sytuujących poziom kontekstu społecznego ponad poziomem jednostkowym (*body i self*), poprzez oddziaływanie systemu wsparcia, pochodzącego z indywidualnej sieci, systemu instytucjonalnego (organizacji) i na poziomie społeczności

(miejsce). Zdrowie jest definiowane i postrzegane poprzez interakcje jednostki z rodziną, przyjaciółmi, systemem opieki medycznej, systemem wsparcia, grupami religijnymi itd. Pescosolido, prezentując spojrzenie na „karierę choroby”, przypisujące kluczowe znaczenie rolom na „wejściu” i na „wyjściu” jako punktom wyznaczającym proces choroby – wpływającym na wzory postępowania i przebieg trajektorii, obejmujących strumień poznawczy (*coping*), strumień działania (*strategy*) i strumień emocjonalny (*affective stream*). Zrozumienie przebiegu różnych trajektorii choroby daje szansę poznania dynamiki procesu chorobowego (możliwość wyjścia z roli chorego, podobnie jak z roli pacjenta, ale ten przebieg jest inny w przypadku choroby przewlekłej, podobnie jak w roli osoby niepełnosprawnej lub w sytuacji chorego umierającego, z której wyjście możliwe jest tylko poprzez śmierć. Sukces leczenia lub jego brak, a także konsekwencje sukcesu terapeutycznego niejednokrotnie w znaczący sposób wpływają na pozycję chorego w sieci jego relacji społecznych i w relacji do szerszych układów środowiskowych.

Zainteresowanie od lat 70. XX w. problematyką jakości życia uwarunkowaną stanem zdrowia wiązało się ściśle z nowym podejściem do oceny skutków leczenia, nie tylko poprzez tradycyjne mierzenie długości przeżycia (np. po zastosowaniu określonej terapii), lecz także z perspektywy pacjenta, jego subiektywnej oceny własnego życia, przedłużonego sukcesem terapeutycznym. Oznaczało to wprowadzenie do medycyny nowej koncepcji, odpowiedzialnej za „zdrowie pacjenta, w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym”. Skoncentrowano się nie tylko na przedłużaniu życia w sensie fizycznym, ale na stosowaniu takich metod terapeutycznych, które dawałyby szansę na dalsze życie (po przebytej chorobie, leczeniu lub pomimo trwania choroby), zbliżone lub podobne do prowadzonego przez zdrowych [Frank 1989; Davies i in. 2000]. Z perspektywy wkładu nauk społecznych to ważna koncepcja, bo dzięki niej po raz pierwszy świat medyczny spojrział „na osobę leczoną” poprzez pryzmat zakończonego leczenia lub przekazania pacjenta w ręce lekarza rodzinnego, okazał zainteresowanie sferą jego codziennego funkcjonowania w środowisku domowym i w szerszych układach społecznych, myśląc o społecznych konsekwencjach choroby, a przede wszystkim leczenia, odwołując się do ról społecznych i relacji społecznych swoich pacjentów. Michel Foucault wskazywał, że ocena jakości życia chorych stanowi kolejny przejaw biowładzy i biopolityki [Foucault 1998].

Obecnie obowiązuje definicja WHO [WHOQOL 1995], zgodnie z którą jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowi-

skowymi”. W takim ujęciu termin „oznacza kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań [WHOQOL 1995]. Inne ujęcie zakłada, że jakość życia może być oceniana na podstawie różnicy pomiędzy aktualnym stanem zdrowia a stanem funkcjonalnym i aspiracjami jednostki, wynikającymi z oczekiwań społecznych i porównań z innymi osobami (*gap theory*) [Carr, Higginson 2003; Carr i in. 2003].

Jakość życia ocenia się w kontekście tego, jak pacjenci postrzegają swoje zdrowie oraz poziom satysfakcji z różnych wymiarów swojego życia, co przekładać się może także na zadowolenie z przebytego leczenia. Definicja opracowana przez WHO odwołuje się do faktu, że nadzieje i oczekiwania chorego są modyfikowane przez jego doświadczenia w zmaganiu się z chorobą i wskazuje na indywidualną percepcję statusu, wyznaczonego chorobą oraz na indywidualną ocenę obecnej sytuacji, w porównaniu do idealnego, oznaczającego możliwość realizacji ważnych życiowo zadań. Od lat toczy się dyskusja związana z teoretycznymi podstawami jakości życia, uwarunkowanej stanem zdrowia [Rosenberg 1995]. Początkowo w badaniach odwoływano się do strukturalizmu funkcjonalnego, kierując się zasadą, że wyleczenie powinno zmierzać do ponownej aktywizacji społecznej [Bowling 2003].

Ujęcie fenomenologiczne zakłada, iż jakość życia jest pojęciem relatywnym, zależnym od percepcji oraz interpretacji dokonanej przez chorego. Takie podejście dowodzi, że mierzenie różnych wymiarów jakości życia nigdy nie jest pełne, ponieważ nie ma pewności, czy wszystkie ważne dla danego człowieka aspekty życia zostały uwzględnione. Modele oceny jakości życia były budowane na różnych przesłankach: na teorii potrzeb, pojęciu satysfakcji życiowej (*life satisfaction*) i dobrostanu społecznego (*social well-being*) oraz na koncepcji sieci relacji społecznych (*social network*) i wsparcia społecznego (*social support*). Modele psychologiczne koncentrują się przede wszystkim na możliwościach rozwoju jednostek i kontrolowania różnych wymiarów życia, kompetencjach i zdolności do adaptacji [Tobiasz-Adamczyk 2009].

Jakość życia odwołuje się także do koncepcji wskazującej na stopień możliwości realizacji nadziei i aspiracji. Konsekwencje choroby mają zróżnicowany wpływ na indywidualną sytuację życiową poszczególnych chorych w sześciu wymiarach życia: stan funkcjonalny; aktywność społeczna oraz interakcje społeczne, stosunki społeczne; finanse lub praca zawodowa; stan emocjonalny; wyobrażenie o własnym ciele i poczucie własnej wartości. Zaproponowany przez Pescosolido [2011b] *Network Episode Model* daje szansę wyjaśnienia nowego

obszaru badawczego, tj. roli opiekunów, przede wszystkim nieformalnych, ale również formalnych, w przebiegu trajektorii choroby nowotworowej. Rola rodziców – opiekunów dzieci chorych na raka, opiekunów rodzinnych, a także opiekunów wywodzących się z grupy przyjaciół, sąsiadów w odniesieniu do chorych będących w trakcie terapii (np. chemioterapii, radioterapii), wracających do „zdrowia” po przebytych terapiach, w sytuacji nawrotu choroby – przerzutów, utrzymujących się objawów choroby (spadku energii życiowej, zmęczenia, ograniczeń w stanie funkcjonalnym), doświadczenia związane z opieką i dawanie różnych form wsparcia wskazują na znaczenie sił społecznych zaangażowanych w oddziaływanie wsparcia społecznego. Badanie jakości życia opiekunów chorych na choroby nowotworowe (dzieci, osób dorosłych, osób starszych) ukazuje również koszty społeczne i zdrowotne, wynikające z pełnienia tych ról.

W badaniach nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia (HRQOL) przedstawiony *Network Episode Model* wydaje się oddawać istotę tej koncepcji, tj. odwołanie się do subiektywnych ocen doświadczeń życia z chorobą, konsekwencjami choroby lub konsekwencjami leczenia przez osobę, która chorowała lub nadal choruje na chorobę nowotworową i z tego powodu przeszła lub przechodzi określoną terapię. W odniesieniu do pewnych typów choroby doświadczenia te mogą mieć szczególne znaczenie dla relacji pomiędzy chorym/rekonwalescentem a siecią jego relacji (np. oddychanie za pomocą rurki tracheotomijnej przez chorego leczonego z powodu raka krtani, utrata piersi lub jej rekonstrukcja u chorych z rakiem sutka, sztuczny odbyt, stomia, u chorych z rakiem jelita grubego). W dotychczasowych badaniach odwoływano się do założeń teoretycznych, wynikających z:

- koncepcji funkcjonalnych – określających jakość życia chorych przewlekłe w kategoriach możliwości pełnienia przez nich ról społecznych oraz stopnia aktywności w różnych dziedzinach życia społecznego;
- koncepcji choroby i niepełnosprawności traktowanej jak wielowymiarowa dewiacja, a w jej konsekwencji naznaczenia społecznego (etykietowania/labellingu);
- symbolicznego znaczenia choroby-niepełnosprawności w danej kulturze;
- koncepcji choroby-niepełnosprawności, stanowiącej stresujące wydarzenie życiowe, strategię radzenia sobie z trudną sytuacją (*coping strategy*) i adaptacją;
- koncepcji choroby-niepełnosprawności jako podstawy nierówności społecznych, decydującej o niejednakowych szansach życiowych w osiąganiu cenionych społecznie wartości; wyznaczającej mechanizmy selekcji społecznej, opartej na stanie zdrowia i uruchamiającej mechanizmy społecznego wycofywania się, utraty niezależności, popadania w zależność od innych;

– reakcji społecznych na chorobę-niepełnosprawność, których wyrazem są postawy różnych grup społecznych wobec osób chorych, niepełnosprawnych, decydujące o stopniu dystansu społecznego pomiędzy zdrowymi a chorymi, którego wyrazem może być integracja lub izolacja społeczna [Tobiasz-Adamczyk 2009].

Hierarchiczny model konceptualizacji jakości życia został opracowany na użytek badań klinicznych przez Berta Spilkera 1990 [za: Arnold i in. 2004]. Model ten obejmuje trzy poziomy konceptualizacji pojęcia jakości życia: od najbardziej ogólnego (poziom I) do określającego wskaźniki, jakimi można posługiwać się badając różne wymiary jakości życia (poziom III). Ogólna ocena jakości życia jest według tego modelu utożsamiana z ogólną satysfakcją z życia i ogólnym dobrostanem (*well-being*).

Nie zawsze występuje zgodność pomiędzy obiektywnym stanem zdrowia a samooceną jakości życia lub oceną dokonaną przez chorego, profesjonalistów medycznych lub przez osoby zdrowe, a także przez różnych chorych w podobnej sytuacji zdrowotnej. Chorzy mogą bardzo wysoko oceniać jakość swojego życia na przekór obiektywnym ocenom dokonywanym przez lekarzy lub mogą wskazywać na pozytywne zmiany jakości życia, czego nie potwierdzają obiektywne wskaźniki kliniczne. Zdarza się, że lekarze mają trudności w zrozumieniu tych „zawyżonych” ocen, dokonywanych przez samych chorych. Julia Addington-Hall [Addington-Hall, Kalra 2003] przytacza przykłady oceny jakości życia przez chorych w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, którzy wprawdzie przyznawali się do obniżenia stanu funkcjonalnego, ale nie dotyczyło to innych wymiarów jakości życia. Podobnie chorzy znajdujący się w hospicjum potwierdzali obniżenie dwóch wymiarów jakości życia, tj. psychofizjologicznego samopoczucia i stanu funkcjonalnego, natomiast nadal dobrze oceniali społeczny i spirytualny (duchowy) wymiar. Ten paradoks próbuje się wyjaśnić zmianami, jakie wystąpiły w wyznaczonych przez chorych priorytetach, które w ostatnim okresie życia mogły się zmienić.

Ocena jakości życia jako efektu leczenia lub określonej interwencji jest pojęciem dynamicznym, może się zmieniać i oznaczać reakcję (*response shift*), wynikającą z dokonującej się zmiany w samodefiniowaniu konstruktów, będącego przedmiotem osądu (tj. jakości życia) na skutek zmiany standardów oceniania przez ocenającego, zmiany systemu wartości (w ocenie ważności lub kryteriach ważności różnych wymiarów życia). Zależy od czasu, w którym jest dokonywana, jakkolwiek często trudno jest ustalić, kiedy „trajektoria choroby” była oceniana. Reakcja na chorobę ma charakter indywidualny i nawet obserwacje kliniczne, które koncentrują się na ocenie konsekwencji choroby w zbliżonym lub tym sa-

mym przedziale czasu, jaki upłynął od zakończenia terapii mogą nie uwzględniać różnych stadiów reakcji psychospołecznej na chorobę.

JAKOŚĆ ŻYCIA UWARUNKOWANA STANEM ZDROWIA A ŻYCIE „PO RAKU” LUB „Z RAKIEM”

David Victorson i in. [2007], wskazując na modele określające jakość życia osób, które przeżyły chorobę nowotworową (odwołując się do klasycznej definicji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia, w myśl której zdrowie to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby, 1948), podkreśla wielowymiarowość i hierarchiczność wymienianych wymiarów zdrowia. Zdrowie fizyczne obejmuje stan funkcjonalny/poziom niepełnosprawności oraz utrzymywanie się symptomów/komplikacji; zdrowie psychiczne dotyczy również stresu emocjonalnego, dobrostanu psychologicznego, postrzegania zdolności poznawczych oraz wymiaru spirytualnego (duchowego, związanego z problemami egzystencjalnymi); zdrowie społeczne jest mierzone statusem społeczno-ekonomicznym, zmianami w pełnionych rolach i stosunkach społecznych, postrzeganiem otrzymywanego wsparcia społecznego i satysfakcją z tego wsparcia oraz partycypacją społeczną.

Obiektywnie jakość życia w chorobach nowotworowych mierzona jest długością przeżycia, rozwojem choroby, konsekwencjami leczenia, możliwością kontrolowania symptomów. Subiektywny wymiar jakości życia oznacza sposób, w jaki pacjent (były pacjent) ocenia wpływ choroby na aktywność społeczną oraz fizyczne, psychiczne i społeczne samopoczucie [Bowling 1995]. Wiele badań dowodzi, że diagnoza medyczna w przypadku choroby nowotworowej, przebieg choroby i leczenie mają olbrzymi wpływ nie tylko na pacjenta, lecz także na całą jego rodzinę, np. rak piersi u kobiet wywołuje stres psychiczny, poczucie seksualnej dysfunkcji, izolację społeczną. Poczucie zmęczenia jest dominujące wśród kobiet z rakiem piersi, leczonych paliatywnie, a chęć przebywania w środowisku domowym – tak długo jak jest to możliwe – charakteryzuje chorych bez pozytywnych rokowań. Stopień przystosowania się chorego do choroby jest zależny od przekonania, że panuje nad swoją chorobą, jakkolwiek kontrolowanie sytuacji, szczególnie w przypadku choroby nowotworowej, jest zmienne [Payne 1992].

Szczególnie w takich chorobach nowotworowych jak rak piersi, szyjki macicy, prostaty, jelita grubego lub odbytnicy (po pewnego typu zabiegach), przebyte leczenie może prowadzić do rozlicznych dysfunkcji w realizacji potrzeb seksualnych. Konsekwencje choroby i leczenia w przypadku raka piersi,

ale także raka narządów rodnych, związane z całkowitym ich usunięciem nie pozostają bez wpływu na życie seksualne kobiet [Wronkowski, Brużewicz 2007]. Badania przeprowadzone wśród pacjentek Centrum Onkologii w Warszawie potwierdziły istotny wpływ choroby i leczenia na samoocenę pacjentek i ich relacje seksualne z partnerem. Jak podkreślają autorzy, „zachowania seksualne partnerów zależały od relacji poprzedzających chorobę – jeśli wcześniej były bardzo dobre lub dobre, pozostawały niezmienione, podobnie jak atrakcyjność kobiety. W przypadkach, kiedy przed rozpoznaniem raka piersi były mierne, niezbyt dobre lub złe – choroba i leczeniem były pretekstem do opuszczenia przez partnera – powody opuszczenia przez partnera były różne, od obawy przed «zarażenia się nowotworem» do negatywnej zmiany atrakcyjności seksualnej partnerki” [Wronkowski, Brużewicz 2007].

R. Kaplan [1982] zwracał uwagę, że jakość życia chorych, którzy przeszli leczenie z powodu choroby nowotworowej może nie przeszkadzać w społecznym funkcjonowaniu człowieka, natomiast możliwość wznowy, przerzutów pozostawia otwartym pytanie, jak długo ten stan po wyleczeniu będzie się utrzymywał, a zatem na jak długo chory może planować swoją przyszłość. Ta niepewność może rzutować na postawy społeczne wobec chorych – nie planujemy jego/jej obecności, nie snujemy planów, bo nie wierzymy, że zostaną zrealizowane.

Dotychczasowe badania nad jakością życia w chorobach nowotworowych koncentrują się na okresie następującym po zastosowaniu różnego typu leczenia (chirurgicznego, chemioterapii itd.) [Knippenberg i in. 1992; Schweitzer i in. 1995; Maas 1991]. Badanie jakości życia 92 chorych z rakiem odbytu w 3 i 6 miesięcy po operacji miało na celu zweryfikowanie hipotezy, że długość przeżycia chorych na raka zależy od postawy psychospołecznej chorego po usłyszeniu diagnozy stwierdzającej chorobę nowotworową, tj. odrzucenia postawy „bycia pasywnym i pozbawionym nadziei” i przyjęcia postawy „walki z chorobą”. Badania te nie potwierdziły zależności pomiędzy postawą wobec życia a długością przeżycia chorych z rakiem odbytu [Richardson 1990].

Określanie kobiet wyleczonych mianem osób, które „przeżyły” (*survivals*) ma również symboliczne znaczenie. Jakość życia kobiet, które przeszły z sukcesem chorobę nowotworową (*breast cancer survivals*) jest wyznaczona dobrostanem fizycznym, stanem funkcjonalnym, witalnością, jakością snu. Dobrostan psychologiczny jest mierzony poczuciem niepewności, napięć i depresji, funkcjami poznawczymi, umiejętnością koncentracji, zdolnością komunikacji, wsparciem emocjonalnym, izolacją/porzuceniem. O dobrostanie społecznym decydują pełnione role i stosunki społeczne, zdolność do okazywania emocji i poczucie seksualności, wygląd zewnętrzny i koncepcja własnej osoby, „zasoby finansowe

i zatrudnienie, a o dobrostanie w wymiarze duchowym – znaczenie przypisywane chorobie, religijność, transcendencja, nadzieja, poczucie siły wewnętrznej” [Knobf 2007].

Nawet skuteczne wyleczenie raka piersi nie pozbawia kobiet poczucia lęku przed nawrotem choroby, odczuwanymi zmianami w nastrojach (martwienie się, smutek, frustracja, gniew, pytanie: „dlaczego ja?”); nie cofa konieczności przystosowania się rodziny do nowej sytuacji zdrowotnej kobiety, myślenia o kosztach związanych z chorobą i szansach powrotu do pracy. Lęk przed nawrotem choroby lub ryzykiem przerzutów do innych narządów są wyznacznikami jakości życia nie tylko samej kobiety, lecz także całej jej rodziny. Te reakcje są zrozumiałe z punktu widzenia charakteru choroby nowotworowej, stresującej i grożącej utratą życia [Bloom 2007, 2011].

Wyniki dotyczące odległej w czasie (powyżej 5 lat) jakości życia pacjentek z rakiem piersi są różnorodne: niektóre wyniki wskazują na negatywne zmiany ogólnej jakości życia i jej poszczególnych wymiarów, inne nie potwierdzają stałej i negatywnej zmiany jakości życia. Ocena jest zwykle najniższa zaraz po zakończeniu terapii – później polepsza się, bo utracone w okresie chemioterapii włosy odrastają, skóra zniszczona radioterapią odradza się, kobieta uczy się, jak „tuszować” konsekwencje choroby poprzez odpowiedni ubiór, wraca do codziennej aktywności, ale jest to równocześnie okres, kiedy wsparcie ze strony rodziny może ulec obniżeniu, „bo wszystko wróciło do normy”, co, jak już wspomniano, nie jest prawdą, bo po kilku miesiącach powraca strach przed nawrotem choroby, utrzymuje się poczucie obniżonej atrakcyjności i seksualności, szczególnie w sytuacji utraty piersi po mastektomii i braku jej rekonstrukcji. Partner kobiety może być zmęczony rolą opiekuna i osoby stale udzielającej wsparcia.

Choroba nie „wybiera” kobiet ze względu na status społeczny, ale jakość życia pacjentek leczonych z powodu raka piersi zależy do ich statusu społeczno-ekonomicznego. Wraz z upływem czasu kobiety, które przeżyły chorobę wskazują na lepsze funkcjonowanie społeczne i emocjonalne oraz pozytywne myślenie o przyszłości, natomiast gorszy jest stan ich zdrowia fizycznego, odczuwają obniżenie aktywności seksualnej i satysfakcji seksualnej. Wiele badań potwierdza, że starsze kobiety (50 i więcej lat) lepiej przystosowują się do życia po przebytych leczeniu niż młodsze, co tłumaczy się faktem, że starsze kobiety mają lepiej ukształtowany system wsparcia społecznego. Kobiety, które wyżej oceniają wsparcie otrzymywane od rodziny, przyjaciół i szerszej sieci lepiej przystosowują się do życia w warunkach wyznaczonych chorobą lub konsekwencjami przebytego leczenia. Zmiany fizyczne są łatwiej akceptowane przez osoby starsze, trudniej przez młodsze.

Badania chorych po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego pokazują, że konsekwencje leczenia w postaci stomii w istotny sposób wpływają na jakość życia i znacząco ją różnicują w zależności od płci [Ross i in. 2007]. Kobiety w mniejszym stopniu niż mężczyźni kontrolują swoje emocje i swoje zachowania. Problemy dotyczące aktywności seksualnej zależą od płci – częściej mężczyźni niż kobiety ze stomią (sztuczny odbyt) potwierdzają takie problemy. Przynależność do niższej klasy społecznej, niski dochód i niski poziom wykształcenia mogą znacząco wpływać na możliwości zorganizowania samoopieki w sytuacji założenia stomii (brak wspierającej opieki). Obecność stomii może znaleźć wyraz w praktykach religijnych pacjentów, stanowiąc konsekwencję naznaczenia społecznego, ograniczeń w życiu społecznym i występującego stresu. Obniżona jakość życia oraz stres psychologiczny mogą być jednak niezależne od choroby (konsekwencja innych stresujących wydarzeń życiowych) [Sharpe, Curran 2006].

Identyfikacja społeczna i obraz własnej osoby są dwoma wyznacznikami odnalezienia się we własnym środowisku [Kelly 1992]. Badania nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia odzwierciedlają zadowolenie pacjenta z przebytego leczenia – z socjologicznego punktu widzenia badanie satysfakcji pacjentów może być źródłem cennych informacji, szczególnie o interpersonalnych relacjach między zespołem terapeutycznym a chorym [Scambler 2010].

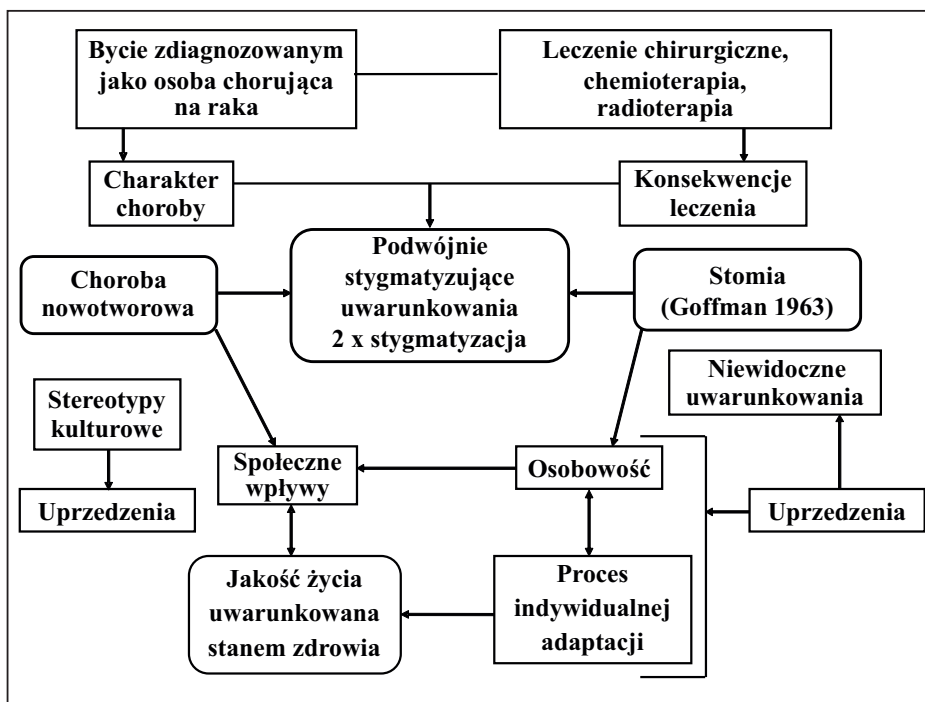
Ocena jakości życia chorego w sytuacji nawrotu choroby (raka piersi czy prostaty) jest często dokonywana przez członków jego rodziny, gdyż sami zainteresowani nie są w stanie lub nie wyrażają woli dokonania takiej oceny [Wilson i in. 2000]. Porównanie ocen jakości życia dokonanych przez samych chorych z ocenami dokonanymi przez bliskich krewnych i leczących ich lekarzy pokazało, że krewni w swych ocenach byli bliżsi ocenom samych chorych, natomiast opiekujący się chorymi lekarze w przypadku chorych na raka piersi oceniali niżej ogólną jakość życia, funkcjonowanie społeczne oraz możliwość pełnienia ról społecznych, natomiast w odniesieniu do chorych ze wznową raka prostaty niżej niż sami chorzy oceniali objawy bólowe towarzyszące chorobie [Wilson i in 2000].

Badania własne nad jakością życia pacjentów po przebytych leczeniu raka jelita grubego, przeprowadzone średnio 2,8 roku po leczeniu chirurgicznym za pomocą skali Dartmouth COOP Charts, pokazały, że większość pacjentów oceniała swoją kondycję fizyczną jako pozwalającą na podejmowanie wysiłku fizycznego (nawet ciężkiego). Swój stan emocjonalny pacjenci uznawali za dobry. Według nich, aktualne zdrowie fizyczne i stan emocjonalny nie powodowały żadnych trudności w wykonywaniu codziennych zajęć, ani nie utrudniały zwykłych kontaktów z innymi ludźmi. Ból odczuwany przez nich określany był jako bardzo

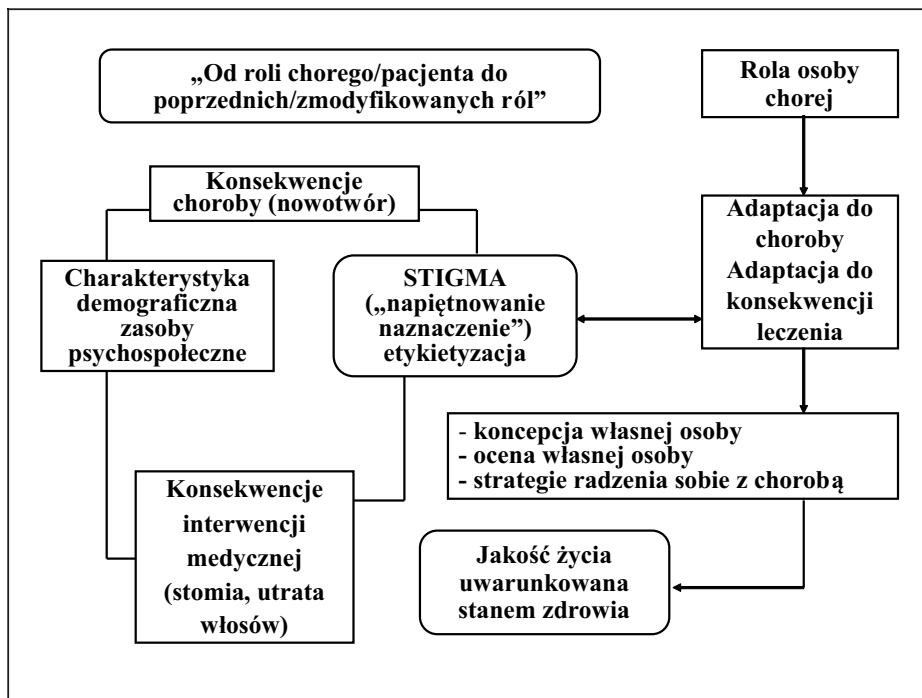
mały. Większość wyleczonych osób oceniała swoje zdrowie jako dobre. Badani doceniali wsparcie społeczne ze strony otoczenia, udzielane im we wszystkim, czego potrzebowali. Swoją ogólną jakość życia badani oceniali jako względnie dobrą. U badanych nastąpiła wyraźna poprawa oceny jakości życia w porównaniu do okresu przed operacją.

Badania własne pozwoliły na wypracowanie 2 modeli, określających wyznaczniki jakości życia, uwarunkowanej stanem zdrowia w odniesieniu do osób po przebytym leczeniu raka jelita grubego.

MODEL 1. Wyznaczniki jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w odniesieniu do chorych z rakiem jelita grubego (model własny)



MODEL 2. Wyjście z roli chorego na przykładzie chorych po leczeniu raka jelita grubego (model własny)



Chorzy ze wznową choroby nowotworowej często obawiają się, że leczenie (podawanie chemioterapii) zostanie wstrzymane, jeśli okaże się, że ich stan zdrowia jest bardzo zły; mogą oni nawet minimalizować swoje objawy, aby nadal mieścić się w grupie pacjentów „definiowanych” z punktu widzenia medycyny jako „rokujący nadzieję na poprawę” [Wilson i in. 2000].

W ostatnich latach pojawia się coraz więcej prac potwierdzających, że satysfakcja chorych i wysoka ocena jakości życia są predyktorami warunkującymi długość przeżycia w chorobach nowotworowych (np. rak trzustki, piersi), a więc jakość życia nabiera prognostycznego znaczenia, pozwalającego przetrwać lub wydłużyć walkę z chorobą [Lis i in. 2006], szczególnie w zaawansowanych stadiach choroby, np. rak piersi [Coates i in. 2000].

ROLA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Ostatnie lata przyniosły gwałtowny rozwój badań potwierdzających rolę wsparcia społecznego w sytuacjach stresu i poważnych zaburzeń stanu zdrowia [Ell 1996; Tjihuis i in. 1995]. Jak już wielokrotnie podkreślano, wsparcie społeczne ze strony męża/zony, partnera/partnerki oraz całej rodziny ma olbrzymie znaczenie w sytuacji diagnozy i przebiegu leczenia choroby nowotworowej. Wiele badań wskazuje, że przede wszystkim wsparcie ze strony rodziny i sieci relacji społecznych jest znaczącym wyznacznikiem pozycji społecznej kobiety po przebytym leczeniu raka piersi.

W swoich badaniach J. Bloom i Kessler [1994] dowiodły, że niektórzy przyjaciele pacjentów onkologicznych „znikają” na wieść o diagnozie „rak”, a osoba chora zostaje pozbawiona wsparcia w sytuacji, w której jest ono najbardziej potrzebne. Odrzucanie chorych z chorobami nowotworowymi przez otoczenie, pozostawianie ich bez wsparcia emocjonalnego wyjaśniają, według Bloom, dwa mechanizmy – piętno związane z pojęciem choroby nowotworowej oraz ograniczenia wynikające z tej choroby, rzutujące na aktywność osób chorych.

Choroba wymaga rozmowy chorującej kobiety z personelem leczącym ją, a także z jej rodziną – wiele młodych kobiet odczuwa brak wsparcia ze strony personelu medycznego i unikanie podawania informacji dotyczących szczególnie psychospołecznych aspektów choroby, np. konsekwencji odnoszących się do życia seksualnego. *Structured silence* oznacza niepodejmowanie i nieinicjowanie, zarówno przez same chore, jak i osoby je leczące, rozmowy lub dyskusji o sprawach, które – zdaniem kobiet – powinny być wyjaśnione [Knobf 2007]. Wiele osób poszukuje grup wsparcia dla chorych z rakiem, szczególnie w momencie usłyszenia diagnozy. Doświadczenia z wielu krajów, także doświadczenia polskie (np. Stowarzyszenie Amazonek), wskazują na znaczącą rolę grup wsparcia w pokonywaniu stresu związanego z lękiem przed chorobą – grupy te pomagają zrozumieć normalny przebieg choroby, oferują wsparcie emocjonalne i dają poczucie przynależności. W wielu krajach proponuje się tworzenie grup wsparcia, składających się z osób w podobnej sytuacji, co daje poczucie łączności i pozbawionej ocen akceptacji oraz przeciwdziała poczuciu izolacji. Wiele mechanizmów tłumaczy znaczenie wsparcia społecznego w odniesieniu do chorób nowotworowych. *Social Comparison Theory* [Festinger 1954] propaguje prezentowanie własnych doświadczeń związanych z rakiem w porównaniu do doświadczeń innych celem zrozumienia przeżyć, „normalizacji choroby” poprzez pozyskanie pozytywnych wzorów zachowań w chorobie, poprawienie oceny własnej osoby. W ramach *helper therapy* (terapia pomocnicza), Reissman

1965) panowanie nad sytuacją jest wypracowywane poprzez wzajemne wspomaganie się. Teoria narracyjna [Campbell 2004] zakłada, że wzajemne wspieranie się wytwarza pewną społeczną przestrzeń współdziałania. *Positioning theory* ukazuje, jak grupa wsparcia może budować poczucie panowania nad sytuacją i redukować stres. Zajmując pozycje interakcyjne, dostarcza wzajemnych informacji, empatii, zrozumienia, czyli tego, co „na zewnątrz” nie zawsze funkcjonuje. Grupa wsparcia, jeśli cechuje się dużym stopniem kohezji, daje poczucie przynależności, dzieląc kulturowo wytworzony model choroby [Ussher i in. 2006]. Wsparcia w chorobie poszukuje się również w religii, stąd rola wierzeń religijnych i spirytualnych dotyczących walki z chorobą – odwoływanie się do Boga, jego siły, z wiarą, że pomoże wyzdrowieć [King 1994].

ZAMIAST ZAKOŃCZENIA

Udział socjologów medycyny w badaniach nad zachowaniami w chorobie oraz jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia osób, które zwycięsko przeszły przez terapię lub zmagają się z chorobą nowotworową jest nadal wielkim wyzwaniem, wymagającym poszukiwania nowych metod badawczych, aby wyniki niosły ze sobą „siłę oddziaływania społecznego” i pozwoliły przekonać do *socio-power* w rozważaniach dotyczących losów chorych.

BIBLIOGRAFIA

- Achat H. et al. [1998], *Social networks, stress and health-related quality of life*, “Quality of Life Research”, Vol. 7.
- Addington-Hall J., Kalra L. [2003], *Who should measure quality of life*, [w:] A. J. Carr, I. J. Higginson, P. Robinson (eds.), *Quality of life*, London: BMJ Books.
- Alonzo A.A., Reynolds N.R. [1995], *Sigma, HIV and AIDS. An exploration and elaboration of a stigma trajectory*, “Social Science and Medicine”, Vol. 41: 303–315.
- Anagnostopoulos F., Efrosyni S. [2005], *Assessing illness representations of breast cancer. A comparison of patients with healthy and benign controls*, “Journal of Psychosomatic Research”, Vol. 58: 327–334.
- Arnold R. et al. [2004], *The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases*, “Quality of Life Research”, Vol. 13: 883–896.
- Berkman L.F., Kawachi I. [2000], *Social epidemiology*, Oxford: Oxford University Press.
- Bischoff M.I. et al. [2004], *Chronic disease and depression: the modifying role of psychosocial resources*, “Social Science and Medicine”, Vol. 59: 721–733.
- Blaxter M. [2009], *The case of the vanishing patient? Image and experience*, “Sociology of Health and Illness”, Vol. 31, No. 5: 762–778.

- Bloom J.R. [1982], *Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer*, "Social Science and Medicine", Vol. 16: 1329–1338.
- Bloom J.R. et al. [2007], *Quality of life in Long Term Cancer Survivors*, [w:] M. Feuerstein (ed.), *Handbook of cancer survivorship*, London: Springer.
- Bloom J.R. et al. [2011], *Quality of life of younger breast cancer survivors: persistence of problems and sense of well-being*, "Psycho-Oncology", DOI: 10.1002/pon.1965.
- Bloom J.R., Kessler L. [1994], *Emotional Support Following Cancer: A Test of the Stigma and Social Activity Hypotheses*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 35: 118–133.
- Bowling A. [2003], *Current state of the art in quality of life measurement*, [w:] A.J. Carr, I.J. Higginson, P. Robinson (eds.), *Quality of life*, London: BMJ Books.
- Bowling A. [1995], *Cancer*, [w:] A. Bowling, *Measuring disease*, Buckingham–Philadelphia: Open University Press.
- Bury M. [1982], *Chronic illness as biographical disruption*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 4: 167–182.
- Bury M. [1991], *The sociology of chronic illness: A review of research and prospects*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 13: 451–465.
- Carr A.J. et al. [2003], *Is quality of life determined by expectations or experience?*, [w:] A.J. Carr, I.J. Higginson, P. Robinson (eds.), *Quality of life*, London: BMJ Books.
- Carr A.J., Higginson I.J. [2003], *Are quality of life measures patient-centred?*, [w:] A.J. Carr, I.J. Higginson, P. Robinson (eds.), *Quality of life*, London: BMJ Books.
- Chapple A. et al. [2004], *Sigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study*, BMJ, DOI: 10.1136/bmj.38111.639734.7C.
- Charmaz K. [1983], *Loss of self. A fundamental form of suffering in the chronically ill*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 5: 168–195.
- Clarke A.E., Shim J. [2011], *Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine*, [w:] B. A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York–Dordrecht–Heidelberg–London: Springer.
- Clavel-Chapelon F., Joseph R., Goulard H. [1999], *Surveillance Behavior of Women with a Reported Family History of Colorectal Cancer*, "Preventive Medicine", Vol. 28: 174–178.
- Coates A.S. et al. [2000], *Quality-of-Life Scores Predict Outcome in Metastatic but Not Early Breast Cancer*, "Journal of Clinical Oncology", Vol. 18, No. 22: 3768–3774.
- Corner J. et al. [2006], *Experience of health changes and reasons for delay in seeking care: A UK study of the months prior to the diagnosis of lung cancer*, "Social Science and Medicine", Vol. 62: 1381–1391.
- Davies O., Nutley S.M., Mannion R. [2000], *Organisational culture and quality of health care*, "Quality in Health Care", Vol. 9: 111–119.
- De Maio F. [2010], *Health and social theory*, New York: Palgrave Macmillan.
- Due P. et al. [1999], *Social relations: network, support and relational strain*, "Social Science and Medicine", Vol. 48: 661–673.
- Elli K. [1996], *Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection*, "Social Science and Medicine", Vol. 42, No. 2: 173–183.
- Foucault M. [1995], *Historia seksualności*, Warszawa: Czytelnik.
- Foucault M. [1998], *Trzeba bronić społeczeństwa*, Warszawa: Wydawnictwo KR.

- Foucault M. [2009], *Nadzorować i karać*, Warszawa: Wydawnictwo Fundacja Alatheia.
- 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 and Medicine”, Vol. 39, No. 5: 715.
- Frank R.H. [1989], *Frames of reference and the quality of life*, “The American Economic Review”, Vol. 79, No. 2: 80–85.
- Ganz P. et al. [1996], *Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life*, “Breast Cancer Research and Treatment”, Vol. 38: 183–199.
- Garland-Thomson R. [2006], *Integrating disability, transforming feminist theory*, [w:] L.J. Davis (ed.), *The disability studies reader*, New York–London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Glaser B.G., Strauss A.L. [1968], *Time for dying*, New York: Aldine.
- Goffman E. [2005], *Piętno*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jutel A., Nettleton S. [2011], *Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities*, “Social Science and Medicine”, Vol. 73: 793–800.
- Kaplan R.M., Bush J.W. [1982], *Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis*, “Health Psychology”, Vol. 1, No. 1: 61–80.
- Kelly M.P. [1992], *Self, identity and radical surgery*, “Sociology of Health and Illness”, Vol. 14, No. 3: 390–415.
- Kelly M.P., Field D. [2005], *Medical sociology, chronic illness and the body*, [w:] G. Scambler (ed.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare*, London–New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- King M., Speck P., Thomas A. [1994], *Spiritual and religious beliefs in acute illness – is this a feasible area for study?*, “Social Science and Medicine”, Vol. 38, No. 4: 631–636.
- Klassen A. et al. [2007], *Developing a literature base to understanding the caregiving experience of parents of children with cancer: a systematic review of factors related to parental health and well-being*, “Support Cancer Care”, Vol. 15: 807–818.
- Knippenberg F.C. E., Out J.J., Tilanus H. [1992], *Quality of life in patients with esophageal cancer*, “Social Science and Medicine”, Vol. 35, No. 2: 139–145.
- Knobf M. T. [2007], *Psychosocial responses in breast cancer survivors*, “Seminars in Oncology Nursing”, Vol. 23, No. 1: 71–83.
- Levin R. [1999], *Cancer and the Self: How Illness Constellates Meaning*, [w:] C. Samson (ed.), *Health Studies. A Critical and Cross-Cultural Reader*, Oxford–Malden: Blackwell Publishers.
- Lieban R.W. [1992], *From illness to symbol and symbol to illness*, “Social Science and Medicine”, Vol. 35, No. 2: 183–188.
- Lis Ch.G., Gupta G., Grutsch J.F. [2006], *Patient Satisfaction with Quality of Life as a Predictor of Survival in Pancreatic Cancer*, “International Journal of Gastrointestinal Cancer”, Vol. 37, No. 1: 35–43.
- Maas A. [1991], *A model for quality of live after laryngectomy*, “Social Science and Medicine”, Vol. 33, No. 12: 1373–1377.
- Mathieson C.M., Stam H.J. [1995], *Renegotiating identity: cancer narratives*, “Sociology of Health and Illness”, Vol. 17, No. 3: 283–306.
- Mechanic D. [1978], *Medical Sociology*, London: Collier Macmillan Publishers.
- Mechanic D. [1992], *Health and illness behavior and patient-practitioner relationships*, “Social Science and Medicine”, Vol. 34, No. 12: 1345–1350.

- Montazeri A. [2008], *Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007*, "Journal of Experimental and Clinical Cancer Research", Vol. 27: 32, DOI:10.1186/1756-9966-27-32.
- Mor V. [1987], *Cancer patients' quality of life over the disease course: lessons from the real world*, "Journal of Chronic Diseases", Vol. 40: 535–544.
- Morrall P. [2009], *Sociology and Health. An introduction*, New York–London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Oliffe J. [2005], *Constructions of masculinity following prostatectomy-induced impotence*, "Social Science and Medicine", Vol. 60: 2249–2259.
- Ostrowska A. [2008], *Rozprawa z czasem w chorobie przewlekłej*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Paquette M.C., Raine K. [2004], *Sociocultural context of women's body image*, "Social Science and Medicine", Vol. 59: 1047–1058.
- Parsons T. [1978], *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa: PWN.
- Pavalko E.K., Willson A.E. [2011], *Life Course Approaches to Health, Illness and Healing*, [w:] B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (ed.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York–Dordrecht–Heidelberg–London: Springer.
- Payne S.A. [1992], *A study of quality of life in cancer patients receiving palliative chemotherapy*, "Social Science and Medicine", Vol. 35, No. 12: 1505–1509.
- Pescosolido B.A. [2011a], *Organizing the Sociological Landscape for the Next Decades of Health and Health Care Research: The Network Episode Model III-R as Cartographic Subfield Guide*, [w:] B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York–Dordrecht–Heidelberg–London: Springer.
- Pescosolido B.A. [2011b], *Taking "The Promise" Seriously: Medical Sociology's Role in Health, Illness, and Healing in a Time of Social Change*, [w:] B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York–Dordrecht–Heidelberg–London: Springer.
- Rancho A.V. et al. [2010], *The adaptive role of perceived control before and after cancer diagnosis: A prospective study*, "Social Science and Medicine", Vol. 70: 1825–1831.
- Richardson J.L. et al. [1990], *Psychosocial status at initiation of cancer treatment and survival*, "Journal of Psychosomatic Research", Vol. 34, No. 2: 189–201.
- Robinson I. [1990], *Personal narratives, social careers and medical courses. Analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis*, "Social Science and Medicine", Vol. 30: 1173–1186.
- Rosenberg R. [1995], *Health-related quality of life between naturalism and hermeneutics*, "Social Science and Medicine", Vol. 41, No. 10: 1411–1415.
- Ross L. et al. [2007], *Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma*. "Support Care Cancer", Vol. 15: 505–513.
- Sanders C., Rogers A. [2011], *Bodies in Context: Potential Avenues of Inquiry for the Sociology of Chronic Illness and Disability Within a New Policy Era*, [w:] B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York–Dordrecht–Heidelberg–London: Springer.

- Scambler G., Scambler S. [2010], *New directions in the sociology of chronic and disabling conditions. Assaults on the lifeworld*, New York: Palgrave Macmillan.
- Schweitzer R. et al. [1995], *Quality of life in chronic fatigue syndrome*, “Social Science and Medicine”, Vol. 41, No. 10: 1367–1372.
- Sharpe L., Curran L. [2006], *Understanding the process of adjustment to illness*, “Social Science and Medicine”, Vol. 62: 1153–1166.
- Siegrist, J., Junge A. [1990], *Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness*, “Psychotherapy and Psychosomatics”, Vol. 54: 90–98.
- Sontag S. [1999], *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*, [w:] C. Samson (ed.), Health Studies. A Critical and Cross-Cultural Reader, Oxford–Malden: Blackwell Publishers.
- Sontag S. [2006], *AIDS and its metaphors*, [w:] L.J. Davis (ed.), The disability studies reader, New York–London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Templelaar R. et al. [1989], *The social experiences of cancer patients under treatment: a comparative study*, “Social Science and Medicine”, Vol. 29, No. 5: 635–642.
- Thomas C. [2007], *Sociologies of disability and illness. Contested ideas in disability studies and medical sociology*, New York: Palgrave Macmillan.
- Tijhuis M.A. et al. [1995], *Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event*, “Social Science and Medicine”, Vol. 40, No. 11: 1513–1526.
- Tishelman C., Taube A., Sachs L. [1991], *Self-Reported symptom distress in cancer patients: reflections of disease, illness or sickness?* “Social Science and Medicine”, Vol. 33, No. 11: 1229–1240.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2000], *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2005], *Kilka uwag o socjologii choroby*, [w:] W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2006], *Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia*, [w:] K. Kawecka-Jaszcz, M. Klocek, B. Tobiasz-Adamczyk (red.), *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*, Poznań: Wydawnictwo Medyczne Termedia.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2009], *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Tobiasz-Adamczyk B., Szafranec K., Bajka J. [1999], *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*, Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Turner B.S. [2005], *Disability and the sociology of the body*, [w:] G. Scambler (ed.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare*, London–New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Twaddle A.C. [1973], *Illness and deviance*, “Social Science and Medicine”, Vol. 7:751–762.
- Ussher J. et al. [2006], *What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer*, “Social Science and Medicine”, Vol. 62: 2565–2576.
- Victorson D. et al. [2007], *Measuring Quality of Life in Cancer Survivors*, [w:] M. Feuerstein (ed.), *Handbook of Cancer survivorship*, New York: Springer.

- WHOQOL Group [1995], *The world health organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organisation*, "Social Science and Medicine", Vol. 41: 1403–1409
- Williams S.J. [2005], *Is anybody there? Critical realism, chronic illness and the disability debate*, [w:] G. Scambler (ed.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare*, London–New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Wilson K.A. et al. [2000], *Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians*, "Quality of Life Research", Vol. 9: 1041–1052.
- Wrótkowski Z., Brużewicz . [2007], *Problemy seksualne kobiet po leczeniu nowotworów*, [w:] A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.

Beata Tobiasz-Adamczyk

LIFE IN THE FRAMEWORK OF CANCER – THE ROLE OF MEDICAL SOCIOLOGY

Abstract

Following the development of the sociology of illness and observed changes in relation to used theoretical frameworks and paradigms, special attention has been paid to cancer due to psychosocial consequences of cancer diagnostics, medical treatment and "living with cancer". Based on empirical experiences coming from performed sociomedical studies, the role of illness behaviors in cancer patients and subjective assessment of health-related quality of life by survivals have been presented in the increasing "society of remission".

Key words: sociology of illness, living with cancer, illness behaviours in cancer patients, health-related quality of life

MIECZYŚLAW GAŁUSZKA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

NOWE ZJAWISKA W RELACJI LEKARZ – PACJENT W KONTEKŚCIE ROZWOJU INTERNETU

Streszczenie

W artykule prezentowane są zmiany, jakie dokonują się w relacjach lekarz – pacjent pod wpływem rozwoju nowych technologii komunikowania, a zwłaszcza Internetu. Autor przedstawia wybrane modele, których tendencją jest odchodzenie od paternalizmu tradycji Hipokratesowej i rezygnacja z władzy lekarza na rzecz poszerzenia autonomii, podmiotowości i odpowiedzialności pacjenta. W realnych sytuacjach na kształt relacji lekarz – pacjent mają wpływ uwarunkowania polityczne, gospodarcze, społeczne. Powstanie telemedycyny i wykorzystanie Internetu w opiece zdrowotnej zmienia tradycyjny układ zależności oparty na władzy-wiedzy. Pojawiają się pojęcia charakteryzujące nowe sytuacje komunikacyjne, np. e-pacjent, e-zdrowie, e-lekarz, które zmieniają kontekst relacji lekarz – pacjent. Internet popularyzuje wiedzę medyczną, pozbawiając ją „aury tajemniczości”, staje się przestrzenią nowych relacji i form komunikacji o zdrowiu, chorobie i medycynie.

Słowa kluczowe: relacja lekarz – pacjent, telemedycyna; e-pacjent; e-zdrowie

KONTEKSTY I TŁO ZMIAN W RELACJACH LEKARZ – PACJENT

Komunikacja między lekarzem a pacjentem jest kluczowa dla efektów leczenia na wszystkich poziomach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W latach 60. XX w. ujawniono, że sukces procesu terapeutycznego zależy nie tylko od badania i stosowania nowoczesnych technologii medycznych, lecz także od sposobu przeprowadzenia rozmowy z pacjentem. Doskonalenie umiejętności

* Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: socjomedumlodz@poczta.onet.pl

komunikacyjnych lekarza stało się przedmiotem badań i opracowań dydaktycznych [Ley 1988; Barański, Waszyński, Steciwko 2000; Gordon, Edwards 2009]. Dla opieki zdrowotnej w Polsce istotne są praktyczne wnioski, wynikające z rozważań badaczy, usprawniające komunikację i redukujące zakłócenia. Komunikacja lekarz – pacjent przebiega odmiennie w trzech podstawowych działach współczesnej medycyny: profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji. Również trzy podstawowe piony opieki zdrowotnej: leczenie otwarte (np. przychodnie opieki podstawowej, gabinety specjalistyczne, lekarz rodzinny), leczenie zamknięte (np. kliniki, szpitale, sanatoria) oraz pomoc doraźna (pogotowie ratunkowe, ratownictwo medyczne) inaczej określają role lekarzy i pacjentów. Należy podkreślić, że relacje między lekarzami i pacjentami są końcowym etapem komunikacji różnych podmiotów wewnątrz i na zewnątrz systemu opieki zdrowotnej. Polityka zdrowotna państwa, w której ramach są inicjowane i dokonywane reformy systemów zdrowotnych, tworzy skomplikowany układ zależności, mających wpływ na relację lekarza z pacjentem [Włodarczyk, Paździoch 2001]. Dlatego ważne są wszelkie decyzje ustawowe rządu, podejmowane w sektorze zdrowia. Pakiet ustaw zdrowotnych wprowadzanych od początku 2011 r. ma doprowadzić do modernizacji systemu zdrowotnego, który – w intencji ustawodawcy – lepiej będzie zaspokajał potrzeby pacjentów [Gałuszka 2010].

Modele relacji lekarz – pacjent są przedmiotem badań w wielu dyscyplinach naukowych, a uzyskane wyniki zwracają uwagę na różne aspekty komunikowania i efektywność leczenia. Poszczególne ujęcia mają charakter procesualny, są wynikiem intelektualnego wysiłku teoretyków, nagromadzonego materiału empirycznego, panującej mody lub współistniejących paradygmatów uprawiania medycyny i innych nauk podejmujących tematy zdrowia i choroby [Tobiasz-Adamczyk 2002]. Wszystkie modele zwracają uwagę na to, że opieka zdrowotna skupia się na przekazaniu choremu tego, czego sam nie posiada – specjalistycznej wiedzy, zrozumienia problemu zdrowotnego, umiejętności terapeutycznych, podjęcia decyzji o sposobach leczenia, ordynowania leków. Jednakże informacje te mogą być komunikowane przez lekarzy i inny personel medyczny na różne sposoby, przy pomocy rozlicznych kanałów przekazu, z większym lub mniejszym udziałem i zainteresowaniem pacjentów. Sposób komunikowania się z pacjentem i umiejętności psychospołeczne wydają się kluczowe dla efektywności medycznej. Zarówno lekarz jak i pacjent wchodzi ze sobą w relację wykonując w społeczeństwie różne role społeczne i zawodowe, wnosząc багаż własnych doświadczeń socjalizacyjnych, postaw, wartości i przekonań światopoglądowych oraz problemów egzystencjalnych. Ramą wyjściową narzucającą model relacji jest stan zdrowotny pacjenta, do którego lekarz powinien dopasować procedury

medyczne i sposoby komunikowania. Według modelu biomedycznego zdrowia, który stanowi podstawę współczesnej medycyny, zasadniczy wpływ na relację między lekarzem a pacjentem wywiera rozwój nauk biomedycznych i technologii medycznych. Medycyna współczesna ukształtowała się pod wpływem mechanicznej teorii przyrody Kartezjusza, czego konsekwencją było dzielenie ciała człowieka na części, którymi zajmują się inni specjaliści. Leczenie przebiegało w ramach wąskich specjalizacji, które koncentrują się na chorobie, a nie na pacjencie traktowanym jak integralna osoba. Sformułowanie przez L. Pasteura specyficznej teorii chorób zakaźnych przyczyniło się do dalszej technologizacji oraz instrumentalizacji medycyny. Przemiany medycyny postpasteurowskiej osiągnęły kulminację w tzw. ideologii szpitalnej, której głównymi założeniami są dyrektywy: „wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi; zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów; śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka człowieka może spotkać” [Szewczyk 1996: 29–30]. Scjentyistycznie zorientowana medycyna podparła się przez długi czas kodeksami etycznymi, które odwoływały się do tradycji Hipokratesowej, chociaż w warunkach ekspansji nowoczesnych technologii medycznych formuła ta nie spełniała pragmatycznych zadań. Zapotrzebowanie na rozstrzygnięcie dylematów etycznych, wynikających z rozwoju naukowej i zdominowanej technologią medycyny było przyczyną powstania bioetyki, formułującej prawa i zasady etyczne oparte na różnych systemach aksjologicznych. Ewolucja bioetyki pokazuje, jak trudno jest formułować zasady, które powinny być przestrzegane przez lekarzy w relacjach z pacjentami [Baker i in. 1999; Szewczyk 2009]. Zasada swobody klinicznej i różne wersje relacji paternalistycznych wynikały z przyznania lekarzom instytucjonalnych uprawnień do podejmowania decyzji i budowania autorytetu opartego na wiedzy. Władza wynikająca z wiedzy daje lekarzom i instytucjom medycznym możliwość działania na kilku poziomach, np. nadzorowanie procesu terapeutycznego, narzucanie ograniczeń pacjentom poprzez definiowanie medyczne choroby, kontrolowanie roli chorego i definiowanie uprawnień do bycia chorym, charakteryzowanie relacji zależności w procesie interakcji społecznej [Stefaniak 2011]. W ujęciu biomedycznym zadania lekarza pozostają nadal na poziomie „naprawy zepsutej części organizmu”, a relacja lekarz – pacjent przybiera postać relacji lekarz – choroba. Podejmowane przez pozamedyczne środowiska dyskursy o instrumentalnym traktowaniu pacjenta w szpitalach spotykają się z zainteresowaniem lekarzy, lecz nie zmieniają zasadniczego nastawienia biomedycznego. Na poziomie lingwistycznym i praktycznym lekarze posiadają wiedzę niedostępną dla laików, odwołują się do medycyny opartej na biomedycznych dowodach naukowych (*Evidence-Based Medicine*). Z perspektywy innych dyscyplin zajmujących się

medycyną powstające modele relacji lekarz – pacjent uwzględniają szeroki kontekst moralnych, religijnych, społecznych, psychologicznych, ekonomicznych i politycznych uwarunkowań. Socjologia medycyny zakłada, że kontakt lekarza z pacjentem jest faktem społecznym, stanowi część systemu społecznego, w którym role lekarza i pacjenta są artykułowane w kontekście stosunków, wartości i norm społecznych. Fenomenologicznie zorientowana teoria A. Schutza [1984] zwróciła uwagę na „rzeczywistość życia codziennego”, w której istnieją bogate zasoby subiektywnej i intersubiektywnej wiedzy medycznej. Postulat przeniesienia badań z tzw. medyczno-obiektywnych wyznaczników zdrowia i choroby na proces subiektywnego budowania znaczenia, jakie jednostki przypisują zachowaniom w zdrowiu i chorobie, otwierał nowe możliwości dla definiowania ról chorego i lekarza. Obserwacja nadawania znaczeń i budowania strategii życia codziennego w chorobie prowadziła do uznania subiektywnej wiedzy za ważny składnik informacji paramedycznej, tworzonej w różnych warunkach kulturowych, społecznych i historycznych. Działalność zdrowotna „laików medycznych”, marginalizowanych w dyskursie biomedycznym, staje się ważnym składnikiem socjologicznej perspektywy ujmowania problematyki zdrowia i choroby. Dynamiczny rozwój tzw. medycyny niekonwencjonalnej i badań nad leczeniem niemedycznym, istniejącym poza formalnym systemem ochrony zdrowia, prowadzi do wniosku, że lekarze muszą zrewidować popularny w środowisku medycznym pogląd, że są jedynymi ekspertami od zdrowia [Piątkowski 2008]. Socjologowie prowadzą badania empiryczne zmierzające do weryfikacji założeń modeli teoretycznych. Sondáže opinii na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej pokazują, jakie są oczekiwania społeczne kierowane wobec lekarzy i innego personelu medycznego. Powtarzający się zestaw cech osobowych lekarza, niezależnie od ustroju społecznego obejmuje: poszanowanie dla życia i zdrowia człowieka, respektowanie godności i praw pacjenta, rzetelność w wykonywaniu obowiązków, sprawiedliwość, odpowiedzialność i działanie na rzecz dobra pacjenta. Wobec dynamicznych zmian rzeczywistości i powiększania się obszaru ryzyka zdrowotnego, wynikającego z przemian cywilizacyjnych, rozwoju nowoczesnych technologii medycznych oraz przemysłu farmaceutycznego kluczowe stają się, badane przez socjologów, procesy medykalizacji i wpływu inżynierii genetycznej na kondycję gatunku ludzkiego [Wieczorkowska 2008]. Rozbudowany w teorii socjologicznej projekt zaufania społecznego, stanowiącego fundament życia społecznego jest odpowiedzią na dylematy i kontrowersje, związane z ryzykiem biomedycznym wynikającym z procesów modernizacyjnych [Sztompka 2007; Gałuszka 2008]. Zmiany w postrzeganiu choroby i zdrowia, związane z syndromem przemian

postmodernistycznych w kulturze i społeczeństwie, także wpływają na nowe definiowanie ról lekarza i pacjenta.

Również psychologowie stwierdzają, że rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjenta odbywa się nie tylko na poziomie medycznym, lecz także na płaszczyźnie psychologicznej, uwzględniającej w procesie leczenia postawy, motywy, emocje [Salmon 2002; Heszen, Sęk 2007]. Lekarz wykorzystuje wszystkie środki psychologiczne, aby oddziaływać na pacjenta w rozwiązaniu jego problemu zdrowotnego. Zachowanie pacjenta w chorobie jest uzależnione zarówno od sposobu przekazywania informacji medycznych, jak i od umiejętności poznawczych pacjenta, a także jego stanu emocjonalnego. Badania pokazują, że sytuacje lekarz – pacjent mają charakter głównie zadaniowy i powinny być nastawione na cele zdrowotne. Jednak na poziomie relacji interpersonalnych pojawiają się również inne cele, np. komunikowanie intencji i potrzeb, ekspozycja władzy i zależności, motywacje i interesy pozamedyczne [Barański, Waszyński, Steciwko 2000]. Warto podkreślić, że na styku medycyny i psychologii pojawiają się nowe subdyscypliny, np. psychoonkologia, w których badacze odwołują się do różnych teorii i kierunków psychologicznych, zwracając uwagę na odmienne aspekty relacji lekarz – pacjent. Relacje lekarz – pacjent w psychoterapii stanowią oddzielny obszar pogłębionych refleksji, wykorzystujących określone teorie i opracowane techniki terapeutyczne.

Kontekst ekonomiczny i marketingowy opieki zdrowotnej i medycyny sprowadza relację lekarz – pacjent do przedsięwzięcia komercyjnego, w którym usługi zdrowotne traktuje się jak towar podlegający mechanizmom rynkowej konkurencji. Do opisu tradycyjnie rozumianego kontaktu lekarza z pacjentem wprowadzane są kategorie ekonomiczne: konsument, koszt, zysk, podaż, popyt, maksymalizacja użyteczności, planowanie marketingowe [Suchecka 2010; Kotler, Shalowitz, Stevens 2011]. W przypadku koordynowanej opieki zdrowotnej wyróżnia się finansowanie otwarte – na podstawie uprawnień oraz zamknięte finansowanie budżetowe, w których rząd, płatnicy, dostawcy, ubezpieczyciele przyjmują odmienne funkcje i obowiązki. W każdym z systemów finansowania pozycja lekarza i pacjenta jest różna, skłaniająca do oszczędności bądź wzmożonego korzystania z tzw. „cudzych pieniędzy” [Getzen 2000]. Zdroworozsądkowe podejście sugeruje, że lekarz jest zainteresowany maksymalizacją dochodów, a pacjent – ograniczaniem wydatków na usługi medyczne i utrzymaniem wysokiego poziomu zdrowia. Relacja lekarz – pacjent zamienia się w relację pacjent – usługodawca. Pacjent przyjmuje rolę konsumenta usług zdrowotnych bądź „zarządzającego” własnym zdrowiem, jest traktowany jak klient kupujący usługę medyczną. Ważnym składnikiem relacji lekarz – pacjent jest także przemysł

i marketing farmaceutyczny. Producentom leków chodzi o zyski i zwiększenie sprzedaży leków, do czego również angażują lekarzy, sponsorując ich na różne sposoby, budzące często wątpliwości etyczne. Tajemnicą poliszynela jest, że przemysł farmaceutyczny sponsoruje bądź, dosadniej określając, korumpuje lekarzy [Polak 2011]. Wyniki badań empirycznych ujawniają mechanizmy działalności przedstawicieli medycznych, mających bogaty zestaw manipulacyjnych narzędzi marketingowych [Makowska 2010].

Kluczowa dla zmian relacji lekarz – pacjent jest polityka zdrowotna państwa realizowana poprzez nowe ustawodawstwo. Po wprowadzeniu powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych państwo przejęło rolę płatnika finansującego system zdrowotny z podatków obywateli. Od NFZ zależą kontrakty z zakładami opieki zdrowotnej, wycena procedur medycznych, alokowanie i racjonowanie ograniczonych środków medycznych. Rząd i inne podmioty administracji państwowej tworzą zasady prawne, tworzące ramy dla systemu zdrowotnego. Obok systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych, państwo określa zasady funkcjonowania lecznictwa komercyjnego i gabinetów prywatnych. Również w tym obszarze zostały zmienione role lekarza i pacjenta, których pozycja została zarazem osłabiona i wzmocniona. Zarówno lekarz, jak i pacjent zdani są na biurokratyczne zarządzanie systemem i brak środków finansowych, od którego zależy, czy i w jakim zakresie świadczenie zostanie udzielone. Informacje medialne przedstawiają katastrofalny stan usług medycznych. Według danych Ministerstwa Zdrowia w 2010 r., w kolejkach na operacje i zabiegi czekało około 650 tys. Polaków, a jednocześnie co trzecie łóżko w szpitalach stało puste. Aby rozwiązać te problemy, rząd zaproponował pakiet ustaw, mający prowadzić do modernizacji systemu zdrowotnego [Gałuszka 2010]. Ministerstwo Zdrowia tłumaczyło ich wprowadzenie argumentem „dobra pacjenta”, którego sytuacja w kontaktach z zakładami opieki zdrowotnej nadal jest bardzo słaba. Uruchomienie sektora komercyjno-prywatnego oraz różnych form dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ma pozwolić na aktywniejsze uczestniczenie pacjenta w wyborze świadczeniodawcy i poprawę jakości usług. Trzeba podkreślić, że w Polsce mamy do czynienia z cechami systemu ochrony zdrowia, który nazywany jest publiczno-prywatnym; istnieje możliwość wykupienia dodatkowych polis zdrowotnych, a także inne formy płacenia lekarzom. Pakiet ustaw zdrowotnych z 2010 r. wprowadza nowe możliwości restrukturyzacji i komercjalizacji szpitali i zakładów świadczących usługi zdrowotne. Ewolucja systemu zdrowotnego zmierza do ustalenia minimalnego standardu usług gwarantowanych, stwarzając jednocześnie możliwość dowolności i wyboru świadczeń powyżej minimum. Łatwo wskazać, że tak konstruowany system zdrowotny jest przyczyną no-

wych nierówności społecznych, do których muszą się przygotować i lekarze, i pacjenci. Przykładem budzącym wiele negatywnych emocji społecznych było ogłoszenie listy leków refundowanych w grudniu 2011 r. oraz zmiany zasad rejestracji recept. Pominięcie w „pierwszej odsłonie” listy refundacji leków dla chorych na cukrzycę, nowotwory oraz leków przyjmowanych po transplantacjach tłumaczono błędami biurokratycznymi, media zaś otwarcie pisały o deprivacji i upokorzeniu chorych. Zasadności uporządkowania listy leków refundowanych nie kwestionowano, krytykowano zaś sposób wprowadzania ustawy refundacyjnej i brak komunikacji ze społeczeństwem. Polityka zdrowotna wraz z polityką lekową wprowadzały mechanizmy inicjujące konflikty pomiędzy pacjentem a lekarzem. Ustawa przewidywała karanie lekarzy za wypisanie recepty na lek refundowany osobie nieuprawnionej. Lekarze w obronie własnych interesów zaczęli stawiać pieczętki *Refundacja leku do decyzji NFZ*. Z kolei część farmaceutów, również broniąc własnych interesów, nie chciała takich recept realizować. Stronami tego sporu były: władza państwowa, NFZ, przemysł farmaceutyczny, lekarze i aptekarze, lecz konsekwencje tego konfliktu najtragiczniejsze były dla pacjentów, którzy często pozostawali bez leku istotnego dla podtrzymania życia. Opisana pokrótce sytuacja z tzw. ustawą refundacyjną ma cechy skandalu polityczno-medialnego i poświadcza tezę, że władza nie liczy się z obywatelami [Thompson 2010]. Przygotowane w tempie przyspieszonym zmiany ustawy nie pogodziły stron konfliktu, doprowadziły do kolejnego etapu instrumentalizacji relacji lekarz – pacjent.

Rewolucja biotechnologiczna przynosi zmiany w biomedycynie, a jej tempo zostało przyspieszone w związku z rozwojem nowych technologii informacyjnych. W pierwszym etapie zostały zmodernizowane badania naukowe w medycynie, następnie wprowadzono maszyny cyfrowe do diagnostyki i procedur klinicznych, unowocześniono zarządzanie instytucjami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Budowa społeczeństwa sieciowego staje się nowym typem przestrzeni porozumienia i społecznego działania również w dziedzinie zdrowia, choroby i medycyny. Wiedza o zdrowiu i chorobie funkcjonuje w sieci zarówno dla profesjonalistów jak i laików medycznych. Zgodnie z obserwacjami M. Castellsa [2007: 66–69] rewolucja informatyczna i rewolucja biologiczna wzajemnie wzmacniają swój potencjał i przekształcają wiedzę w narzędzie panowania nad rzeczywistością. Również W.C. Cockerham [2010: 208–216] upatruje największych zmian w relacji lekarz – pacjent w rozwoju technologii informatycznych i genetyki. Technologie życia nie mogłyby istnieć bez rewolucji w technologiach informatycznych, tworzących nowe przestrzenie społecznych relacji i komunikacji.

KLUCZOWE PROBLEMY KLASYCZNYCH MODELI RELACJI LEKARZ – PACJENT

Tworzenie modeli relacji lekarz – pacjent w zamyśle autorów ma zazwyczaj porządkować wiedzę i stan badań oraz pełnić funkcje heurystyczne i dydaktyczne. Model teoretyczny nie może w pełni odzwierciedlać różnorodności świata empirycznego, stanowi raczej próbę wskazania istotnych cech jakiegoś zjawiska oraz pozwala na analizy porównawcze. Niektórzy badacze kwestionują przydatność budowania modeli relacji lekarz – pacjent, które według nich: a) są zbyt teoretyczne i tylko w uproszczonej formie dotyczą rzeczywistych problemów klinicznych; b) koncentrują się na pacjencie wyizolowanym ze społeczności, tym samym wpływ na jego decyzje ograniczają do informacji lekarskich, pomijając zdanie rodziny, przyjaciół; c) sztywne klasyfikacje prowadzone w opozycji paternalizm – antypaternalizm ograniczają znaczenie sfery decyzyjnej pacjenta i jego preferencje w uzyskiwaniu informacji o własnym stanie zdrowia; d) podejmują kwestie fundamentalnych decyzji egzystencjalnych dotyczących tzw. stanów krytycznych, pomijając sferę codziennych dylematów związanych z mniej dramatycznymi wyborami procedur medycznych [Clarke, Hall, Rosencrance 2004]. Ewolucja klasycznych ujęć relacji lekarz – pacjent pokazywała, w jaki sposób dokonywano włączania pacjenta w proces decyzyjny i poszerzano zakres jego praw podmiotowych. Zarówno socjologia medycyny, jak i bioetyka dokonały – historycznie rzecz ujmując – przeorientowania myślenia o lekarzu i jego zadaniach wobec pacjenta. Rezygnowano z modelu biomedycznego, skupionego głównie na chorobie i relacji opartej na paternalistycznym autorytecie klinicysty na rzecz tworzenia partnerskich relacji, w których akcentuje się współuczestnictwo i odpowiedzialność obu stron w zmieniających się sytuacjach medycznych, a w przypadku ujęć socjologicznych w uwarunkowaniach społecznych, ekonomicznych i politycznych. Trzeba jednocześnie przypomnieć, że pojęcie paternalizmu jest różnie rozumiane – zazwyczaj umieszcza się je w kontekście problemu autonomii pacjenta [Łuków 2005]. W interpretacji pryncypializmu T.L. Beauchampa i J.F. Childressa [1996: 287] paternalizm jest „zamierzoną ingerencją jednej osoby w znane preferencje czy działania drugiej, uzasadnioną w mniemaniu tej pierwszej chęcią zapobieżenia krzywdzie lub wyświadczenia dobra”. Warto podkreślić, że autorzy przyjmują założenie, iż osoba wchodząca w relację paternalistyczną czyni to na podstawie wiedzy o działaniach innego oraz ze szlachetnych pobudek ochrony jego dobra. Wprowadzają także rozróżnienie na mocną i słabą wersję paternalizmu. Mocny paternalizm pomija zasadę autonomii pacjenta i nie bierze pod uwagę jego woli w celu obrony osoby przed nią

samą i realizacji dobra chorego zdefiniowanego przez lekarza reprezentującego instytucję medyczną. Równocześnie lekarz nie musi brać pod uwagę kryterium kompetencji pacjenta do podejmowania samodzielnych wyborów i decyzji. Mocny paternalizm jest krytykowany, ponieważ jednostka winna być podmiotem własnych decyzji, zwłaszcza dotyczących moralnych obszarów opieki zdrowotnej. Ponadto krytykuje się zawieranie decyzji w sprawie pacjenta państwu lub kolektywowi lekarskiemu. Z kolei słaby paternalizm postuluje przestrzeganie zasady poszanowania dla autonomii oraz zasady dobroczynności i służy obronie interesów chorego w sytuacji, gdy ten nie może, z różnych zresztą względów, świadomie i dobrowolnie podejmować decyzji. Dla T.L. Beauchampa i J.F. Childressa relacja lekarza z pacjentem zawsze powinna być oparta na szacunku dla autonomii i podmiotowości pacjenta, który ponosząc odpowiedzialność za swoje zdrowie i życie dystansuje się zarazem od nadmiernego paternalizmu ze strony służb medycznych, co winno bronić go przed wykluczeniem przez medyków ze sfery decyzyjnej. W praktykach klinicznych wybory lekarzy i intencje czynienia „dobra” nie zawsze są oczywiste, dlatego też pojawiają się różne interpretacje paternalizmu. H.R. Wulff, S.A. Petersen, R. Rosenberg [1993] wyróżniają paternalizm „prawdziwy”, „upoważniony” i „nieupoważniony”, zwracając uwagę na kontekstualny i dynamiczny charakter relacji terapeutycznej, w której może dochodzić do czasowego ograniczania autonomii pacjenta. Podstawą relacji jest zaufanie zarówno do kompetencji, jak i intencji moralnych lekarza. Bioetyk R. Gillon twierdzi, że: „Niekiedy lekarz musi w stosunku do swojego pacjenta postępować w sposób paternalistyczny, co oznacza, że działając w jego interesie musi działać wbrew jego aktualnym pragnieniom lub nie zważając na nie, być może z pewną dozą oszustwa” [Gillon 1997: 78]. Filozof wymienia kilka argumentów na rzecz paternalizmu. W pierwszym odwołuje się do tradycji Hipokratesowej etyki, zgodnie z którą wyraźnie łączy się intencję czynienia dobra dla pacjenta, prowadzącego do poprawy jego zdrowia, nawet przy założeniu popełnienia tzw. kłamstwa w dobrej wierze. W praktykach klinicznych przyjmowane jest założenie, że „pacjent nie chce wiedzieć o złym rokowaniu”. Bardziej merytoryczny wydaje się argument drugi, mówiący o tym, że pacjent nie jest zdolny do podejmowania decyzji o charakterze medycznym, bowiem w tym zakresie jest ignorantem. Trzeci argument, formułowany pośrednio, wskazuje na dynamikę postępu w technologiach medycznych, które są rozpoznawalne tylko przez fachowców, toteż oni powinni podejmować decyzje. Wreszcie czwarty argument oparty jest na przesłankach utylitarystycznych i mówi o większej kompetencji lekarzy w maksymalizowaniu szczęścia pacjenta, rodziny i społeczeństwa ujmowanego całościowo. Wiele argumentów przytoczonych w cytowanej pracy

R. Gillona świadczy o tym, że bioetyk próbuje pogodzić dwie perspektywy: tradycję Hipokratesową z wyraźną preferencją dominującej roli lekarza, niejako zagwarantowanej statusem i wiedzą, z perspektywą współczesnego otwarcia swoich poglądów na szacunek dla autonomii i obowiązki *prima facie*, wśród których czynienie „dobra” ma charakter relatywny i kontekstualny.

Jedną z najczęściej cytowanych i omawianych typologii relacji lekarz – pacjent przedstawili T. Szasz i M. H. Hollender [1956], nawiązując w swoich rozważaniach do funkcjonalnej koncepcji społecznych ról lekarza i pacjenta, jakie zaprezentował T. Parsons¹. Autorzy wyróżnili trzy typy stosunku lekarz – pacjent, oparte na kryterium stopnia aktywności obu podmiotów biorących udział w układzie: aktywność–bierność; kierownictwo–współpraca; obustronne uczestnictwo. Zarówno rola lekarza, jak i pacjenta podlegały zmianom w zależności od sytuacji medycznej i stanu chorobowego pacjenta. Zasługą badaczy było wskazanie kontekstualnego charakteru wykonywanych ról lekarza, który powinien przyjąć, odpowiednią do stanu pacjenta, aktywność. Warto w tym miejscu przypomnieć, że w roku pierwszej publikacji (1956) nie wyartykułowano jeszcze głównych tematów bioetyki, a zagrożenia cywilizacyjne i nowe epidemie, m.in. AIDS, nie były znane. Godne podkreślenia jest zwrócenie przez autorów uwagi na procesualny i dynamiczny charakter relacji między pacjentem a lekarzem. Relacja zależy od wielu składowych i okoliczności, toteż lekarz powinien uwzględniać wszystkie elementy dynamicznie kształtującego się kontaktu medycznego. Głównym brakiem tej propozycji ujęcia relacji lekarz – pacjent jest pominięcie fundamentu ontologicznego i aksjologicznego, bez których trudno rozmawiać o zasadności pewnych działań lekarskich, zwłaszcza w stanach terminalnych i krytycznych życia ludzkiego.

Spośród różnych modeli relacji lekarz – pacjent ciekawą propozycję, podsumowującą istniejące ujęcia przedstawili Ezekiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel [1992]. Według autorów, można wyodrębnić cztery modele relacji lekarz – pacjent, które charakteryzują oni następująco:

– Model paternalistyczny polega na eksponowaniu decyzji lekarza, dotyczącej najodpowiedniejszego sposobu leczenia i nakłonieniu pacjenta do wyrażenia zgody. Wychodzi się z założenia, że pacjent nie jest w stanie, z różnych zresztą powodów, określić, co jest dla niego dobre, w związku z tym ktoś inny, lekarz, przejmując określenie dobra pacjenta.

¹ W polskiej literaturze koncepcję T. Szasza i M. H. Hollendra omawiało wielu autorów. Zob. Ostrowska [1981]; Sokołowska [1986]; Tobiasz-Adamczyk [2002].

– Model informacyjny jest oparty na wiedzy eksperckiej lekarza profesjonalisty dostarczającego niezbędnych informacji pacjentowi, który sam dokonuje wyboru metod leczenia, biorąc pod uwagę preferencje własne i koszty leczenia. W modelu tym marginalizowane są aksjologiczne konteksty podejmowanych decyzji; nie są brane pod uwagę wartości lekarza oraz nie ma potrzeby rozumienia wartości afirmowanych przez pacjenta, leżących u podstaw podejmowanych decyzji.

– Model interpretacyjny akcentuje znaczenie dostarczanych przez lekarza informacji, zarówno o stanie zdrowia pacjenta, jak i ryzyku oraz korzyściach wynikających z różnych metod leczenia. Lekarz, pełniąc rolę doradcy, powinien uwzględnić w procesie decyzyjnym rzeczywiste preferencje pacjenta i pomóc mu zrozumieć, jakie wartości leżą u podstaw jego decyzji. Ustalenie najodpowiedniejszego dla osobowości pacjenta trybu postępowania jest oparte na doświadczeniach zawodowych lekarza, jego wiedzy i znajomości regulacji etyczno-prawnych.

– Model deliberacyjny polega na wspólnym naradzaniu się i prowadzeniu dialogu, aby rozważyć pozytywne i negatywne aspekty różnych metod w celu wybrania najodpowiedniejszego sposobu leczenia. Lekarz występuje tutaj w roli nauczyciela i przyjaciela wyrażającego troskę o pacjenta, umiejętnie angażującego go do udziału w procesie leczenia.

Jak łatwo zauważyć, kolejne modele są próbą rezygnacji z dominującej roli lekarza wobec pacjenta włączanego w proces decyzyjny wraz z poszerzaniem jego autonomii, która jest rozumiana jako swoboda artykułowania potrzeb zdrowotnych, pełny dostęp do informacji na temat stosowanych terapii i własnych rokowań oraz współudział w podejmowanych decyzjach. W przekonaniu autorów, model wspólnego naradzania najlepiej oddaje sytuację pacjenta, który ma podjąć świadomą zgodę na przeprowadzenie procedury medycznej. Zgoda ma być wynikiem wcześniejszej rozmowy z lekarzem, którego obowiązkiem jest zadbać o to, aby pacjent poznał cel, spodziewane korzyści i ryzyko powikłań związane z proponowanym zabiegiem. Lekarz powinien też przedstawić inne warianty postępowania oraz możliwości rozwiązania sytuacji chorobowej pacjenta. Warto zauważyć, że przez długi czas źródłem informacji był lekarz proponujący zabieg lub inny lekarz, u którego pacjent zasięga opinii. Przejście od tzw. zasady swobody klinicznej, w której pacjent jest zdany na zaufanie do kompetencji pracowników służb medycznych i podpisuje niejako zgodę blankietową na proponowane medyczne zabiegi, do zgody świadomej, wymaga znacznego wkładu pracy lekarza podejmującego trud wyjaśniania skomplikowanych działań medycznych bez pewności, że pacjent zrozumie istotę sprawy. Pacjent podpisuje zazwyczaj ogólnikową deklarację zgody bądź bardzo szczegółową deklarację, zawierającą drobiazgowo wyliczenia wszyst-

kich aspektów procedury i zagrożeń z niej wynikających. Istnieje przekonanie, że deklaracja „świadomej zgody” w większym stopniu broni interesów lekarzy niż pacjentów, zaś przełamanie tego stereotypowego poglądu jest możliwe dopiero poprzez usprawnienie komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Z dotychczasowego wywodu wynika, że niezależnie, który model bierzemy pod uwagę, istotna jest asymetria w relacji lekarz – pacjent, wywodzona zarówno z pozycji zawodowej lekarza, jak i jego władzy profesjonalisty-eksperta posiadającego uprawnienia gwarantowane dyplomem i mającego w swojej dyspozycji środki medyczne pozwalające na podejmowania decyzji dotyczących zdrowia i życia pacjenta. Asymetria relacji lekarz – pacjent przejawia się na różnych poziomach. Za główne źródła nieprzekładalności relacji uznaje się kontrolę instytucjonalną, medyczną i psychologiczną sytuacji, wynikającą z: a) zróżnicowania wiedzy jaką dysponują lekarz i pacjent na temat choroby; b) uzależnienia pacjenta od lekarza w zakresie definicji stanu zdrowia i podejmowanych decyzji terapeutycznych; c) konieczności sytuacyjnego odsłonięcia się pacjenta przed lekarzem i dopuszczenia go do obszaru prywatności, zwłaszcza cielesnej; d) traktowania miejsca i przestrzeni kontaktu jako własności instytucji, którą reprezentuje lekarz; e) uprawnień formalnych, upoważniających lekarza do podejmowania decyzji w sprawach istotnych dla pacjenta. Lekarze w konkretnych sytuacjach kontaktu z pacjentem w różny sposób wykorzystują władzę wynikającą z asymetrii relacji. M. Foucault twierdzi, że wiedza medyczna daje władzę panowania nad innym człowiekiem. Filozof pisze: „medycyna to wiedza-władza, która dotyczy jednocześnie ciała i populacji, organizmu i procesów biologicznych, i która zatem będzie miała skutki dyscyplinarne i regularyzacyjne” [Foucault 1998: 250]. Przejawem władzy są procesy medykazyjne traktowane jako medyczno-instytucjonalna kontrola jednostki i populacji. Lekarz w relacji z pacjentem jest przedstawicielem owej wiedzy-władzy i na poziomie relacji interpersonalnej buduje mechanizmy reprodukujące ową władzę. Problem władzy lekarzy rozpatrywany jest także przez E. Freidsona [1970; 2004] w ramach rozwijanej przez niego socjologii profesji, obejmującej w przypadku medycyny trzy poziomy analiz, w których socjolog: a) bada warunki mandatu społecznego uwierzytelniającego medycynę; b) analizuje treść pracy i wiedzy medycznej lekarzy; c) rozważa relację lekarz – pacjent jako proces podejmowania decyzji przez lekarzy. Wiedza medyczna i umiejętności kliniczne stanowią podstawę działania lekarskiego pod warunkiem uzyskania formalnych uprawnień. Państwo tworzy instytucjonalne ramy funkcjonowania profesji i legitymizuje jej działanie w zakresie wiedzy niezbędnej do wykonywania usług zdrowotnych, a także koniecznych kompetencji. Freidson zwraca uwagę na to, że profesjonalne działania

lekarzy mają wymiar specjalistyczny i społeczny. Działanie specjalistyczne jest także częścią relacji społecznych poprzez społeczne konsekwencje dla osób w nich uczestniczących. Konfliktowemu charakterowi relacji lekarz – pacjent sprzyjają: struktura i organizacja usług zdrowotnych, zderzenie dwóch odmiennych kultur i środowisk społecznych, perspektywa jednostkowa pacjenta wobec zbiorowej lekarza i innych pacjentów oraz odmienne postrzeganie roli lekarza przez obie strony relacji. Na relację tę wpływa też tzw. efekt oddziaływania pacjentów-laików, którzy wobec lekarzy-profesjonalistów prezentują sprzeczne z ich poglądami i obowiązującymi wzorami definicje ról społecznych. Dlatego ciągle jest aktualny wymiar normatywny relacji lekarz – pacjent, szczególnie rozważany w różnych wersjach refleksji bioetycznej. Jako przykład mogą posłużyć poglądy R. M. Veatch'a, który dochodzi do podobnych wniosków jak Freidson w sprawie kontraktów uwierzytelniających pracę lekarzy. Veatch [1983] wyróżnił następujące modele relacji lekarz – pacjent: inżynierski, kapłański, koleżeński, kontraktowy. W modelu inżynierskim medycyna traktowana jest jako nauka stosowana, której zadanie stanowi pragmatyczne rozwiązywanie problemów pacjentów, według zweryfikowanych metod i procedur. Z tych założeń wynika też podejście lekarza, pozbawione emocjonalności i odniesień aksjologicznych. Według modelu kapłańskiego relacje lekarz – pacjent mają analogie w przestrzeni sakralnej. Gabinet lekarski lub sala w szpitalu posiadają „aurę sanktuarium”, w której dokonywane jest misterium sztuki medycznej. W modelu koleżeńskim relacji lekarz – pacjent podkreślane są takie cechy jak: zaufanie, szacunek, lojalność, godność, które mają prowadzić do wspólnoty celów zdefiniowanych dobrem pacjenta. Model kontraktowy opiera się na szczególnym rodzaju umowy, w której jasno określone są prawa, wartości, obowiązki i uprawnienia kontrahentów. Z różnych względów R.M. Veatch [2010] odrzuca trzy pierwsze modele relacji lekarz – pacjent, rozważając zasadność etyczną modelu kontraktowego. Według etyka, kontrakt zawierany jest na trzech poziomach. Kontrakt pierwszego poziomu traktowany jest jako hipotetyczna umowa społeczna, w której wyartykułowane są podstawowe zasady moralności, takie jak np. sprawiedliwość, prawdomówność, dobro innych, dotrzymywanie umów i obietnic. Kontrakt drugiego poziomu dokonuje się pomiędzy grupą zawodową lekarzy a szerszą społecznością, która daje pewne uprawnienia, w zamian zobowiązując do określonych obowiązków. Kontrakt trzeciego poziomu obejmuje relację pomiędzy lekarzem lub grupą lekarzy i pozostającymi pod ich opieką medyczną pacjentami. R.M. Veatch uważa, że zmiany cywilizacyjne doprowadziły do zróżnicowania kulturowego, aksjologicznego i światopoglądowego na tyle, że lekarz coraz częściej staje się „obcym przy łóżku” chorego. Trudno w takich przypadkach o porozumienie i dialog,

bowiem pacjent i lekarz zakotwicząją swoje stanowiska w innych systemach aksjologicznych. W scenariuszach przemian wartości moralnych współczesnych społeczeństw „promocja nieograniczonej wolności i autonomii jednostki” zajmuje poczesne miejsce, co również ma wpływ na kształtowanie się kondycji moralnej medycyny [Mariański 2001: 27]. Skoro następuje rozpad wartości i dopasowanie norm do pluralistycznych wizji społeczeństwa, to te nowe tendencje widać szczególnie w obszarze relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Uzyskują one status etyk niezależnych, autonomicznych bądź utylitarnych i tworzą alternatywę dla etyki deontologicznej, będącej ostoją tradycyjnych modeli relacji lekarz – pacjent [Singer 1997].

Wszystkie powyżej zaprezentowane problemy zostają spotęgowane, kiedy relacja lekarz – pacjent dotyczy badań klinicznych prowadzonych w celu rejestracji produktów leczniczych, eksperymentów medycznych, dydaktyki uniwersyteckiej oraz innych badań naukowych. Lekarze uczestniczą w wielu projektach badawczych i marketingowych, których skutki nie są do końca dla pacjentów przewidywalne. Wprawdzie istnieją zabezpieczenia prawne i bioetyczne uczestnictwa w eksperymentach badawczych, pacjenci zaś podpisują formularz świadomej zgody na udział w badaniu klinicznym, jednak biorący w nich udział nie do końca są w stanie przewidzieć zagrożenia i oszacować ryzyko [Masełbas 2004]. Komercyjny charakter takich działań był wielokrotnie opisywany w mediach². W takich przypadkach trudno jest zastosować którykolwiek model relacji, a zwłaszcza mówić o dialogu i partnerstwie.

A. Ostrowska [2011: 20–21] zwraca uwagę na „społeczne zróżnicowanie stopnia osiąganego partnerstwa” w komunikacji pacjenta z lekarzem. Autorka, powołując się na różne badania stwierdza, że szanse pacjentów wywodzących się z poszczególnych klas społecznych na partnerską relację z lekarzem są zdeterminowane wskaźnikami socjoekonomicznymi i socjalizacyjnymi. Lepiej radzą sobie w opiece zdrowotnej osoby wywodzące się z klasy średniej, ponieważ struktura opieki zdrowotnej organizowana jest według systemu wartości i stylów życia tej klasy. Osoby takie są bardziej kompetentne językowo, posługują się kodem językowym rozwiniętym, bardziej zbliżonym do języka, jakim posługują się lekarze. Dlatego też łatwiej podejmować im z lekarzami dialog i negocjacje, artykułować swoje potrzeby i bronić swych praw. W procesie socjalizacji nabywają też wiedzę

² Bulwersującym opinię publiczną był przypadek wykorzystywania bezdomnych oraz pensionariuszy domu opieki społecznej w Grudziądzu do testowania szczepionki na ptasią grypę bez przestrzegania zasad bezpieczeństwa. Bezdomni, korzystając z możliwości zarobienia 10 zł, przyjmowali podwójną dawkę szczepionki, co bezpośrednio zagrażało ich życiu.

operacyjną jak realizować rolę pacjenta dostosowując się do złożonych procedur funkcjonowania systemu medycznego. Przenosząc te wnioski na polski system medyczny można stwierdzić, że szanse na realizację modelu partnerskiego relacji lekarz – pacjent wzrastają wraz ze wzrostem wykształcenia społeczeństwa. Bardziej wykształceni pacjenci postrzegają w większym stopniu różnice pomiędzy modelowym ujęciem relacji a rzeczywistością, mają też większe umiejętności artykułowania swoich potrzeb zdrowotnych i zadbania o stosowanie adekwatnych procedur medycznych.

W opisie relacji lekarz – pacjent większość autorów wskazuje empatię jako warunek skutecznego kontaktu, przynoszącego wymierne korzyści dla pacjenta. Lepsze umiejętności empatyczne lekarza mają gwarantować sukces procesu terapeutycznego i pozostają w związku ze stopniem satysfakcji odczuwanej przez pacjenta. Lekarze zazwyczaj odwołują się do potocznego rozumienia empatii jako wrażliwości emocjonalnej, umiejętności współodczuwania i wchodzenia w rolę innej osoby [Hebanowski, Klisz, Trzeciak, 1994; Gawroń 2001]. W sytuacjach klinicznych empatię rozumie się jako reakcję emocjonalno-poznawczą, posiadającą obok wymiaru emocjonalnego również wymiar moralny, behawioralny i kognitywny. Procedury komunikowania empatycznego zakładają wiele dodatkowych czynności i powiększone obowiązki lekarza, który przede wszystkim musiał by poświęcić więcej czasu każdemu pacjentowi. Badania światowe, jak i polskie, realizowane przy użyciu skali empatii Jeffersona (JSPE) pokazują, że wśród lekarzy empatia jest na niskim poziomie [Hojat 2001]. Autorka badań przeprowadzonych wśród lekarzy łódzkich K. Studzińska-Pasieka [2009:230–234] stwierdza, że niski poziom empatii związany jest głównie z przepracowaniem lekarzy i syndromem wypalenia zawodowego, mającymi swe źródło w źle funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej. Lekarz w ramach wykonywanej roli zawodowej musi spełniać wiele różnych ról, które mają cechy konfliktowe. Formalne oczekiwania pracodawcy, a zwłaszcza NFZ, są często nie do pogodzenia z oczekiwaniami pacjentów. Również proces edukacji i socjalizacji lekarskiej jest nastawiony na tzw. „biomedyczną rzeczywistość kliniczną”, sprzyjającą spadkowi reakcji empatycznych. Zmniejszanie się znaczenia empatii w relacji lekarz – pacjent wynika także z rozwoju nowych technik informacyjno-komunikacyjnych, które nie wymagają bezpośredniego kontaktu twarzą w twarz, a przejmują różne funkcje, także komunikacji interpersonalnej. Kryzys profesji medycznej ma, według badaczy, głębsze podłoże, ponieważ dotyczy również przewartościowania postaw moralnych lekarzy, którzy własne pryncypia etosu zawodowego muszą w większym stopniu odnosić do wielokulturowej medycyny i preferowanych aksjologii społecznych. Zmiany w etyce medycznej i rozwój instytucjonalnej

bioetyki poświadczają konieczność regulacji różnych aspektów relacji lekarz – pacjent, które nie były brane pod uwagę [Baker i in. 1999]. Zaufanie do profesji lekarskiej ma zarówno wymiar instytucjonalny, jak i indywidualny. Na zaufanie instytucjonalne pracuje wiele podmiotów gospodarczych obsługujących system zdrowotny. Zaufanie do lekarza wynika z jego bezpośrednich kontaktów interpersonalnych z pacjentem. Sondaże opinii publicznej pokazują, że społeczeństwo polskie nadal darzy zaufaniem lekarza, z którym bezpośrednio spotyka się pacjent, jednocześnie nie ufając instytucjom medycznym. W szerszej perspektywie widzi problem A. Giddens, według którego profesja lekarska we współczesnym świecie podlega procesowi kryzysu „zaufania do systemów eksperckich” [Giddens 2008: 60]. Na poziomie relacji społeczeństwo – profesja pojawiły się zjawiska, które podważyły tradycyjne poczucie bezpieczeństwa; obecnie mamy do czynienia z „kalkulacją zysku i ryzyka”. Jest wiele niekorzystnych zjawisk, które prowadzą do atrofii więzi moralnej i utraty zaufania do lekarzy w ramach ocenianego systemu opieki zdrowotnej. W Polsce mamy do czynienia ze szczególną sytuacją, ponieważ reformy zdrowotne realizowane są przez polityków oraz lekarzy, którzy stali się politykami. Reformatorom chodzi o to, aby stworzyć ramy dla funkcjonowania efektywnej i racjonalnej opieki zdrowotnej, co nie sprawdza się na poziomie człowieka chorego, myślącego kategoriami swoich interesów. Pacjent jest zainteresowany rozwiązaniem jego problemów zdrowotnych „tu i teraz”, a nie w dalekiej przyszłości. Dlatego też trzeba podkreślić, że relacja lekarz – pacjent nie jest tylko relacją medyczną uwarunkowaną cechami podmiotów biorących udział w spotkaniu oraz definicją sytuacji chorobowej, lecz także czynnikami zewnętrznymi – można rzec – przedmiotowymi uwarunkowaniami owej relacji. Do nich w pierwszej kolejności należy zaliczyć: a) priorytety i cele systemu ochrony zdrowia przedstawione w polityce zdrowotnej oraz artykułowane w dokumentach i ustawach; b) rozwój instytucjonalnej wiedzy medycznej i uprawianie medycyny w oparciu o dowody naukowe; c) system gospodarczy i uwarunkowania ekonomiczno-finansowe; d) społeczno-kulturowe determinanty zachowań zdrowotnych. Nową determinantą zmian w relacjach lekarz – pacjent jest rozwój technologii komunikowania, opartych na systemach sieci komputerowej i wykorzystaniu Internetu w naukach medycznych i opiece zdrowotnej.

TELEMEDYCYNĄ I ZMIANY W RELACJACH LEKARZ – PACJENT

We współczesnej medycynie i opiece zdrowotnej dokonują się istotne przemiany wynikające z nowych technologii komunikacji, które zmieniają tradycyjny układ relacji lekarz – pacjent. Początki tych zmian związane są z pojęciem

„telemedycyna”, służącym do opisu wykonywania czynności medycznych za pomocą narzędzi telekomunikacyjnych, takich jak telefon, telewizja, komputer, Internet. Światowa Organizacja Zdrowia na określenie wzajemnych relacji między lekarzem a pacjentem uwzględniających medyczne działania na odległość używała kolejno pojęć: telematyka medyczna, telemedycyna, telezdrowie. Definicja telemedycyny zmieniała się wraz z ekspansją nowoczesnych technologii informatycznych, a zwłaszcza wykorzystaniem sieci komputerów i powstaniem Internetu. Wszelkie wynalazki w dziedzinie technologii informacyjnych są od momentu powstania adaptowane do potrzeb medycyny, zaś postęp w naukach biomedycznych jest ściśle związany z komputeryzacją i rozwojem technologii cyfrowych. Wykorzystanie komputerów i sieci komputerów w komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem oraz pomiędzy lekarzami w celach edukacyjnych wpływa na poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Kolejny przełom dokonuje się obecnie i jest związany z wykorzystaniem sieci komputerowych do wspomaganie pracy lekarzy bądź pełnej jej realizacji w postaci usług zaliczanych do *e-commerce*, co w obszarze opieki zdrowotnej spowodowało pojawienie się pojęć charakteryzujących nowe sposoby uprawiania medycyny, jak np. MedycynaOnline, e-Zdrowie, e-lekarz, e-pacjent. Pomimo tego, że pojęcia te są różnie rozumiane, znalazły zastosowanie w usługach zdrowotnych, promocji i edukacji zdrowotnej, akademickich i edukacyjnych projektach, mediach masowych. U podstaw rozwoju telemedycyny istniała konieczność poprawy jakości udzielania świadczeń medycznych na odległych terenach, gdzie dostęp do praktyki lekarskiej był utrudniony. W wielu państwach istnieją tereny, gdzie gęstość zaludnienia jest mała i nie ma możliwości szybkiego kontaktu z lekarzem. Nowoczesne środki telekomunikacji zostały wykorzystane z sukcesem w różnych dziedzinach medycznych, zarówno w diagnostyce, jak i terapii oraz promocji zdrowia. Sieci telemedyczne są szczególnie przydatne do postawienia diagnozy na odległość, przeprowadzenia wywiadu środowiskowego, nadzorowania wykonania różnych czynności medycznych, monitorowania postępów w leczeniu. Lekarz może też uczestniczyć w zabiegu medycznym i operacji, nie będąc jej fizycznym uczestnikiem. Przykłady takich działań medycznych opisywane są w literaturze tematu, np. e-konsultacje, e-wizyty, kontakt na żywo w Internecie za pomocą Web-based video lub telefonicznie. Podstawową formą kontaktów jest telekonsultacja, czyli konsultacja na odległość między dwoma osobami, najczęściej lekarzem i pacjentem bądź lekarzami, której specyfiką jest brak bezpośredniego kontaktu pomiędzy podmiotami konsultacji. Posiada ona zarówno zalety, jak i ograniczenia, niesie też określone ryzyko medyczne, organizacyjne i finansowe. Lekarze zwracają uwagę na to, że pewne choroby nie nadają się do

diagnozowania i leczenia na odległość, wśród nich np. ciężkie i zaawansowane stany kliniczne, które stanowią bezpośrednie zagrożenie życia. Zasadność wykorzystywania telemedycyny w poszczególnych działach medycyny klinicznej jest przedmiotem dyskusji i prac organizacyjno-prawnych, czego przykładem są inicjatywy podjęte przez polskich kardiologów i pulmonologów [Kasztelowicz 2010]. Konsultacje między lekarzem a pacjentem mogą odbywać się w dwóch wariantach: 1) w systemie bez weryfikacji pacjenta, np. serwisy oparte na infolinii, które nie spełniają wymogów konsultacji w sensie medyczno-prawnym; 2) w systemie z weryfikacją pacjenta, wymagającym zarejestrowanie się w systemie i posiadania hasła dostępu.

Biorąc pod uwagę kryterium wykonywania czynności medycznych, rozróżnia się telemedycynę synchroniczną oraz asynchroniczną. Implikują one zasadnicze zmiany w relacjach lekarz – pacjent. Telemedycyna synchroniczna jest oparta na kontakcie w czasie rzeczywistym lekarzy, personelu medycznego i pacjentów. Traktuje się ją jako efektywną metodę wspomagania decyzji medycznych, bardzo przydatną w konsultowaniu diagnozy i wspomaganiu konkretnej procedury medycznej, np. operacji, zabiegu. Telemedycyna asynchroniczna polega na wykorzystaniu nowoczesnych środków komunikowania do rejestracji, transmitowania i magazynowania danych medycznych i wykorzystywania ich w dogodnym czasie i miejscu. Kontakt lekarzy między sobą oraz z pacjentami może odbywać się w różnym czasie, a uczestnicy komunikacji nie muszą przebywać w tym samym miejscu. Wykorzystanie Internetu do transferu danych wspomagających proces diagnozy i leczenia chorych znacznie przyspiesza podejmowanie decyzji medycznych, a także może obniżyć koszty usługi. Interpretacja wyników badań pacjentów może być zlecona w ramach *outsourcingu* instytucjom zagranicznym, które mają do tego uprawnienia. Jest to korzystne zwłaszcza w nagłych przypadkach, ze względu na różnice czasu i konieczność udzielenia natychmiastowej pomocy. Platformy telemedyczne oferują usługi w zakresie radiologii, psychiatrii, onkologii, dermatologii. W przypadkach trudnych materiał badawczy i wyniki badań mogą być konsultowane ze specjalistami w danej dziedzinie z różnych ośrodków akademickich i specjalistycznych klinik. Usługi *outsourcingu* są wygodne również ze względu na różnice czasu i koszty usługi. Przykładowo, w przypadkach nagłych, z wykorzystaniem różnic w czasie, zdjęcia pacjenta wysyłane są z USA do Indii, gdzie są interpretowane i konsultowane przez specjalistów, którzy niejako opisują dostarczony „materiał medyczny”, na podstawie którego lekarz stawia diagnozę i wykonuje zabieg w USA. W Polsce wdrażane są różne projekty informatyzacji, zarządzania i organizacji systemu zdrowotnego oraz instytucji pracujących na rzecz zdrowia publicznego. Od kilkunastu lat funkcjo-

nuje w województwie śląskim elektroniczna karta pacjenta, którą posiada każdy ubezpieczony. Usprawnia ona proces komunikowania się między przychodniami, szpitalami i aptekami, ułatwiając pracę lekarzy i podnosząc jakość świadczonych usług medycznych. Włączanie nowoczesnych technik informatycznych do praktyk lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych i klinicznych zmienia sposób komunikowania się z pacjentami. W Polsce istnieją szanse na bardziej intensywne wykorzystanie telemonitoringu, tediagnostyki i telekonsultacji. Przeprowadzane są m.in. interaktywne wideokonferencje, przesyłanie na odległość obrazów, zdjęć rentgenowskich, echogramów, USG, EKG, MRI, tomografii komputerowej, a także możliwość wyboru przez pacjentów lekarza, który najlepiej zrealizuje ich potrzeby. Oczywiście zakres usług realizowanych kanałami telemedycyny jest różny w zależności od wyposażenia publicznej oraz komercyjnej opieki medycznej w sprzęt teleinformatyczny i włączenie go do ogólnego systemu przesyłania danych. Konieczne są również regulacje ustawowe i określone decyzje Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia w zakresie refundowania procedur medycznych realizowanych poprzez programy teleinformatyczne. Ważna jest popularyzacja telekonsultacji medycznych jako formy kontaktu zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy. Postawy Polaków wobec telemedycyny i brak informacji na temat możliwości realizacji niektórych usług za pomocą Internetu bądź sieci komórkowych stanowią poważną barierę wstrzymującą rozwój tych usług. Według badań TNS OBOP z 2007 r., aż 2/3 respondentów (65%) nigdy nie słyszało o istnieniu usług telemedycznych, a 67% nie wie o możliwości korzystania z nich w Polsce. Pomysł upowszechniania usług medycznych świadczonych za pośrednictwem telefonu lub Internetu akceptuje 42% Polaków. Obok lekarzy, entuzjastów nowych systemów opartych na technologiach komputerowych, istnieje liczna grupa lekarzy, którzy nie uznają takich metod diagnozowania i konsultacji medycznych. Według nich badanie podmiotowe musi być realizowane w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Uzasadnione obawy dotyczą zwłaszcza sprawności sprzętu na jakim przychodzi im pracować. Przykładem najnowszych, pozytywnych zmian jest budowa w Łodzi w 2012 r. Regionalnego Systemu Informacji Medycznej, który łączy w sieć szpitale podlegające urzędowi marszałkowskiemu. Lekarz będzie miał dostęp do danych o pacjencie nawet sprzed kilku lat, a w trakcie operacji chirurdzy będą mogli robić badania i wykorzystywać wyniki w procesie operacji. W informacji medialnej podano, że jest to pierwszy w Polsce system łączący kilkadziesiąt placówek zdrowia, a koszt jego wprowadzenia wynosi 40 mln zł. Wynikiem tej inwestycji np. w Szpitalu im. Kopernika w Łodzi będzie 500 nowych miejsc dostępu do sieci. Czy wobec tego dane o pacjentach będą odpowiednio chronione?

Straty wynikające z przypadkowego lub świadomego ujawnienia, modyfikacji, zniszczenia lub przetwarzania przechowywanej informacji o pacjentach byłyby niepowetowane. Identyfikacja zagrożeń systemów teleinformatycznych jest znaczna i tworzy dodatkowy typ ryzyka, na jakie narażony jest pacjent oraz same placówki ochrony zdrowia. Technologia mobilna, bezprzewodowa komunikacja i dostęp do łącza internetowego wymagają określonych parametrów technicznych, których nie posiada większość szpitali w Polsce, korzystających z Internetu do 50 Mb/s. Plany wprowadzenia centralnego systemu informatycznego z dostępnością przesyłania danych medycznych bądź centralnego rejestru ubezpieczonych wymagają technologii opartej na światłowodach o wysokiej przepustowości i niezawodnych łączach [Liderman 2008]. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że zastosowanie zabezpieczeń jest niewystarczające, a ubezpieczenie ryzyka i ochrony informacji, powoduje podrożenie usługi medycznej. Przenoszenie danych za pomocą Internetu wymaga popularyzacji i wdrożenia odpowiednich reguł zabezpieczenia, a także wypracowania standardów prawnych i etycznych broniących interesy pacjentów i personelu medycznego.

INTERNET W KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ I RELACJI LEKARZ – PACJENT

Pojęcie „społeczeństwo informacyjne” rozumiane jest m.in. jako nowa forma organizacji życia oraz fakt gospodarczy, społeczny i kulturowy, w którym występuje integracja i wykorzystanie różnych nowoczesnych technologii telekomunikacyjnych i informacyjnych [Castells 2007]. Obecnie w obszarze zdrowia indywidualnego i publicznego można mówić o społeczeństwie otwartego dostępu do wiedzy i informacji medycznej. Wpisując słowo „zdrowie” w najpopularniejszej wyszukiwarce internetowej Google.pl uzyskujemy ponad 116 000 000 wyników, a w języku angielskim, po wpisaniu słowa *health* przeglądarka wskazuje 4 410 000 000 wyników internetowych podejmujących tematy o zdrowiu.

Znaczenie technologii informatycznych wzrasta na wszystkich poziomach komunikacji medycznej poprzez ułatwienie dostępu do nieograniczonych zasobów wiedzy biomedycznej. Dotyczy to zarówno poziomu komunikacji intermedycznej, obejmującej swoim zasięgiem globalny przepływ instytucjonalnej wiedzy medycznej, udostępnianej szerokiemu gronu odbiorców oraz poziomu komunikacji intramedycznej, zawierającej transmisję specjalistycznej wiedzy profesjonalnej realizowanej w ramach organizacji i instytucji opieki zdrowotnej wszystkich szczebli administracyjnych. Internet intensyfikuje również komuni-

kację interpersonalną, wspomagając indywidualną relację lekarza z pacjentem poprzez pośrednie kanały komunikowania, a także wymianę opinii wśród pacjentów na interesujące ich tematy chorobowe. Poziom komunikacji intrapersonalnej, rozumianej jako mowa wewnętrzna podmiotu o zdrowiu i chorobie, zostaje dzięki Internetowi wzbogacona o nowe źródła do przemyśleń, konstatacji i subiektywnego zrozumienia różnych zjawisk medycznych, w związku z możliwością wymiany informacji o zdrowiu na różnych blogach i forach dyskusyjnych [Gałuszka 2003]. Globalna sieć stała się dostępnym źródłem informacji medycznej zarówno dla lekarzy, jak i dla szerokiego grona zainteresowanych, którzy zdrowie uznają za wartość nie tylko uznawaną, lecz także realizowaną. Proces demokratyzowania wiedzy medycznej poprzez Internet doprowadził do tego, że lekarze – dotychczasowi dysponenci wiedzy biomedycznej – zostali zmuszeni do jej udostępniania szerokiemu gronu odbiorców. Przetwarzanie profesjonalnej wiedzy medycznej nazwano „przekwalifikowaniem laików” (*lay reskilling*), prowadzącym do powstania „laickiej wiedzy medycznej” (*lay health knowledge*) [Williams, Calnan 1996]. Warto podkreślić zachodzącą pomiędzy wyróżnionymi poziomami komunikowana medycznego kontaminację, wpływającą zarówno na medyczne modele interpretowania choroby, jak i społeczne konstruowanie choroby. Przykładem ilustrującym kontaminację komunikowania przez Internet może być problem ekspozycji HIV/AIDS. W wyszukiwarce Google na hasło HIV/AIDS uzyskujemy prawie 54 miliony wyników. Są tam strony profesjonalne prowadzone przez takie instytucje międzynarodowe, jak WHO, UNAIDS, mające za zadanie przekazywanie wiedzy epidemiologicznej i tworzące podstawy profilaktyki zdrowia publicznego, jak również strony szpitali, urzędów zdrowia publicznego, różnych organizacji niemedycznych oraz społecznościowe, zajmujące się tym tematem. Oddzielną grupą zainteresowaną ekspozycją problemów AIDS są nosiciele wirusa HIV. Przykładem analizy stron założonych przez nich są badania J. Gillett [2004], w których wyróżniono następujące grupy tematyczne portali poświęconych HIV/AIDS: autobiografie (8), ekspertyzy (7), promocja siebie (5), odmienne zdania (3). Internet pozwala na prezentację problemów nosicieli wirusa HIV, którzy w realnym świecie spotykają się ze stygmatyzacją prowadzącą do ich marginalizowania i wyłączenia ze sfery publicznej. Internet staje się pomostem pomiędzy prywatnymi problemami zdrowotnymi chorych na AIDS, a obszarem zdrowia publicznego, które dotyczą wszystkich ludzi. Powołując się na koncepcję agory Z. Baumana stwierdza, że poprzez Internet chorzy mogą nie tylko mówić o swoich prywatnych sprawach, ale też normatywnie reintegrować się ze społeczeństwem [Gillett 2004: 105]. Już tylko powyższy przykład pokazuje, że dostęp do Internetu daje możliwość znalezienia różnych

medycznych informacji o zdrowiu i medycynie, uzyskania porad, uczestnictwa w grupach wsparcia, wgląd w ekspresje biograficzne itp. Badacze są zgodni co do tego, że Internet umożliwia pacjentom przyjmowanie większej odpowiedzialności za zdrowie poprzez lepszy dostęp do różnych informacji i łatwiejszą możliwość wyboru oferty gabinetów medycznych. Zmienia się też tradycyjna relacja lekarz – pacjent, w której autorytet lekarza poparty profesjonalną wiedzą, tworzył paternalistyczną asymetrię. Internet przywraca równowagę w relacji lekarza z pacjentem poprzez demokratyzację dostępu do wiedzy medycznej. W niektórych krajach (np. Wielkiej Brytanii, USA) pacjent posiada już możliwość bezpośredniego dostępu do informacji na temat swojego zdrowia zgromadzonych przez instytucje medyczne, dzięki czemu może konsultować wyniki badań laboratoryjnych bądź postawioną diagnozę z innymi lekarzami, a zarazem wzmocnić swoją pozycję w relacji z lekarzem i uczestniczyć bardziej świadomie w podejmowaniu decyzji w sprawie proponowanych metod terapeutycznych.

Udział ludzi zainteresowanych szukaniem informacji o zdrowiu i chorobie w Internecie dynamicznie rośnie. Badania realizowane w różnych krajach nie są do końca porównywalne ze względu na stosowaną metodologię, metodę zbierania danych, dobór próby. Warto jednak kilka z nich przytoczyć, ponieważ pokazują ogólną tendencję wzrostu zainteresowania informacjami medycznymi w Internecie. Nie ma zgody, czy Internet: a) przyczynia się do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; b) powoduje poprawę komunikacji między lekarzem i pacjentem; c) przyczynia się do tworzenia nowego typu nierówności w dostępie do zdrowia; d) tworzy nowy typ usług medycznych bez pośrednictwa lekarza; e) podważa tradycyjną rolę lekarza, ograniczając jego władzę nad pacjentem. Pytań i wątpliwości jest znacznie więcej, z czasem gromadzone dane empiryczne pozwolą na ich weryfikację. Obecny stan wiedzy na ten temat potwierdza, że powszechny dostęp do informacji medycznych nie jest równoznaczny z uzyskaniem kompetencji do samoleczenia, a przede wszystkim nie wyeliminuje profesjonalnych umiejętności lekarzy. Znaczenie lekarzy jako ekspertów od zdrowia będzie się zwiększało w związku z wykorzystywaniem nowych technologii komunikowania się z pacjentem. Konsultacje on-line, zwane też e-wizytami mogą w przypadku niektórych usług medycznych zastąpić kontakt realny. W USA ocenia się, że około 35% przypadków medycznych może być konsultowanych przez Internet. Szacuje się również, że 80 mln klientów jest zainteresowanych internetowym kontaktem z lekarzami [Rains 2007]. Prognoza usług przez Internet będzie związana z tym, czy firmy ubezpieczeniowe podejmą się refinansowania takich porad. Korzyści są już wyliczane: niższe koszty usługi, wygoda dla pacjentów w przypadkach drobnych problemów medycznych, szybsza reakcja na problemy

zgłaszane przez pacjentów, prowadzenie w przypadkach chorób przewlekłych, wolne miejsca dla tych pacjentów, którzy zdecydowanie muszą osobiście udać się do lekarza. Firmy ubezpieczeniowe podejmują takie inicjatywy lecz wymagają aby e-wizyty odbywały się za pośrednictwem bezpiecznego portalu zgodnie z zasadami ochrony prywatności i bezpieczeństwa informacji zdrowotnej. W tym celu formułuje się już kodeksy etyczne e-wizyt i usług Internetowych. Badacze zwracają uwagę na to, że e-medycyna jest procesem, który będzie intensyfikował się wraz z wypracowaniem racjonalnych i korzystnych dla płatnika, lekarza i pacjenta form finansowania takich usług. Opór środowiska lekarskiego związany jest z tym, że komunikacja e-mailowa jest wpisywana w zadania podstawowej opieki zdrowotnej, co pociąga określone koszty i traktowane jest jako obciążenie czasowe bez wynagrodzenia. Wśród Amerykanów rośnie zainteresowanie informacjami o zdrowiu publikowanymi w sieci. W 2003 r. 31% respondentów szukało informacji na temat zdrowia w Internecie [Murray 2003], zaś w 2006 r. już 68% dorosłych Amerykanów korzystało z sieci, poszukując informacji o zdrowiu i medycynie [Fox 2006]. W krajach europejskich opinie na temat użyteczności Internetu w komunikacji lekarz – pacjent są podzielone. W badaniach zrealizowanych w 2002 r. wśród obywateli państw Unii Europejskiej, jako główne źródło informacji o zdrowiu podano profesjonalistów medycznych – ponad 61% (lekarzy, pielęgniarki, farmaceutów), a następnie telewizję, dyskusje w gronie rodzinnym i wśród znajomych, gazety i czasopisma. W Internecie informacji związanych ze zdrowiem szukało 23% badanych, a 41% uznało, że surfowanie w sieci jest dobrym sposobem dotarcia do informacji o zdrowiu. Rozkład respondentów poszukujących informacji o zdrowiu jest różny w poszczególnych krajach. W Danii i Holandii 40% mieszkańców szukało takich informacji, a w Grecji, Hiszpanii i Portugalii około 15% [www.europa.eu.int/comm/health]. W ostatnim badaniu z listopada 2011 r. *Global Health Survey 2011* [International Research Institutions] przeprowadzonym w 28 krajach Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach uzyskał wysoką, drugą pozycję. Polacy jako najważniejsze źródło informacji w przypadku problemów zdrowotnych wskazują lekarzy rodzinnych – 57% (na świecie 58%) oraz Internet – 51%. Powszechny dostęp do sieci powoduje, że ludzie poszukują w niej różnych informacji na tematy interesujących ich schorzeń i zdrowia. Ekspert „ARC Rynek i Opinia”, komentujący wyniki badania, jest tym zjawiskiem zaniepokojony, ponieważ w Internecie – jak stwierdza – obok informacji mających wartość merytoryczną, dostępnych jest wiele opinii umieszczanych przez laików medycznych i osoby niekompetentne, które nie mają uprawnień do udzielania porad medycznych [Czarnecki 2011]. Badania pokazują, że jakość serwisów medycznych jest różnie oceniana w zależności od przyjętych kryteriów. W dokumencie

e-Europe 2002 opracowanym przez Komisję Europejską [Bruksela 29.11.2002] przyjmuje się następujące podstawowe kryteria oceny jakości stron internetowych poświęconych zdrowiu: przejrzystość i uczciwość, jasno sformułowany cel, pełna informacja do kogo adresowana jest strona, transparentność finansowania strony, referencje, aktualizacja strony, ochrona danych osobowych, odpowiedzialność, dostępność. Wskazane kryteria traktuje się jako standard techniczny ekspozycji stron internetowych, jednak należy podkreślić, że znajdują się w nim również elementy oceny etycznej. Przyjęcie standardów jakości stron internetowych zostało włączone do strategii *eEuropa 2005. Action Plan*, której celem było udostępnienie usług publicznych przez Internet. Kolejnym etapem kontroli byłaby analiza merytoryczna odnosząca się do zgodności podawanych informacji z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz zbadanie czy autor ma instytucjonalne uprawnienia do udzielania takich informacji i porad. Instytucje zajmujące się promocją zdrowia winny przestrzegać kryteriów Komisji Europejskiej popularyzowanych przez organizację Health On the Net [www.hon.ch/HONcode/Polish]. Kryteria te sprowadzone zostały do ośmiu zagadnień obejmujących całe spektrum zasad, mających uczynić informacje o zdrowiu wiarygodnymi co do źródeł, kwalifikacji i uprawnień osób udzielających takich informacji, przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych i tajemnicy zawodowej oraz przejrzystości komunikacyjnej i możliwości weryfikacji zamieszczonych danych. Wiele problemów pojawia się właśnie z oceną stron przygotowanych przez nieprofesjonalistów, których jakość merytoryczna zazwyczaj budzi wątpliwości. Internaucie poszukującemu informacji o terapiach dotyczących własnych dolegliwości zdrowotnych trudno jest ocenić wiarygodność źródła. Wnioski z oceny jakości polskojęzycznych stron internetowych poświęconych chorobom społecznym są bardzo krytyczne. Autorka badań, E. Dobrogowska-Schlebusch [2006: 115], w podsumowaniu pisze, że są „w większości wypadków niskiej jakości”, a systemy ocen jakości stron internetowych „nie są znane polskim twórcom stron internetowych”. Poprawa jakości informacyjnej stron internetowych poświęconych zdrowiu powinno iść w kierunku poddania ich ocenie akredytacyjnej, czyli zewnętrznej kontroli jakości, wprowadzenia podstawowego standardu oceny informacji, zwiększenia udziału środowisk akademickich w ich tworzeniu.

Realizacja postulatu cyfryzacji opieki zdrowotnej i medycyny w Polsce zapewne stworzy podstawy nowego modelu biznesowego, opartego na nowoczesnych technologiach komunikacyjnych. Informatyzacja wymaga wysiłku organizacyjnego, odpowiednich regulacji prawnych, a przede wszystkim środków finansowych i konsekwentnie realizowanej przez kolejne ekipy polityczne wizji przemian systemu zdrowotnego. Niestety, w obszarze reformy systemu

opieki zdrowotnej, której częścią jest jego informatyzacja, politycy i urzędnicy mieli bardzo różne pomysły, których zazwyczaj ich następcy nie kontynuowali. Przykładem prób cyfryzacji usług zdrowotnych i obiegu informacji w Polsce są: a) komputeryzacja szpitali, finansowana ze środków banku światowego; b) Rejestr Usług Medycznych, wdrażany w kilku regionach kraju; c) system elektronicznej dokumentacji medycznej; d) Karta Pacjenta; e) Rejestr Pacjenta; f) E-recepty; g) Centralny Rejestr Ubezpieczonych. Uzasadnienia podejmowanych prób wprowadzenia nowoczesnych technik gromadzenia, przetwarzania i przesyłania informacji są za każdym razem podobne. Chodzi o poprawę komunikacji wewnątrz systemu medycznego, której efektem będzie lepsza jakościowo obsługa medyczna pacjentów, zaspokajająca ich potrzeby zdrowotne na wyższym poziomie. Równocześnie wskazuje się na poprawę warunków pracy lekarzy i personelu medyczno-administracyjnego [Romaszewski, Trąbka, Kęsek 2006]. Na rynku informatycznym i usług medycznych pojawiają się różne zintegrowane systemy obsługi sektora zdrowotnego, które oferowane są głównie przez firmy informatyczne i nastawione biznesowo. Przykładem może być projekt firmy Microsoft „Połączona Platforma Opieki Zdrowotnej” [www.microsoft.com/poland/healthcare], który dobrze opisuje strategię i znaczenie budowania kompleksowych rozwiązań na rynku zdrowotnym. Według tego projektu dojrzały model E-Zdrowia przechodzi cztery fazy: obecność, interakcja, obsługa transakcji, transformacja. Kolejne poziomy oznaczają przechodzenie od nieinteraktywnych witryn internetowych nastawionych na upowszechnianie informacji zdrowotnych do synergii różnych usług, wykorzystujących komunikację online w celu kompleksowej interakcyjnej obsługi klientów. Proponowane rozwiązania szczegółowe tego projektu obejmują zarówno kalkulację ekonomiczną projektu, jak i bezpieczeństwo systemu oraz kompleksowość rozwiązań, korzystnych dla pacjenta i lekarza.

Polska włączyła się do proponowanych przez UE procesów informatyzacji sektora usług zdrowotnych oraz popularyzacji wiedzy o zdrowiu publicznym. Z dotychczasowych rozważań wynikało, że są to próby realizacji projektów nie do końca spełniające oczekiwania świadczeniodawców usług medycznych, lekarzy i pacjentów. Podstawowe dokumenty bazowe, w których określono główne kierunki rozwoju informatyzacji w ochronie zdrowia to: *Strategia e-Zdrowie 2004–2006*; *Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2009–2015*; *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015*. Dokumenty te należy traktować jako kolejne uszczegółowienia tematów związanych z ochroną zdrowia, podlegających modyfikacjom wynikającym ze zmian prawnych, organizacyjnych i technologicznych. Przyjęty horyzont działania pokazuje, że w najbliższych

latach polskiego pacjenta i lekarza czekają duże zmiany w dostępie do informacji z obszaru ochrony zdrowia i realizacji usług medycznych. W ramach programów finansowanych ze środków strukturalnych będą podejmowane takie działania, jak: „realizacja Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia (PIOZ), stworzenie warunków rozwoju e-usług ochrony zdrowia – w szczególności systemów telemedycznych (telekonsultacje, telemonitoring, rejestracja on-line pacjentów przez Internet), recepty elektronicznej (e-recepty) oraz elektronicznej karty zdrowia, która będzie połączona z nowym dowodem tożsamości” [*Kierunki informatyzacji 2011–2015*].

W sprawie e-Zdrowia zabierają głos przedstawiciele różnych organizacji medycznych, zrzeszających lekarzy, pielęgniarki i inne zawody medyczne. Przykładem może być Stały Komitet Lekarzy Europejskich, będący federacją 27 europejskich narodowych najbardziej reprezentatywnych organizacji lekarskich, którego prezydentem jest Konstanty Radziwiłł. W dokumencie *e-Zdrowie – perspektywa lekarzy* w oparciu o dokumenty Unii Europejskiej prezentowane są przepisy „ułatwiający dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej”, zapewniające wysoką jakość usług i respektujące prawa pacjentów [www.cpme.eu]. We wnioskach prezentacji postuluje się współpracę i wymianę informacji różnych instytucji odpowiedzialnych za e-Zdrowie wraz z udziałem organizacji lekarskich i pacjentów. Proponowany tam model relacji lekarz – pacjent jest oparty na instytucjonalnych gwarancjach wysokiej jakości opieki zdrowotnej, która powinna kierować się m.in. bezpieczeństwem i ochroną danych pacjenta, weryfikowaniem kompetencji lekarzy, elektroniczną kartą profesjonalistów medycznych, tworzeniem europejskich sieci leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi, uznawalnością transgraniczną recept [[Radziwiłł, www.cpme.eu](http://www.cpme.eu)].

W dokumentach UE, polskich i organizacji lekarskich system e-Zdrowia można potraktować jako podstawę bazową do tworzenia globalnego rynku usług medycznych. Procesy globalizacyjne w obszarze zdrowia dotyczą różnego typu wymiany i przepływu informacji, produktów, usług, siły roboczej, technologii, kapitału i mobilności ludzi, „zachodzących w warunkach kurczenia się czasu i przestrzeni” [Klich 2010: 441]. E-zdrowie i e-opieka rozwija się synchronicznie do rozwoju nowoczesnych technologii komunikowania. Internet i mobilne systemy komunikacji oraz dostępne cenowo komputery i usługi sieciowe stworzyły możliwość transformacji i udoskonalenia systemu opieki zdrowotnej – zarówno jego segmentu publicznego, jak i komercyjnego.

RELACJA E-PACJENT – E-LEKARZ

Przedstawione wcześniej modele relacji lekarz – pacjent opierały się na komunikacji wymagającej obecności fizycznej obu uczestników. Niczym w greckiej tragedii miejsce i czas spotkania były wyznaczone, a przydzielone do wykonania role w miarę zdefiniowane i oparte na obopólnej zgodzie. Po dokonaniu różnych analiz można stwierdzić, że idealne modele relacji powinny uwzględniać następujące elementy: a) paternalizm lekarza ograniczony do sytuacji klinicznych, w których chory nie ma, z różnych powodów, możliwości samostanowienia o sobie; b) pacjent – aktywnym współuczestnikiem procesu leczenia na wszystkich jego etapach; c) decyzje co do procedur terapeutycznych podejmowane wspólnie; d) współpraca polega na współuczestniczeniu lekarza i pacjenta w dwukierunkowej komunikacji interpersonalnej; e) centralnym punktem relacji jest pacjent, a nie lekarz, którego władza jest ograniczona; f) respektowane są wszelkie prawa pacjenta i wyrażona jest jego świadoma zgoda na procedury lecznicze; g) podstawą komunikacji winien być dialog, prawdziwa rozmowa i słuchanie ze zrozumieniem partnera [Gordon, Edwards 2009].

Jak wskazywano, od pewnego czasu zmiany relacji lekarz – pacjent związane są z powstaniem i ewolucją telemedycyny, a obecnie z połączonymi w sieć komputerami obsługującymi różne obszary medycyny i opieki zdrowotnej. W wirtualnym świecie słowo „pacjent” ma wiele rozumień, występuje w wielu kontekstach i stosowane jest do opisu odmiennych sytuacji medycznych. Prześledźmy najważniejsze z nich. Pojęcie wirtualny pacjent (*electronic virtual patient*) odnoszone jest do interaktywnych programów komputerowych symulujących realnych pacjentów i rzeczywiste scenariusze kliniczne [<http://www.virtualpatients.eu>]. Wykorzystywane są one zwłaszcza w dydaktyce na studiach medycznych oraz w różnego typu szkoleniach lekarzy. Zalety kazusów wirtualnych pacjentów są bardzo doceniane w edukacji medycznej; ułatwiają studentom opanowanie podstawowych dziedzin medycznych, rozwijają zdolności wnioskowania klinicznego, pozwalają na zapoznanie się z zabiegami i operacjami podwyższonego ryzyka, pozwalają na włączenie studenta w sytuacje dramatyczne, wywołujące silne emocje, uczą sprawności i kompetencji językowych.

E-pacjent (*electronic patient record, electronic health record*) zawiera dane konkretnego pacjenta dotyczące jego choroby, leczenia, stosowanych procedur klinicznych, przepisywanych leków, które są zapisane w systemie komputerowym. Pojęcie to posiada szerokie zastosowanie, m.in. służy do ewidencjonowania pacjentów w szpitalach i przychodniach, historii choroby pacjenta, dokumentacji

wykonanych procedur, do celów naukowych, statystyki medycznej oraz edukacji medycznej [Konołowicz, Stachóń 2011].

W innym kontekście używa się pojęcia E-pacjent, gdy dokonuje się opisu osoby korzystającej z Internetu w celach poszukiwania informacji o zdrowiu, chorobie i medycynie. Ludzi takich nie powinno się nazywać pacjentami, ponieważ nie zawsze choroba jest przyczyną aktywizującą ich działania. Lepiej pasuje do nich pojęcie konsumenci zdrowia (*consumers of health*), bowiem ich aktywność może mieć charakter prozdrowotny i edukacyjny. Do nich też głównie skierowana jest oferta marketingowa firm farmaceutycznych oraz różnych subdyscyplin medycznych (np. medycyna estetyczna), które wykorzystują takie narzędzia komunikacyjne jak reklama, *public relations* celem wywołania popytu na produkty farmaceutyczne i usługi medyczne. Ludzie poszukujący różnych informacji internetowych o chorobach, zdrowiu i medycynie stają się lepiej zorientowani we własnych problemach zdrowotnych i w sytuacji choroby – dzięki wiedzy pozyskanej z sieci – przyjmują rolę pacjenta poinformowanego, a czasami eksperta własnego zdrowia. Szybka informacja internetowa na temat objawów, sposobów leczenia, dostępnych leków powoduje, że pacjent przychodzi do lekarza z większą kompetencją i zazwyczaj wypracowaną własną E-diagnozą. Zmienia to model relacji paternalistycznej na deliberytywną, ponieważ lekarz traci pozycję osoby posiadającej „wiedzę-władzę” i w rzeczywistych sytuacjach musi w większym stopniu liczyć się z oczekiwaniami i roszczeniami pacjenta. Większa kompetencja pacjenta wymusza na lekarzu inny sposób komunikowania wiedzy profesjonalnej. Chorzy, którzy otrzymali diagnozę od lekarza, szukają uzupełniających informacji w Internecie, a także poprzez Internet weryfikują uzyskane informacje z innym lekarzem. E-pacjent ma możliwość wypracowania opinii o problemie zdrowotnym również poprzez uczestniczenie w społecznościowych forach internetowych poświęconych różnym chorobom. Szczególnie osoby dotknięte chorobami rzadkimi, przewlekłymi, stygmatyzującymi szukają w Internecie wiedzy medycznej, wspólnoty przeżyć oraz emocjonalnego wsparcia. Proces dzielenia się przeżyciami jest ważnym elementem procesu terapeutycznego, ale również poszukiwaniem społecznej reprezentacji grup chorych tworzących odmienny świat rzeczywistości naznaczonej chorobą. Dlatego pacjenci szukają w Internecie ludzi, którzy mogą podzielić ich troski, szukają wsparcia informacyjnego i psychologicznego. Skoro w realnych praktykach zawodowych lekarz ma coraz mniej czasu na empatyczną relację z pacjentem, zadania te, przynajmniej częściowo, przejmują sieciowe grupy wsparcia. W komercyjnych usługach zdrowotnych e-mail pozwala pacjentom bezpośrednio skontaktować się lekarzem i przedstawić swój problem, zaplanować spotkanie i przyjęcie w gabine-

cie. W przypadku publicznej opieki zdrowotnej tego typu relacje nie są w Polsce praktykowane, ponieważ nie są uregulowane kwestie finansowania takich usług.

Wiedza medyczna z Internetu jest także nową formą społecznej kontroli lekarza i zakładów ochrony zdrowia. Rankingi szpitali, raporty konsumenckie i profile wydajności pracowników opieki zdrowotnej coraz częściej udostępniane są w mediach masowych i mają stałe miejsce w Internecie. W USA na oficjalnych stronach internetowych towarzystw lekarskich można znaleźć informacje dotyczące nawet życia prywatnego lekarzy, m.in. skłonności do nadużywania alkoholu, używaniu narkotyków, lekomanii, zdradach małżeńskich. Wydaje się, że duża konkurencja na rynku usług medycznych powoduje, że lekarze godzą się na odsłanianie prywatności i ocenę jej przez pacjentów. Może być też spełniony postulat Veatch'a, który proponował aby pacjent miał prawo również do informacji o przestrzeganiu zasad etycznych przez lekarza oraz jego poglądach na kontrowersyjne problemy bioetyczne jak eutanazja, zapłodnienie *in vitro*, klonowanie. Także polscy pacjenci mają możliwość sprawdzenia w Internecie jak oceniany jest lekarz. Istnieje problem wiarygodności tych ocen, ponieważ firmy marketingowe i prywatne osoby zarabiają na umieszczaniu panegiryków o lekarzach. W Polsce popularnością cieszą się też rankingi szpitali bądź oddziałów szpitalnych dające pacjentom możliwość podejmowania decyzji dotyczących wyboru szpitala, gdzie ma być przeprowadzony zabieg. Ustawowo gwarantowany wolny wybór lekarza oraz szpitala, w którym mają być prowadzone zabiegi jest krokiem w kierunku stworzenia wolnego rynku usług zdrowotnych, na którym pozycja pacjenta jako konsumenta jest silniej akcentowana. W pewnym sensie możliwość wyboru usługodawcy powoduje wydłużanie się kolejek na zabieg w szpitalach o wyższej pozycji rynkowej i lepszym standardzie usług. Proponowany przez ministerstwo zdrowia cyfrowy system rejestracji oczekujących na zabieg pozwoli na uzyskanie przez pacjenta dokładnych informacji gdzie i w jakim czasie będzie mógł uzyskać dane świadczenia. Równocześnie pokaże, w którym miejscu kolejki oczekujących pacjent się znajduje. Jak wskazywano, rośnie udział zainteresowanych szukaniem informacji o zdrowiu i chorobie w Internecie. Lekarzy irytują zwłaszcza pacjenci, którzy przed wizytą nabywają „kompetencji medycznych” w Internecie. Pacjenci lepiej poinformowani mają większe roszczenia wobec personelu i instytucji medycznych. Lekarz w większym stopniu musi kontrolować swoje wypowiedzi, stawianą diagnozę i zalecaną terapię, ponieważ ma do czynienia z pacjentem lepiej poinformowanym. Dlatego też e-pacjent nazywany jest przez lekarzy „przeinformowanym” i „niepokornym”. Istotą dawnych relacji lekarza z pacjentem była asymetryczność oparta na wiedzy, autorytecie, władzy lekarza, co w konsekwencji prowadziło do relacji paternalistycznych. Internet zmienił

status quo modelu paternalistycznej relacji na bardziej przystępną i udogodnioną w obszarze „tajemnej” wiedzy medycznej. Wprawdzie rozumienie medycznego przekazu internetowego nadal może stanowić barierę kompetencyjną dla pacjenta, jednak sama możliwość dostępu do takiej wiedzy oceniana jest korzystnie. Zestawienie poniższe wskazuje najczęściej omawiane w literaturze tematu zalety oraz wady związane z wykorzystaniem Internetu w opiece zdrowotnej [Hartzband, Groopman 2010; Rains 2007; Wald, Dube, Anthony 2007].

Zalety Internetu w relacji lekarz – pacjent:

– Internet ułatwia kontakt pacjenta z lekarzem zarówno na etapie zamawiania wizyty i organizowania procesu leczenia, jak i w procesie podejmowania świadomej zgody na określone procedury medyczne.

– Medyczne informacje on-line udostępniają wiedzę zarezerwowaną dla profesjonalistów, przyczyniają się do demokratyzacji opieki zdrowotnej i ograniczania władzy lekarza.

– Programy komputerowe są wykorzystywane do gromadzenia wszystkich danych o pacjentach dotyczących jego problemów zdrowotnych i stosowanych procedur medycznych oraz zastosowanych środków terapeutycznych i leków. W razie potrzeby dane takie przesyłane są przez Internet i wspomagają leczenie pacjenta.

– Internet pełni zróżnicowane funkcje w zależności od typu choroby. Większe znaczenie ma w przypadku chorób przewlekłych. Lekarz może udzielać porad poprzez Internet bez konieczności spotkania twarzą w twarz z pacjentem.

– Internet odgrywa ważną rolę w dziedzinie zdrowia publicznego poprzez promocję zdrowego stylu życia, popularyzację zachowań prozdrowotnych, edukację i informację o zagrożeniach i ryzyku zdrowotnym.

– Internet i jego zasoby mogą być wykorzystane dla różnych debat zarówno przez profesjonalistów jak i laików w dziedzinie medycyny. Wymiana informacji jest łatwiejsza, a zasoby nieograniczone.

– Internet powinien być traktowany w praktykach medycznych jako wsparcie komunikacji lekarz – pacjent, zwłaszcza na etapie konsultacji i pozyskiwania danych o chorobach. Nie należy w związku z tym traktować Internetu jako pola rywalizacji o władzę-wiedzę medyczną.

Zagrożenia internetowe w relacji lekarz – pacjent:

– Informacje internetowe mogą być interpretowane przez pacjentów jako wystarczające do samodzielnego stawiania diagnozy i leczenia. Samoprezentacja internetowa chorych o swoich przeżyciach i ich porady nie mogą stanowić podstaw do nabycia nowych kompetencji i samodzielnego leczenia.

– Elektroniczne i cyfrowe gromadzenie danych o pacjentach wymaga systemu zabezpieczenia dostępu do informacji, które nie są w stanie do końca zapewnić bezpieczeństwa.

– Naruszenie prywatności w różnej formie może wystąpić wtedy, gdy informacje o chorobach pacjenta dostaną się do obiegu publicznego i zostaną wykorzystane w celach niemedyceńskich.

– Zabezpieczenia dostępu do danych o pacjencie mogą być złamane przez różnego typu przestępców internetowych i wykorzystane przez nich w celach kryminalnych.

– Niskie poczucie odpowiedzialności za anonimowy proces komunikacyjny powoduje umieszczenie w Internecie treści nieistotnych, wprowadzających w błąd, manipulacyjnych, które mogą szkodzić pacjentom i lekarzom.

– Treści medyczne zamieszczone on-line mogą być wątpliwe; pochodzą często z niewiadomego i nieudokumentowanego źródła, wprowadzają pacjenta w błąd, dając złudzenie możliwości zastosowania w konkretnym przypadku; duża część porad umieszczana jest przez osoby nieposiadające do tego żadnych kwalifikacji i uprawnień.

– Podatność Internetu na awarie techniczne, ataki hakerów i inne zagrożenia powoduje, że lekarze nieufnie podchodzą do wykorzystania Internetu w usługach zdrowotnych.

ZAKOŃCZENIE

Kryzys w opiece zdrowotnej przełomu 2011/2012 r. związany z wprowadzeniem ustawy o refundacji leków ujawnił, na jak słabych podstawach znajomości realiów zdrowotnych społeczeństwa przygotowywana była kolejna odsłona reformy systemu zdrowotnego. Relacje pomiędzy lekarzem i pacjentem zdominowała, cytowana już w niniejszym artykule, słynna pieczętka: *Refundacja leku do decyzji NFZ*. Okazało się, że rząd musi prowadzić negocjacje z lekarzami i farmaceutami, którzy nie chcą być obciążani kosztami za nieprawidłowe wypisanie recept i wydanie leku. Próba kontroli rynku farmaceutycznego wywołała konflikty, w które zaangażowane były korporacje zawodowe medyków i farmaceutów, a stroną konfliktu było Ministerstwo Zdrowia i NFZ. W negocjacjach posłużono się argumentem „dobra pacjenta”, który kolejny raz został upokorzony i pozbawiony możliwości ochrony swojego zdrowia. Okazało się, że wprowadzone zmiany znacznie utrudniły sytuację pacjentów, a dla lekarzy i farmaceutów zwiększały zakres obowiązków służbowych i konsekwencje finansowe w przypadku pomyłek

w wypisywaniu recept. Dla niektórych grup pacjentów przewlekłe chorych stworzyły realne zagrożenie dla zdrowia i życia. Rzecznik Praw Pacjenta bezradnie zasugerowała, „że pacjent musi poszukać zyczliwego farmaceuty”, który wyda lek pomimo wspomnianej pieczętki. Omawiana sytuacja potwierdza wyjściową tezę artykułu, że relację lekarz – pacjent determinują czynniki zewnętrzne, które w znaczący sposób wpływają na kształt ich kontaktów. Rozwiązanie kryzysu w opiece zdrowotnej ministerstwo widzi m.in. w dalszej informatyzacji usług. Czy wprowadzenie karty E-pacjenta bądź centralnego rejestru ubezpieczonych rozwiąże problemy pacjentów? Ludzie wprawdzie coraz chętniej korzystają z Internetu, traktowanego jako magazynu wiedzy o zdrowiu i chorobie, jednak propozycja udzielania usług medycznych poprzez telemedycynę nie jest entuzjastycznie przyjmowana. Technicyzacja i robotyzacja medycyny od wielu lat jest procesem wpisującym się w rozwój cywilizacyjny i nie ma od niego odwrotu, bowiem ułatwia pracę lekarzom, a wymierne korzyści w postaci poprawy jakości usług mają pacjenci. Kolejny etap technicyzacji związany z zastosowaniem technologii teleinformatycznych wymaga jednak zmiany postaw społecznych, przede wszystkim pacjentów. Socjolog musi zwrócić uwagę na, wydawałoby się, oczywiste fakty: nie wszyscy pacjenci oraz lekarze i placówki medyczne mają dostęp do technologii informacyjnych, co może być przyczyną nowej formy wykluczania społecznego, część starszego pokolenia lekarzy ignoruje nowe sposoby komunikowania się z pacjentem i negatywnie wypowiada się o Internecie, ponadto większość ludzi nie jest mentalnie przygotowana do tego, aby powierzyć informacje o swoim ciele i zdrowiu tzw. „wirtualnej rzeczywistości”. Nowe scenariusze relacji lekarz – pacjent będą łatwiejsze do zaakceptowania dopiero przez pokolenie, które rosło i dojrzewało intelektualnie wraz z komputerem i Internetem. Dlatego też, pomimo wielu zmian w relacjach lekarz–pacjent wynikających z postępu cywilizacyjnego w naukach biomedycznych i rozwoju nowych narzędzi i form komunikowania, oczekiwania wielu starszych wiekiem pacjentów mieszczą się w scjentystycznym modelu relacji, w którym bezpośredni kontakt interpersonalny z lekarzem profesjonalistą tworzy ramy dla dialogu i prawdziwej rozmowy o chorobie i rokowaniach zdrowia. Pozostaje nadal aktualny problem artykułowania wartości, norm i zasad, które powinny być fundamentem kultury zaufania w relacjach lekarza z pacjentem.

BIBLIOGRAFIA

- Akerkar S.M., Bichile L.S. [2004], *Doctor patient relationship: Changing dynamics in formation age*, "Journal of Postgraduate Medicine", Vol. 50, Issue 2, www.jpjgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859.
- Anderson J.G., Rainey M.R., Eysenbach G. [2003], *The Impact of Cyber Healthcare on the Physician-Patient Relationship*, "Journal of Medical Systems", Vol. 27, No. 1, February.
- Balint M. [1957], *The Doctor His Patient and The Illness*, London: Pitman Medical.
- Barański J., Waszyński E., Steciwko A. [2000], *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. [1996], *Zasady etyki medycznej*, Warszawa: Książka i Wiedza.
- Castells M. [2007], *Spoleczeństwo sieci*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clarke G., Hall R., Rosencrance G. [2004], *Physician-Patient Relations: No More Models*, "American Journal of Bioethics", No 2.
- Cockerham W.C. [2010], *Medical Sociology*, Boston: Pearson.
- Duplaga M. [2003], *Telemedycyna i e-health jako kolejne etapy rozwoju systemów telematycznych w ochronie zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie”, vol. 5, nr 1.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. [1992], *Four models of physician-patient relationship*, "Journal American Medical Association", Vol. 267(16).
- Foucault M. [1998], *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France*, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Fox S. [2006], *Online Health Search. Pew Internet & American Life Project*, Washington.
- Fox S., Raine L. [2007], *The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves*, <http://www.pewinternet.org>
- Freidson E. [1970], *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson E. [2004], *Professionalism – the Third Logic*, Chicago: Polity Press.
- Gałuszka M. [2003], *Spoleczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*, Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego.
- Gałuszka M. [2010], *Modernizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce a problem komercjalizacji szpitali przez samorzady terytorialne*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Łódź: Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego.
- Gałuszka M., Legiędź-Gałuszka M. [2008], *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie ryzyka*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Łódź: Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego.
- Getzen T.E. [2000], *Ekonomika zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Giddens A. [2008], *Konsekwencje nowoczesności*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gillett J. [2004], *Media activism and Internet use by people with HIV/AIDS*, "Health and the Media", ed. C. Seale, Oxford: Blackwell Publishing.
- Gillon R. [1997], *Etyka lekarska: problemy filozoficzne*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Gordon T., Sterling E.W. [2009], *Rozmawiać z pacjentem*, Warszawa: Academica Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.
- Hartzband P., Groopman J. [2010], *Untangling the Web – Patients, Doctors, and the Internet*, „New England Journal of Medicine”, Vol. 362, March 25.
- Heszen I., Sęk H. [2007], *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hojat M. [2001], *The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data*, “Educational and Psychological Measurement”, Vol. 61.
- Kasztelowicz P. [2000], *Internet medyczny i telemedycyna – wpływ nowych środków komunikacji na współczesne oblicze medycyny*, www.am.torun.pl-pekasz/telemedycyna.
- Kautsch M. [2010], *Zarządzanie w opiece zdrowotnej Nowe wyzwania*, Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Polska.
- Kononowicz A., Stachoń A. [2011], *Wirtualny pacjent*, [w:] I. Roterman-Konieczna (red.), Elementy informatyki medycznej. Ścieżki kliniczne, wirtualny pacjent, telekonsultacje, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kotler P., Shalowitz J., Stevens R.J. [2011], *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Polska.
- Lasoń W. [2011], *Telekonsultacje medyczne*, [w:] I. Roterman-Konieczna (red.), Elementy informatyki medycznej. Ścieżki kliniczne, wirtualny pacjent, telekonsultacje, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ley P. [1988], *Communicating with patients; Improving communication, satisfaction and compliance*, London: Croom Helm.
- Liderman K. [2008], *Analiza ryzyka i ochrona informacji w systemach komputerowych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Luków P. [2005], *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Mariański J. [2001], *Kryzys moralny czy transformacja wartości?*, Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Masełbas W. [2004], *Informacja dla pacjenta i formularz świadomej zgody na udział w badaniu klinicznym*, [w:] M. Walter (red.), Badania kliniczne. Organizacja, nadzór i monitorowanie, Warszawa: Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, Oinpharma.
- Murray E. et al. [2003], “Archives of Internal Medicine”, Vol. 163, No. 14, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/12885689>
- Ostrowska A. [2009], *Modele relacji lekarz – pacjent*, [w:] A. Ostrowska (red.), Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska A. [2011], *Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji lekarz – pacjent*, [w:] J. Hartman, M. Waliğóra (red.), Etyczne aspekty decyzji medycznych, Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Piątkowski W. [2008], *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Polak P. [2011], *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Radziwił K. [2010], *e-Zdrowie – perspektywa lekarzy*, Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME), www.cpme.eu

- Rains S.A. [2007], *Perceptions of traditional information sources and use of the world wide web to seek health information: Findings from the health information national trends survey*, "Journal of Health Communication", Vol. 12: 7, <http://dx.doi.org/10.1080/10810730701619992>.
- Romaszewski A., Trąbka W., Kęsek K. [2006], *Rejestr Usług Medycznych czy Rekord Medyczny Pacjenta – różne filozofie obiegu informacji w ochronie zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, vol. 4, nr 2.
- Salmón P. [2002], *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schutz A. [1984], *Potoczna i naukowa interpretacja ludzkiego działania*, [w:] E. Mokrzycki (red.), Kryzys i schizma. Antyscjentystyczne tendencje w socjologii współczesnej, Warszawa: PIW.
- Singer P. [1997], *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Warszawa: PIW.
- Stefaniak K. [2011], *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Stevenson F.A. et al. [2007], *Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective – a qualitative study*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2041946/>.
- Studzińska-Pasieka K. [2009], *Paradygmat profesji w doświadczeniach zawodowych lekarzy i opiniach studentów medycyny. Analiza na przykładzie łódzkiego środowiska medycznego*, Łódź: Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny (rozprawa doktorska).
- Szasz T., Hollender M. [1956], *A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic models of the Doctor – Patient Relationship*, "Journal of the American Medical Association", Vol. 97.
- Szewczyk K. [1996], *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, [w:] M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), Umierać bez lęku.. Wstęp do bioetyki kulturowej, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szewczyk K. [2009], *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szewczyk K. [2011], *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz – pacjent*, materiał własny.
- Szompka P. [2007], *Zaufanie fundament społeczeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Thompson J.B. [2010], *Skandal polityczny. Władza i jawność w epoce medialnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2002], *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Veatch R.M. [1983], *Models for ethical medicine in a revolutionary age*, [w:] S. Gorovitz, R. Macklin, A. Jameton, J. O'Connor, S. Sherwin, Moral Problems in Medicine, New Jersey.
- Veatch R.M., [1991], *The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner*, Bloomington: Indiana University Press.
- Veatch R.M. [2010], *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, [w:] W. Galewicz, Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych, Kraków: TA i WPN Universitas.
- Wald H.S., Dube C.E., Anthony D.C. [2007], *Untangling the Web – The impact of Internet use on health care the physician-patient relationship*, "Patient Education and Counseling", Vol. 68.

- Wieczorkowska M. [2008], *Świat jako klinika. Medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Łódź: Biuro Promocji i Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Williams S.J., Calnan M. [1996], *The limits of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in late modernity*, "Social Science & Medicine", Vol. 42, No. 12.
- Włodarczyk C., Poździejch S. [2001], *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wulff H.R., Petersen S.A., Rosenberg R. [1993], *Filozofia medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Źródła internetowe:

- www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma.../kierunki_e_zdrowie_09022011.pdf, *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015* [dostęp 10.11.2011].
- download.microsoft.com/download/D/; [2009] *Zdrowie zarządzane wiedzą. Połączona Platforma Opieki Zdrowotnej – opis projektowy* [dostęp 20.12.2011].
- <http://csioz.gov.pl/strategia> *Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2009–2015* [dostęp 10.11.2011].
- http://www.flirckr.com/photos/edelman_inc/sets/7215762405896432/; *Health Barometer Stats* [dostęp 20.12.2011].
- <http://www.arc.com.pl/index.php?o>; *Global Health Survey 2011, IRIS (International Research Institutions)*, ARC Rynek i Opinia [dostęp 15.12.2011].
- www.tns-global.pl; *Postawy Polaków wobec technologii teleinformatycznych w medycynie*, TNS OBOP [dostęp 15.11.2011].
- www.europa.eu.int/comm/health; *e-Zdrowie – perspektywa lekarzy* [dostęp 25.03.2005]
- www.HON.CH/honCODE/Polish [dostęp 10.11.2011].

Mieczysław Gałuszka

NEW PHENOMENA IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIAN AND PATIENT IN THE CONTEXT OF DEVELOPMENT OF THE INTERNET

Abstract

The article presents changes taking place in the relationship between a physician and a patient after the advent of new communication technologies, particularly the Internet. The author presents selected models, which tend to move away from paternalistic tradition of Hippocrates and resign from power of physician towards more patient's autonomy, subjectivity and responsibility. In real life situations, the relationship between physician and patient is shaped by political, economic and social conditions. The advent of telemedicine and use of the Internet in the health care system change the traditional system of dependencies based on power-knowledge. New notions that characterize new communication situations emerge, e.g. e-patient, e-health, e-doctor, which change the context of relationship between a physician and a patient. The Internet popularizes medical knowledge depriving it of "aura of mystery". It becomes the space of new relations and forms of communication about health, disease and medicine.

Key words: physician-patient relationship, telemedicine, e-patient, e-health

MICHAŁ SKRZYPEK

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II*

MEDYCINA W POLU BADAŃ SOCJOLOGII CHOROBY, ZDROWIA I MEDYCYNY W KONTEKŚCIE NIEMEDYKOCENTRYCZNEJ ORIENTACJI BADAWCZEJ SUBDYSCYPLINY

Streszczenie

Artykuł jest próbą namysłu nad genezą i poznawczą tożsamością niemedykocentrycznej orientacji badawczej w socjologii medycyny, a także konsekwencjami wyłonienia się tego nurtu dla pola badań subdyscypliny oraz jej nazewnictwa. Przedmiotem analizy jest rozwój tej orientacji badawczej w perspektywie historycznej, z uwzględnieniem roli m.in. Ch. McIntire'a, R. Strausa i D. Mechanica koncepcji badań socjomedycznych, a także wkładu badaczy odwołujących się do socjologii humanistycznej na terenie amerykańskiej (F. Davis, E. Freidson, E. Goffman, A. Strauss) i brytyjskiej socjologii medycyny (M. Bury). Przedmiotem analizy są szczegółowe nurty badawcze, składające się na niemedykocentryczną orientację badawczą socjologii medycyny, z uwzględnieniem socjologii doświadczenia choroby oraz socjologii zdrowia. Autor stawia tezę, że silna w socjologii medycyny orientacja na laickie interpretacje i działania, podejmowane w stanie zdrowia i choroby nie powinna prowadzić do wykluczenia instytucjonalnej medycyny poza zasięg jej zainteresowań badawczych, zwłaszcza w kontekście nowych wyzwań badawczych, związanych z rozwojem socjologii diagnozy lekarskiej, socjologii choroby niepewnej, socjologii leku etc., co umożliwiłoby budowanie zrównoważonego scenariusza rozwoju badań socjomedycznych.

Słowa kluczowe: socjologia choroby, zdrowia i medycyny, niemedykocentryczna orientacja badań socjomedycznych, medycyna.

* Katedra Socjologii Grup Etnicznych i Społeczeństwa Obywatelskiego, mskr@kul.lublin.pl

WPROWADZENIE

W ujęciu pola badań socjologii medycyny, zaproponowanym przez Charlesa McIntire'a w 1894 r., wyprzedzającym formalne wyłonienie się subdyscypliny o ponad 50 lat, podkreślono centralność zagadnień dotyczących instytucjonalnej medycyny w obszarze jej zainteresowań badawczych. Twórca terminu *medical sociology* zasugerował, że miałyby ona podejmować problematykę „praw regulujących wzajemne relacje pomiędzy profesjami medycznymi a społeczeństwem jako całością”, społecznych aspektów profesji lekarskiej, a także „wszystkie inne zagadnienia” odnoszące się do tych tematów [cyt. za: Bloom 2002: 21]. Tezy McIntire'a znalazły szeroką kontynuację w okresie formalnego istnienia subdyscypliny, a jednym z charakterystycznych wyznaczników profesjonalnej tożsamości socjologów medycyny stało się podejmowanie socjologicznej refleksji „o medycynie” z pozycji krytycznego analityka [zob. Straus 1957: 203]. Badania o takim profilu doprowadziły do zakwestionowania wyłączności medycyny w zakresie radzenia sobie przez ludzi z problemami zdrowia i choroby, a także podważenia jej dominacji w panoramie determinantów zdrowia jednostek i społeczeństw. Autor stawia w niniejszym opracowaniu tezę, że wpływy socjomedycznego podejścia badawczego, nachylonego krytycznie wobec instytucjonalnej medycyny, ujawniają się na współczesnym etapie rozwoju socjologii medycyny w postaci niemedykocentrycznej orientacji badawczej, która cechuje się położeniem nacisku na niemedyczne aspekty zdrowia, choroby i chorowania, dotyczące interpretacji i działań laików, podejmowanych poza kontekstem instytucjonalnej medycyny. Autor sugeruje zatem, że ugruntowane w tradycji subdyscypliny, krytyczne nastawienie socjologów wobec medycyny, inspirowało wyłonienie się w socjologii medycyny podejścia badawczego, zorientowanego na laika, który zarówno w stanie choroby (socjologia doświadczenia choroby, szerzej zob. Skrzypek 2011b), jak i zdrowia (socjologia zdrowia, zob. Piątkowski, Titkow red. 2002), w oparciu o znaczenia nadane fenomenom zdrowia i choroby, osadzone w dostępnych kulturowo zasobach interpretacyjnych, podejmuje działania nakierowane na poradzenie sobie z chorobą i jej wielorakimi konsekwencjami, (w sytuacji życia z chorobą), a w stanie zdrowia realizuje działania sprzyjające zachowaniu zdrowia lub generujące ryzyko zdrowotne (zachowania antyzdrowotne). Pierwsza ze wskazanych kwestii została szczegółowo rozwinięta w pismach Anselma Straussa oraz jego współpracowników i kontynuatorów w ramach amerykańskiej wersji socjologii doświadczenia choroby, budowanej w nawiązaniu do tradycji teoretycznej symbolicznego interakcjonizmu, gdzie jedną z wiodących kategorii analitycznych jest kategoria ‘pracy’, obejmująca pracę nad chorobą, nad życiem codziennym,

a także nad osobistą biografią, która wymaga rekonstrukcji w związku z nową sytuacją przewlekłego chorowania [zob. np. Corbin, Strauss 1985]. Kwestia działań laików w stanie zdrowia jest natomiast przedmiotem badań na gruncie socjologii zdrowia i promocji zdrowia, gdzie opisuje się socjokulturowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych lub zachowań ryzyka zdrowotnego. Socjologa medycyny związanego z niemedykocentryczną orientacją badawczą interesują zwłaszcza te spośród podmiotowych aktywności w zdrowiu i chorobie, które realizowane są w kontekście życia codziennego, w oparciu o zasoby laickich sieci społecznych. Orientacja ta cechuje się postawieniem w centrum zainteresowań badacza już nie profesjonalisty medycznego i instytucjonalnej medycyny (jak było we wczesnej, medykocentrycznej fazie rozwoju socjomedycznej problematyki badawczej), ale 'zwykłego' człowieka (w dalszym toku analizy, odwołując się do terminologii Eliota Freidsona, autor będzie używał określenia 'laik'), który wyposażony zostaje w prerogatywę 'podmiotowego sprawstwa' (*agency*) w odniesieniu do problemów zdrowia i choroby [termin ten zaproponowany został przez Jacka Szmatkę, cyt. za: Szacki 2002: 882]

CEL PRACY

W niniejszym artykule autor zastanawia się nad genezą i poznawczą tożsamością niemedykocentrycznej orientacji badawczej w socjologii medycyny (która w związku z tym – jak się sugeruje – ma się konsekwentnie przekształcić w „socjologię zdrowia” lub „socjologię zdrowia i choroby”). Przedmiotem analizy będą wybrane zagadnienia dotyczące rozwoju tej orientacji badawczej w perspektywie historycznej, ze zwróceniem uwagi na współtworzące ją szczegółowe nurty badawcze, z uwzględnieniem socjologii doświadczenia choroby oraz socjologii zdrowia. Przedmiotem analizy będzie także pochodne zagadnienie, wyłaniające się w związku z rozwojem w socjologii medycyny omawianej orientacji badawczej, dotyczące tego, czy i w jakich aspektach instytucjonalna medycyna pozostaje atrakcyjnym polem badań socjologów medycyny (także współtworzących analizowany nurt badawczy). Ze względu na ograniczoną objętość tekstu autor zastrzega, że podjęte zostaną jedynie wybrane zagadnienia odnoszące się do wskazanych problemów badawczych.

Refleksja nad genezą i statusem niemedykocentrycznej orientacji badawczej wpisuje się w szerszy namysł nad perspektywami dalszego rozwoju socjologii medycyny i jego potencjalnymi 'siłami napędowymi'. Podjęcie tej kwestii jest uzasadnione ze względu na nowy kontekst funkcjonowania subdyscypliny

w naukach o zdrowiu, wyznaczany z jednej strony przez zacieranie się granic pomiędzy obszarami problemowymi, specyficznymi dla poszczególnych dyscyplin aktywnych na tym terenie, z drugiej zaś przez ostrą konkurencyjność o programy badawcze. Sytuacja socjologii medycyny na tym terenie skomplikowała się, ponieważ utraciła ona pozycję monopolisty, badającego społeczne aspekty zdrowia, choroby i leczenia. Zagadnienia te są obecnie przedmiotem naukowej eksploracji (realizowanej także przy wykorzystaniu metodologii badań socjologicznych) również na terenie innych dziedzin nauki, wywodzących się zarówno z medycyny (medycyna społeczna, zdrowie publiczne, epidemiologia społeczna, pielęgniarstwo społeczne etc.), jak i z obszaru nauk społecznych (antropologia medyczna, pedagogika zdrowia, psychologia zdrowia etc.) [więcej w tej kwestii zob.: Pescosolido, Kronenfeld 1995: 15–16].

GENEZA NIEMEDYKOCENTRYCZNEJ ORIENTACJI BADAWCZEJ W SOCJOLOGII MEDYCYNY

Podjmując próbę rozstrzygnięcia sformułowanych powyżej problemów badawczych, autor nakreślił w pierwszej kolejności historyczną genezę niemedykocentrycznej socjomedycznej orientacji badawczej. Zanim jednak ten wątek zostanie rozwinięty, zapytać należy o specyfikę przeciwstawnej, a mianowicie medykocentrycznej orientacji badawczej na terenie subdyscypliny. Odpowiadając na to pytanie zacznijmy od stwierdzenia, że w jej ramach mieści się m.in. szereg szczegółowych nurtów badawczych o orientacji aplikacyjnej, które mają na celu generowanie wiedzy społecznej, ukierunkowanej na doskonalenie praktyki medycznej (są to na przykład badania nad społeczną genezą chorób, analizy znaczenia kompetencji behawioralnych w praktyce medycznej, zastosowań wiedzy społecznej w obszarze zdrowia publicznego i inne). Badania o takim profilu dominowały we wczesnej fazie rozwoju socjologii medycyny, zarówno w kontekście amerykańskim, jak i w Europie, w tym także w Polsce. Podejmowanie przez socjologów medycyny tak sprofilowanej aktywności badawczej znalazło odzwierciedlenie w dychotomii Roberta Strausa, streszczającej najwcześniejszą fazę rozwoju tej dziedziny w USA, który nurt ten określił jako *sociology in medicine* [Straus 1957: 203]. ‘Medykocentryczność’ badań socjomedycznych przejawia się także analizowaniem dróg i mechanizmów docierania chorych do profesjonalnej pomocy medycznej. Wymową taką miała wyjściowa dla teorii socjologii medycyny strukturalno-funkcjonalna koncepcja roli społecznej chorego Talcotta Parsonsa, opisująca behawioralny aspekt chorowania, prowadzący

do „przekształcenia” chorego w pacjenta [Parsons 1966: 428–479, rozdz. *Social structure and dynamic proces: the case of modern medical practice*]. Także późniejsze chronologicznie ujęcia teoretyczne zachowań w chorobie miały podobną orientację. Wyrastająca z krytycznej koncepcji recepcji roli społecznej chorego, Davida Mechanica koncepcja zachowań w chorobie także cechowała się orientacją medykocentryczną, opisywała bowiem drogi chorych do instytucjonalnej medycyny [zob. np. Mechanic 1968: 115–157, rozdz. *The patient's perspective of his illness: The study of illness behavior*].

Początki niemedykocentrycznej orientacji badawczej w socjologii medycyny, jak autor wyżej zasugerował, można upatrywać w nurcie badawczym zdefiniowanym przez Roberta Strausa jako *sociology of medicine*. Jest on reprezentowany przez tych badaczy, którzy przyjmują nastawienie krytyczne wobec medycyny, a zarazem mają na celu generowanie wiedzy przydatnej z perspektywy ogólnosocjologicznej. Badania o takim profilu opisują „strukturę organizacyjną, relacje ról społecznych, systemy wartości [...] oraz funkcje medycyny jako systemu zachowania”, przy czym podejmując tak ukierunkowane badania socjolog „staje z boku i bada medycynę jako instytucję [...]” [Straus 1957: 203]. Ich celem było (i nadal pozostaje) dopełnienie wiedzy o społeczeństwie o informacje dotyczące społecznych funkcji instytucjonalnej medycyny, ze zwróceniem uwagi na wpływy społeczne na naukę, praktykę i nauczanie medycyny, a także na zwrotne oddziaływanie tych komponentów medycyny na życie społeczne [por. Usher 2007: 2941]. Andrew C. Twaddle wskazuje, że w ramach takiego podejścia „praktyka medyczna została potraktowana jako instytucja społeczna, umożliwiająca zrozumienie społeczeństwa”, przy czym celem takich badań było przede wszystkim „wzbogacenie wiedzy o strukturach i procesach społecznych” [1982: 333]. Socjologiczne badania „o medycynie” były podejmowane od początku istnienia subdyscypliny. Z reguły cechowały się nachyleniem krytyczno-demaskatorskim [określenie Antoniny Ostrowskiej; zob. tejże 2002: 219] i ujawniały dysfunkcjonalność medycyny, w tym jej formalnych instytucji. Klasyczną analizę o takim profilu zrealizował E. Goffman, który opisał anty-terapeutyczne aspekty funkcjonowania amerykańskich stanowych szpitali psychiatrycznych i na tej podstawie stworzył koncepcję „instytucji totalnej” [Goffman 2006]. W tym nurcie badawczym analizowano także wielorakie, psychospołeczne konsekwencje hospitalizacji, zwracając uwagę na mankamenty leczenia szpitalnego, polegające na zdehumanizowanym podejściu do pacjentów [zob. Sokołowska 2009: 184–188]. W nurcie krytycznym wobec medycyny mieści się także szereg analiz wykazujących jej ograniczony wpływ na wskaźniki stanu zdrowia społeczeństwa. W ich efekcie zakwestionowano ugruntowane poglądy na temat wiodącej roli

medycyny w panoramie czynników determinujących kondycję zdrowotną społeczeństw, zwracając uwagę na dominujące znaczenie w tym względzie czynników społecznych, mieszczących się poza zakresem kompetencyjnym biomedycyny [McKinlay, McKinlay 2001]. W nurcie ‘socjologia o medycynie’ analizowano także zjawisko medykalizacji życia społecznego, opisując, na ogół z nastawieniem krytycznym, społeczne konteksty i skutki poszerzania obszaru kompetencyjnego profesjonalistów medycznych o nowe problemy, dotychczas pozostające poza obszarem ich zainteresowania [zob. Conrad, 2000]. Należy podkreślić, że dorobek wypracowany w omawianym nurcie, zwłaszcza dowodzący ograniczonych możliwości instytucjonalnej medycyny w zakresie poprawy stanu zdrowia społeczeństw, doprowadził do zakwestionowania dominującej roli dyskursu medycznego w odniesieniu do zdrowia i choroby człowieka. W przekonaniu A.C. Twaddle’a, jednego z inicjatorów socjologii zdrowia, jedną z konsekwencji takich badań było uznanie medycyny za „[tylko – uzupełnienie M.S.] jeden z elementów związanych ze zdrowiem zarówno jednostek, jak i populacji” [1982: 349], przy jednoczesnym położeniu nacisku na ekonomiczne i polityczne aspekty funkcjonowania społeczeństw, a także problematykę struktury społecznej i przynależności etnicznej w relacji do zdrowia człowieka. Z takiej inspiracji wyłoniła się, jego zdaniem, socjologia zdrowia, która charakteryzuje się krytycznym podejściem do przekonań na temat wiodącego znaczenia profesji medycznych w procesach zachowania zdrowia [Twaddle 1982: 351].

Ważną rolę w ukształtowaniu się niemedykocentrycznej orientacji badawczej socjologii medycyny odegrał dorobek socjomedyczny, wypracowany w ramach powojennej, interakcjonistycznej tradycji uniwersytetu chicagowskiego [szerzej zob. Conrad 2007], w której ramach zainicjowano i rozwinięto badania nad chorobą i chorowaniem zwracające uwagę na laicką perspektywę interpretacyjną. W toku historycznego rozwoju badań o takim profilu stopniowo dowartościowywano pozycję laika w procesach chorowania i leczenia, przyznając coraz większą rangę nieprofesjonalnym interpretacjom tych zjawisk [Skrzypek 2011b]. Początkowo zwracano uwagę na zderzenie interpretacji medycznych i laickich, mające miejsce w toku procesu chorowania, z wyakcentowaniem wynikającego stąd konfliktu, przy czym we wstępnych ujęciach tego zagadnienia ranga perspektywy laika była relatywnie niska. Dostrzec to można w pionierskiej pracy Freda Davisa, opisującej „anatomie” kryzysu rodziny, związanego z zachorowaniem dziecka na poliomyelitis. Do pewnego momentu w jego przebiegu dominują laickie, nieprofesjonalne objaśnienia problemu zdrowotnego dzieci, które zostają jednak nieuchronnie wyparte przez interpretacje biomedyczne [Davis 1963; zob. zwłaszcza par. *The Warning Stage*, 23–29 oraz *The Impact Stage*, 29–33].

Dodajmy, że włączenie perspektywy chorego do badań socjomedycznych miało miejsce w szerszym kontekście teoretycznej reorientacji socjologii, odchodzącej od perspektywy makrospołecznej, odwołującej się do teorii strukturalno-funkcjonalnej (reprezentowanej w socjologii medycyny przez Talcotta Parsonsa), na rzecz ujęć mikrostrukturalnych, nawiązujących do założeń socjologii humanistycznej, zwracających uwagę na jednostkę i jej problemy. Eliota Freidsona koncepcja socjologii medycyny, opisana m.in. w pracy *Profession of Medicine* z roku 1970, ma orientację już zdecydowanie niemedykocentryczną, badacz ten wiele miejsca poświęca bowiem analizom procesów społecznej konstrukcji choroby, zachodzących w ramach 'systemu laików' [zob. Freidson 1970: 278–301, rozdz. *The lay construction of illness*], zwracając uwagę na laickie wpływy na proces chorowania i podejmowane w tym kontekście działania [zob. tamże: par. *Culture and the use of medical services* oraz *The organization of the entrance to care*, 286–291]. Ten wybitny przedstawiciel socjomedycznej tradycji interakcjonistycznej zdecydowanie opowiadał się za analizowaniem zagadnień choroby i chorowania z perspektywy niezależnej od instytucjonalnej medycyny. Ważny etap w procesie budowania niemedykocentrycznej orientacji badawczej socjologii medycyny stanowiła sformułowana przez Anselma Straussa i Barneya Glasera dyrektywa badania procesu chorowania z perspektywy chorego, w kontekście życia codziennego, w celu dopełnienia dotychczasowej wiedzy o życiu z chorobą, generowanej w kontekstach instytucji medycznych [Strauss, Glaser 1975: vii–viii]. Omawiana reorientacja profilu badań socjomedycznych dokonywała się w szerszym kontekście, wyznaczanym przez kwestionowanie rangi dyskursu eksperckiego w odniesieniu do szeregu ludzkich problemów, w tym dotyczących zdrowia i choroby. Odchodzenie od „kultury eksperckiej” znalazło odzwierciedlenie także w socjologii, w tym w socjologicznych badaniach nad medycyną akademicką [por. Prior 2003: 43].

Wpływ niemedykocentrycznej orientacji badawczej na poznawczą tożsamość subdyscypliny

Po schematycznym zarysowaniu historycznej genezy socjomedycznej, niemedykocentrycznej orientacji badawczej [autor szerzej omawia te zagadnienia w pracy: Skrzypek 2011b] zastanówmy się z kolei, w jaki sposób jej wyłonienie się wpływa na poznawczą tożsamość socjologii medycyny jako dziedziny nauki. Analizując to zagadnienie, należy po pierwsze zwrócić uwagę na konsekwencje terminologiczne. W związku z dynamicznym rozwojem badań socjomedycznych zorientowanych na laika, przedstawiono propozycje nazewnictwa subdyscypliny, pomijające termin „medycyna”, np. w brzmieniu *sociology of health* [Twaddle,

Hessler 1977; Twaddle 1982] czy *sociology of health and illness* [Nettleton 1996, 2006b]. Zatrzymajmy się nad znaczeniem tych terminów w rozumieniu przedkładających je autorów zachodnich. Andrew C. Twaddle, propagator socjologii zdrowia i współautor klasycznego podręcznika o takim profilu [Twaddle, Hessler 1977] argumentuje, że zmiany w polu badań socjologii medycyny mają charakter etapowy. Jego zdaniem socjologia zdrowia jest zwieńczeniem ewolucji pola badań tej dziedziny, przebiegającej od badań aplikacyjnych (socjologia w medycynie w ujęciu Roberta Strausa), poprzez badania medycyny jako instytucji społecznej (socjologia o medycynie), aż do socjologii zdrowia [por. Twaddle 1982: 347 i nast.; w polskiej socjologii medycyny analogiczny pogląd prezentowała Uramowska-Żyto 1992: 9]. Trzeba jednak zdecydowanie podkreślić, że wyłonienie się socjologii zdrowia nie oznacza w ujęciu Twaddle'a rewolucyjnej reorientacji pola badań socjomedycznych, wyrażającej się wyłączną koncentracją badaczy na zdrowiu i jego socjokulturowych korelatach (jak mogłoby sugerować termin 'socjologia zdrowia'). Nowa formuła subdyscypliny w jego ujęciu ma polegać na poszerzeniu dotychczasowych zainteresowań badawczych socjologów medycyny, dotyczących medycyny i jej roli w społeczeństwie, o działania laików w sytuacjach zdrowia i choroby, przy czym ranga każdego z tych problemów w polu badań socjomedycznych ma być proporcjonalna względem ich rzeczywistej roli w procesach zachowania i odzyskiwania zdrowia [por. Twaddle 1982: 349–351]. A.C. Twaddle nie wyłącza zatem instytucjonalnej medycyny poza zakres zainteresowań badawczych socjologa zdrowia, ponieważ orientacja ta, w swych zasadniczych założeniach, ma integrować badania nad wszystkimi rolami społecznymi związanymi z leczeniem, podejmowanymi zarówno przez przedstawicieli instytucjonalnej medycyny, jak i przez laików [Twaddle 1982: 351]. Zatem „niemedykocentryczność” zaproponowanej przez A.C. Twaddle'a wersji socjologii medycyny polegać ma na pluralistycznym rozumieniu zasobów, wykorzystywanych przez ludzi w procesach zachowania/odzyskiwania zdrowia, z uwzględnieniem wszystkich dostępnych opcji, medycznych i niemedykocentrycznych, przy czym znaczenie instytucjonalnej medycyny w tym względzie zostaje tu urealnione (w kwestii leczenia niemedykocentrycznego zob. pionierską monografię W. Piątkowskiego z roku 2008). Analogiczne jest stanowisko Sarah Nettleton, która swemu klasycznemu podręcznikowi socjologii medycyny, w jego kolejnych wydaniach, nadaje konsekwentnie tytuł *Sociology of Health and Illness*. W jej przekonaniu zainteresowania badawcze subdyscypliny, uprawianej w takiej konwencji, uwzględniają laickie doświadczenia zdrowia i choroby oraz wielorakie zagadnienia współczesnego życia społecznego, powiązane ze zdrowiem, nie pomijają jednak klasycznych zagadnień socjomedycznych, dotyczących relacji

lekarz-pacjent, organizacji formalnej opieki medycznej etc., będących integralnym elementem formuły badawczej ‘socjologia o medycynie’ [por. Nettleton 2006b: 7–9]. Sarah Nettleton koncepcja pola badań socjologii zdrowia i choroby, podobnie jak w ujęciu A.C. Twaddle’a, ma zatem charakter integracyjny, obejmuje bowiem klasyczne, medykocentryczne i nowsze wątki badawcze, dotyczące perspektywy laika. Dodajmy w tym miejscu, że formalna instytucjonalizacja propagowanej przez Twaddle’a i Nettleton orientacji badawczej dokonała się w związku z powołaniem w roku 1979 brytyjskiego czasopisma „Sociology of Health and Illness”. Periodykowi temu przypisuje się ważną rolę w rozwijaniu w ramach socjologii medycyny kwalitatywnych podejść badawczych, nakierowanych na opisywanie laickich doświadczeń zdrowia i choroby [por. Seale 2008; zob. także Armstrong 1999: 526].

Rozważmy z kolei, jaki sposób rozumienia poznawczej tożsamości socjologii zdrowia prezentowany jest przez propagatorów tej orientacji badawczej w polskiej socjologii medycyny. Pominiemy w tym miejscu szczegółowe omawianie ewolucji polskich badań socjomedycznych, prowadzącej w kierunku socjologii zdrowia, gdyż zagadnienie to zostało wielokrotnie wyczerpująco opracowane, także w szeregu prac opublikowanych ostatnio, w związku z dwudziestą rocznicą śmierci twórczyni socjologii medycyny w Polsce, profesor Magdaleny Sokołowskiej [zob. np. Piątkowski 2010; Piątkowski, Nowakowska 2010]. Musimy jednak zwrócić uwagę na wkład M. Sokołowskiej w budowanie szerokiej formuły badawczej subdyscypliny w Polsce, obejmującej nie tylko badania realizowane z myślą o praktycznych wdrożeniach w opiece medycznej (badania o takim profilu Sokołowska chętnie podejmowała i promowała w związku ze swym medycznym przygotowaniem zawodowym, zwłaszcza we wczesnej fazie rozwoju subdyscypliny w Polsce), lecz także badania prowadzone z perspektywy od medycyny niezależnej, używając terminologii tej pracy: o charakterze niemedykocentrycznym. Aby zilustrować tę tezę, zatrzymajmy się nad książką podsumowującą wczesną fazę rozwoju polskich badań socjomedycznych pod red. M. Sokołowskiej pt. *Badania socjologiczne w medycynie*, wydaną w roku 1969. W przedmowie do tej monografii Sokołowska zamieściła odrębny paragraf poświęcony zagadnieniom *Wiedzy i postaw wobec zdrowia, choroby i opieki zdrowotnej* [Sokołowska 1969a: 18–19]. Odnajdujemy tu stwierdzenia, ułatwiające zrozumienie założeń niemedykocentrycznej orientacji badawczej w socjologii medycyny. Autorka zwróciła uwagę na specyfikę socjologicznego podejścia badawczego do zagadnień zdrowia, choroby i opieki zdrowotnej, polegającą na ich badaniu „[...] od strony «laików»”. Podejście takie przeciwstawia się, jak zauważyła Sokołowska, medycznej koncepcji pacjenta jako „chorego organizmu

biologicznego”, proponując pełniejsze ujęcie pacjenta jako „człowieka, który posiada określone postawy, uczucia, wiedzę i oczekiwania co do zdrowia, choroby i służby zdrowia” [Sokołowska 1969a: 18]. Autorka podkreśliła, że wiedza dotycząca tej kwestii, generowana przez socjologów, jest potrzebna medycynie, ponieważ jest „ważnym elementem osiągania sukcesu w zapobieganiu, leczeniu i rehabilitacji” [tamże]. Warto zauważyć, że przedstawiona przez M. Sokołowską wizja badań nad pozaprofesjonalnymi aspektami zdrowia, choroby i leczenia ma charakter integracyjny i łączy aspekt ‘niemedykocentryczności’, manifestujący się zwróceniem uwagi na perspektywę laika, z orientacją medykocentryczną, wyrażającą się wskazywaniem możliwości zastosowań wiedzy o takim profilu na terenie medycyny.

Jednym z przejawów niemedykocentrycznej orientacji badawczej w socjologii medycyny, także w Polsce, jest tworzenie socjologii zdrowia. W ujęciu Anny Titkow termin ten implikuje wychodzenie socjologów poza badania medycyny, traktowanej jako „społecznie zorganizowany sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych”, w kierunku badań inspirowanych pojęciem „zdrowia”, rozumianym jako „wielowymiarowa struktura obejmująca fizyczne, psychologiczne, emocjonalne, a nawet duchowe aspekty, które należy analizować przy uwzględnieniu wpływu na nie wielu struktur: rodziny, przemysłu, wykształcenia, akceptowanej filozofii i światopoglądu” [Titkow 1993: 61]. Jak stwierdza autorka, „przy takiej interpretacji zdrowia nie można oczywiście pomijać pozamedycznych form zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jak i promocji samego zdrowia” [tamże]. Anna Titkow argumentuje, że w historycznym rozwoju polskiej socjologii medycyny można dostrzec przejawy naturalnej ewolucji w kierunku problematyki zdrowia, przy czym dokonywała się ona przede wszystkim w warstwie praktycznej, a nie tylko deklaratywnej. Wymowę taką miały na przykład badania socjomedyczne, realizowane w IF i S PAN po roku 1968 przez zespół badawczy Magdaleny Sokołowskiej, silniej związane z socjologią ogólną, których „płaszczyzną odniesienia” (słowa A. Titkow) było społeczeństwo, nie zaś (jak dotychczas – uwaga moja, M.S.) medycyna [tamże: 65]. W przekonaniu A. Titkow wypracowanie w polskiej socjologii medycyny nowej formuły, określanej terminem „socjologia zdrowia”, stało się faktem „nie poprzez decyzje semantyczne”, ale dlatego, że jej reprezentanci podejmowali badania o zróżnicowanym profilu, w tym badania na użytek medycyny, badania „o medycynie”, a także nad zdrowiem i chorobą, nastawione na wzbogacenie wiedzy o społeczeństwie [tamże: 66]. Komentując tezy Anny Titkow zauważmy, że postrzega ona socjologię zdrowia (podobnie jak A.C. Twaddle), jako fazę w rozwoju przedmiotu badań subdyscypliny, której znakiem szczególnym jest koncentracja na pojęciu zdrowia

i jego szerokiego, społeczno-kulturowego kontekstu, jednak bez wykluczania klasycznych zagadnień, dotyczących medycyny i jej społecznych funkcji, o czym świadczy stosowanie przez Annę Titkow integracyjnego terminu „socjologia zdrowia i medycyny”.

W kontekście tych rozważań należy także zatrzymać się nad koncepcjami Włodzimierza Piątkowskiego, który w ramach lubelskiego ośrodka socjomedycznego, (dodajmy: współtworzonego obecnie przez trzy uczelnie, to Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytet Medyczny oraz Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II), konsekwentnie buduje socjologiczny nurt badawczy, dotyczący problematyki zdrowia i promocji zdrowia, poświęcając tym kwestiom od ponad dziesięciu lat szereg artykułów i wydawnictw zwartych. W tekście otwierającym monografię *W stronę socjologii zdrowia* z roku 2002 badacz ten nakreślił polski i zachodni kontekst, w którym wyłania się socjologia zdrowia, a także zdefiniował jej przedmiot, zwracając uwagę, że socjologia zdrowia „stawia zdrowie, jego ochronę i promocję w centrum zainteresowań teoretycznych, badawczych i praktycznych” [Piątkowski 2002: 38]. W przekonaniu Piątkowskiego, analizy historycznego rozwoju socjologii medycyny w Polsce wskazują na istnienie wyraźnego trendu w kierunku jej uniezależnienia się od medycyny, jak pisze – „uwalniania się od «medycznej supremacji»” [tamże: 36] i przechodzenia od „socjologii w medycynie” do bliższej socjologii ogólnej „socjologii o medycynie”. Jedną z konsekwencji tej zmiany jest, zdaniem Piątkowskiego, przesunięcie w polu badań subdyscypliny od socjologii choroby do socjologii zdrowia. Cytowany autor zdecydowanie afirmuje odchodzenie od traktowania medycyny jako wiodącego punktu odniesienia badań socjomedycznych. Włodzimierz Piątkowski zastanawia się w tym kontekście nad możliwością wyłonienia się odrębnej dyscypliny naukowej o nazwie „socjologia zdrowia”. Stawia pytanie „czy są merytoryczne powody uczynienia obecnie z socjologii zdrowia samodzielnego kierunku naukowego, charakteryzującego się dojrzałością teoretyczno-metodologiczną i praktyczną użytecznością? [podkr. M.S.]”. We wprowadzeniu do analizy wybranych kierunków badawczych na terenie socjologii zdrowia zwraca uwagę, że „wyodrębnienie się problematyki badawczej jest istotnym warunkiem uzyskania przez daną dyscyplinę stanu wymaganej dojrzałości naukowej, uwaga ta odnosi się również do będącej <w trakcie stawiania się> socjologii zdrowia [podkr. M.S.]” [tamże: 39]. Propagowana przez Piątkowskiego wizja rozwoju socjomedycznej problematyki badawczej zakłada zatem wyłonienie się socjologii zdrowia jako szczegółowej subdziedziny socjologicznej, cechującej się specyficzną, poznawczą tożsamością, która miałaby współtworzyć, razem z klasyczną socjologią medycyny, szerszą formułę tej dziedziny, ujmo-

waną przez nazwę „socjologia zdrowia i medycyny”. Odwołajmy się ponownie do słów W. Piątkowskiego (pisanych wspólnie z Anną Titkow), ze wstępu do cytowanej monografii: „Efektem [...] ewolucji [w stronę socjologii zdrowia] nie jest eliminacja «socjologii medycyny» i zastąpienie jej «socjologią zdrowia», ale koegzystencja obu tych perspektyw teoretyczno-praktycznych, zawarta w nazwie naszej dyscypliny: «socjologia zdrowia i medycyny»” [Piątkowski, Titkow 2002: 10–11]. Docelowy status socjologii zdrowia, w ujęciu W. Piątkowskiego, ma być zatem wysoki, ma ona bowiem stanowić jeden z dwóch, zasadniczych filarów dziedziny wiedzy, utworzonej w Polsce przez M. Sokołowską, oczywiście przy założeniu, że nakreślony przez W. Piątkowskiego scenariusz dynamicznego rozwoju socjologii zdrowia wypełni się. Ta kwestia wymaga uważnej analizy, uwzględniającej aktualny stan polskich badań socjomedycznych, pokazującej, w jakiej proporcji była w nich podejmowana tematyka zdrowia, w porównaniu do zagadnień medycyny, choroby i chorowania i innych tradycyjnych problemów socjomedycznych.

Relatywnie mniejszą rangę socjologicznej problematyce zdrowia w polu badań socjologii medycyny przyznaje Marek Latoszek. Takie stanowisko ujawnia się w zaproponowanej przez tego autora nazwie subdyscypliny w brzmieniu „socjologia choroby, zdrowia i medycyny” [Latoszek 1998], która ma obejmować socjologię choroby, socjologię zdrowia oraz socjologię „o medycynie”, uprawianą m.in. w kontekście socjologicznej teorii instytucji społecznych. Cytowany autor opowiada się za kontynuacyjnym, a zarazem zrównoważonym scenariuszem rozwoju badań socjomedycznych. W cytowanym artykule odnotowuje bowiem dynamiczny rozwój badań nad zdrowiem, mający miejsce w polskiej socjologii medycyny, wyraża jednak w związku z tym obawę, że „nadmierna ekspansja [dyscypliny] w kierunku problematyki zdrowia może spowodować naruszenie pewnej równowagi między problematyką zdrowia i choroby jako przedmiotem badań, ekspertyz, refleksji teoretycznej – tak niezbędnej dla rozwoju dyscypliny” [Latoszek 1998: 352]. Marek Latoszek zdecydowanie podkreśla zarazem, że „choroba pozostaje nadal w centrum zainteresowania socjologów medycyny [...]” [tamże]. Chronologicznie wcześniejsze, programowe publikacje socjomedyczne tego autora przynoszą stanowisko dotyczące struktury pola badań socjologii medycyny, w którego świetle socjologia zdrowia, razem z socjologią choroby, współtworzy jeden z działów socjologii medycyny (określony jako ‘socjologia zdrowia i choroby’), ulokowany obok dwóch innych działów, skoncentrowanych wokół socjologicznych zagadnień instytucji medycznych oraz zawodów medycznych [Latoszek 1979: 48–51]. Zauważmy, że cechuje się ono równomiernym rozłożeniem akcentów, obejmuje bowiem zarówno nowsze, jak

i tradycyjne wątki badawcze. W nowszej z cytowanych publikacji z roku 1998, Marek Latoszek zdecydowanie opowiada się za podtrzymaniem ciągłości tradycji badań socjomedycznych. Autor ten nie przewiduje „ani końca socjologii choroby, i medycyny, ani też spektakularnego punktu zwrotnego w jej działalności, lecz jedynie kontynuację, w procesie dialogu i kooperacji z medycyną, z równoczesnym odniesieniem do teorii socjologicznej i problematyki zdrowia” [Latoszek 1998: 370]. W ujęciu cytowanego autora instytucjonalna medycyna, a także problematyka choroby i chorowania, pozostają ważnym przedmiotem badań subdyscypliny. Marka Latoszka model socjologii medycyny nie ma zatem wyraźnej orientacji niemedykocentrycznej. Uwzględnia wprawdzie podejmowanie badań dotyczących zdrowia (zauważmy, że relatywnie wysoką rangę tej problematyce autor ten przyznał już w roku 1979, trzy lata po ukazaniu się książki *Socjologia a zdrowie* pod red. M. Sokołowskiej, J. Hołównki i A. Ostrowskiej, legitymizującej ten kierunek badań w polskiej socjologii medycyny), jednak wyższą rangę przyznaje klasycznym badaniom socjomedycznym z zakresu socjologii choroby („socjologia choroby, zdrowia i medycyny”), a ponadto zagadnienia „socjologii o medycynie” traktuje jako nadal aktualny, integralny element pola badań subdyscypliny. Podobną w swej zasadniczej wymowie, integracyjną wizję rozwoju pola badań socjologii medycyny propaguje Beata Tobiasz-Adamczyk, która w kontekście powstania socjologii zdrowia napisała o socjologii choroby, że „pomimo prób zepchnięcia jej na <tor boczny> jej atrakcyjność pozostaje niezmienną” [Tobiasz-Adamczyk 2005: 37].

W stronę zrównoważonego scenariusza rozwoju badań socjomedycznych

Poszukajmy z kolei uzasadnień dla celowości rozwijania zrównoważonego scenariusza rozwoju socjologii medycyny, obejmującego klasyczną problematykę choroby i medycyny na równi z problematyką zdrowia, jednak bez przyznawania tej ostatniej pozycji preferencyjnej. Zauważmy po pierwsze, że tematy badawcze dotyczące choroby i leczenia medycznego, a także instytucjonalnej medycyny (nota bene ściśle ze sobą powiązane, ponieważ zagadnienia choroby są wiodącym obszarem zainteresowania nauk medycznych), nabierają szczególnego znaczenia w kontekście obecnej, drugiej fazy ‘przejścia epidemiologicznego’, polegającej na wydłużaniu się oczekiwanej długości życia osób chorujących z powodu chorób przewlekłych, co jest związane ze zwiększeniem się terapeutycznych możliwości biomedycyny. Zjawisko to następuje po fazie wzrostu występowania niezakaźnych chorób przewlekłych w populacjach krajów rozwiniętych cywilizacyjnie, która miała miejsce w połowie minionego stulecia [por. Tulchinsky, Varavikova, 2000: 68]. W konsekwencji powstaje zapotrzebowanie na działania wspierające osoby

chorujące przewlekle (żyjące z chorobą) w codziennym funkcjonowaniu. Jest to pole działania dla badaczy i praktyków społecznych, w tym dla socjologów medycyny, ciągle niewystarczająco zagospodarowane [szerzej w tej sprawie zob. Skrzypek 2011b: 416 i nast.].

Rozwijanie klasycznej socjomedycznej problematyki badawczej, dotyczącej choroby i medycyny, uzasadnia także kontekst tzw. „drugiego przejścia epidemiologicznego”, polegającego na wzroście częstości występowania tzw. funkcjonalnych, albo czynnościowych zaburzeń stanu zdrowia (w terminologii anglojęzycznej: *Medically Unexplained Physical Symptoms*), które polegają na obecności dolegliwości somatycznych, dla których na poziomie codziennej praktyki lekarskiej nie znajduje się biomedycznego objaśnienia. Kwestia ta była podnoszona w polskiej socjologii medycyny przez M. Sokołowską już w latach 60. XX w. Zwracała ona uwagę (powołując się na dane T. Frąckowiak i S. Lederera), że wizyty lekarskie, spowodowane tego rodzaju zaburzeniami zdrowia, są powodem 30–50% wszystkich konsultacji u lekarzy nie psychiatrów i podkreślała, że na tym terenie istnieją realne możliwości współdziałania socjologii z medycyną [Sokołowska 1969b: 27; z najnowszych analiz socjologicznych tego zagadnienia zob. Bielecki 2007]. Nowsze dane sugerują nawet większy zasięg zjawiska funkcjonalnych zaburzeń zdrowia: według S. Nettleton od 50 do 70% objawów prezentowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej nie ma objaśnienia w organicznej patologii [Nettleton 2006a: 1168]. Zastanówmy się, jakie są implikacje tego faktu dla profilu badań socjomedycznych. Spojrzenie na funkcjonalne zaburzenia zdrowia z perspektywy socjologicznej zwraca uwagę na kluczową rolę medycyny w strukturalizacji doświadczenia choroby, a także legitymizacji dostępu chorych do instytucjonalnej pomocy w chorobie. W szeregu badań wykazano bowiem, że w przebiegu funkcjonalnych zaburzeń zdrowia chorzy doświadczają szczególnie dojmującej niepewności i dążąc do jej redukcji, podejmują aktywne działania, także w ramach społecznych grup nacisku, mające na celu uzyskanie medycznego rozpoznania. Odrzucają zarazem zdecydowanie psychologiczne interpretacje swego problemu zdrowotnego, te nie gwarantują bowiem legitymizacji doświadczanego cierpienia (taką prerogatywę ma bowiem tylko instytucjonalna medycyna), a ponadto nie otwierają dostępu do przywilejów związanych z rolą społeczną chorego [por. Nettleton 2006: 1168]. Może to stanowić przesłankę do rewitalizacji niektórych tez teorii strukturalno-funkcjonalnej, odnoszących się do choroby i chorowania. Zasygnalizowane tu problemy badawcze lokują się na styku dwóch działów socjologii medycyny: rozwijanej przez S. Nettleton „socjologii choroby niepewnej” [zob. tamże: 1168–1169], a także „socjologii diagnozy lekarskiej” [zob. Jutel 2009; tę problematykę w polskiej

socjologii medycyny z perspektywy społecznej konstrukcji wiedzy medycznej B. Uramowska-Żyto analizowała już w roku 1981]. Odnotujemy, że publikacja Annemarie Jutel z roku 2009, dotycząca społecznych aspektów lekarskiego rozpoznania, nakierowana na zdynamizowanie tworzenia socjologii diagnozy lekarskiej, sprowokowała szereg wypowiedzi czołowych zachodnich socjologów medycyny, opublikowanych w roku 2011 na łamach „Social Science and Medicine” [zob. np. Jutel, Nettleton 2011; Armstrong 2011; Brown et al. 2011]. Prace te są zbieżne we wskazywaniu medycznej diagnozy jako wypadkowej szeregu oddziaływań, daleko wykraczających poza wiedzę i kompetencje biomedycyny, obejmujących kulturę, a także działania różnorodnych grup nacisku, domagających się włączenia określonych problemów do medycznych systemów nozologicznych (lub odwrotnie) etc., a ponadto aktu, który pociąga za sobą szereg ważnych, społecznych konsekwencji, polegających m.in. na modelowaniu sposobów doświadczania choroby i życia z chorobą.

W kontekście tych rozważań należy podkreślić, że funkcje diagnozy lekarskiej, a zatem także instytucjonalnej medycyny, opisywane w ramach socjologicznych analiz funkcjonalnych zaburzeń stanu zdrowia, polegające na strukturalizacji doświadczenia somatycznego cierpienia, związanego z chorobą i chorowaniem, wskazane zostały w socjologii medycyny znacznie wcześniej, a mianowicie we wczesnej fazie rozwoju socjologii doświadczenia choroby. Dokonał tego w ramach brytyjskiej tradycji badań o takim profilu Michael Bury, który w oparciu o wywiady pogłębione analizował znaczenia nadawane przez chorych doświadczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. Badacz ten zwrócił uwagę, że choroba ta jest przez chorych interpretowana w kategoriach „zakłócenia biograficznego”, to znaczy zdarzenia przerywającego bieg osobistej biografii, a ponadto zaburzającego zwyczajne sposoby rozumienia rzeczywistości. Implikuje ono zatem konieczność podjęcia określonych działań naprawczych, nakierowanych na zintegrowanie choroby z osobistą biografią [Bury 1982: 168–170]. Co ważne w kontekście tych rozważań, M. Bury wykazał, że w procesie nadawania znaczeń doświadczeniom choroby i chorowania chorzy odwoływali się nie tylko do laickich ‘zasobów’ interpretacyjnych, ale także, że w procesie tym ważną rolę odgrywała instytucjonalna medycyna. Oferowane przez nią objaśnienia doznawanego cierpienia chorzy traktowali jako istotny sposób przeciwdziałania niepewności, integralnie związanej z doświadczeniem przewlekłego chorowania [tamże: 179]. Warto odnotować, że w takim kontekście Michael Bury sceptycznie komentował socjomedyczne tezy, dotyczące medykalizacji życia, traktując je jako „naiwne” z socjologicznego punktu widzenia [tamże]. Ustalenia badawcze M. Bury’ego znalazły rozbudowaną kontynuację we wspomnianych socjologicz-

nych badaniach nad funkcjonalnymi zaburzeniami stanu zdrowia, realizowanych w konwencji interpretatywnej. Zarówno ich wyniki, jak i pionierskie ustalenia Bury'ego, można potraktować jako mocny argument na rzecz uwzględniania społecznych funkcji instytucjonalnej medycyny w badaniach socjomedycznych, także sprofilowanych zasadniczo niemedykocentrycznie, skoncentrowanych na laickich doświadczeniach choroby i chorowania.

Budowanie zrównoważonego scenariusza rozwoju badań socjomedycznych jest uzasadnione także z innych powodów. Współcześnie obserwujemy dynamiczny postęp wiedzy w naukach medycznych, inspirowany aplikacjami nowoczesnych biotechnologii, w szczególności na terenie genetyki i nauk o mózgu [zob. Vetulani 2011; zob. także Fukuyama, 2004]. Prowadzi to do kształtowania się nowego, biogenetycznego, czy też biotechnologicznego paradygmatu medycyny, implikującego w większym niż dotychczas stopniu biologiczne interpretacje problemów zdrowotnych człowieka [szerzej zob. Skrzypek, 2011a]. W takim kontekście wyłania się szereg problemów, zasługujących na pogłębioną refleksję socjologiczną. Wyzwania te podejmuje m.in. socjologia genetyki, na której terenie dokonuje się refleksji nad szeregiem społecznych konsekwencji „rewolucji biotechnologicznej w medycynie” (określenie F. Fukuyamy), analizując m.in. zagadnienia profesjonalnej tożsamości konsultantów/doradców genetycznych, dylematy związane z interakcją doradca genetyczny – klient/pacjent, specyfikę laickiego dyskursu dotyczącego zagadnień genetycznych, różnice pomiędzy laickimi i profesjonalnymi sposobami rozumienia genetyki i problemów dziedziczności, zagadnienie możliwej rewitalizacji postaw eugenicznych, a także kwestie społecznej konstrukcji wiedzy genetycznej, konsekwencji przeprowadzania testów genetycznych, wykorzystywania informacji genetycznej jako metody kontroli społecznej, a także komercjalizacji genetycznej biotechnologii i inne [por. Conrad, Gabe 1999: 508–510]. Podkreślić tu należy, że socjologia genetyki jest traktowana jako dział socjologii medycyny, analizujący konsekwencje postępu w zakresie genetyki w zakresie zachowań społecznych [Fredericks et al. 2004: 224]. W polskiej socjologii medycyny wskazaną problematykę w niektórych aspektach podejmowała M. J. Siemińska, która zwracała uwagę na zagadnienia rekonstrukcji koncepcji ryzyka zdrowotnego, które wraz z postępem badań genetycznych zyskuje nowe zakorzenienie (przynajmniej w odniesieniu do niektórych chorób) w obszarze informacji genetycznej, wymykając się tym samym realnej kontroli jednostki. Autorka ta omawiała także problemy związane z konsekwencjami recepcji ustaleń genetyki na gruncie medycyny klinicznej, w tym w zakresie relacji lekarz-pacjent, a także zwracała uwagę na możliwość stygmatyzacji osób obarczonych genetyczną predyspozycją do zachorowania [Siemińska 2008]. Szerszej niż dotychczas

socjomedycznej eksploracji wymaga także ogólniejsze zagadnienie społecznych konsekwencji technologizacji współczesnej medycyny, na przykład w obszarze praktyki klinicznej, a także w zakresie sposobów doświadczania choroby [postulat Heatha i współautorów; 2003]. Zauważmy, że doświadczenie choroby podlega znaczącym transformacjom w związku z wykorzystywaniem w leczeniu medycznym nowoczesnej biotechnologii, która umożliwia uwolnienie od objawów choroby, ale zarazem stawia chorych w nowej, trudnej psychologicznie sytuacji zależności od urządzeń technicznych i ich prawidłowego funkcjonowania, np. w leczeniu choroby Parkinsona metodą tzw. głębokiej stymulacji mózgu [zob. Gisquet 2008]. Interesującym przedmiotem socjologicznej debaty nadal mogą być klasyczne zagadnienia dotyczące medykalizacji życia społecznego. Nowsze analizy o takim profilu współtworzą nurt badawczy określany jako ‘socjologia leku’ [Willimas, Gabe, Davis 2008], zwracający ostatnio uwagę na zjawisko „farmaceutyzacji życia codziennego”. Przejawia się ono dynamicznym upowszechnianiem się nowych zastosowań leków, które dotyczą w coraz większym stopniu celów nie związanych ze zdrowiem, odnoszą się natomiast do różnorodnych aspektów stylu życia (w tym życia seksualnego, snu etc.) lub wyglądu ciała człowieka i w związku z tym określane są terminem *lifestyle drugs* [Fox, Ward 2008: 857]. Funkcje takie pełnią preparaty lecznicze projektowane specjalnie dla takich celów (jak np. sildenafil), ale także, w coraz większym stopniu, leki stosowane pierwotnie w zwyczajnym, medycznym postępowaniu leczniczym, które zmieniają swe wyjściowe przeznaczenie i wchodzi do tej nowej kategorii leków, jak np. minoxidil (lek przeciwnadciśnieniowy, stosowany obecnie jako preparat wspomagający porost włosów) czy norethisteron (lek hormonalny stosowany rutynowo w praktyce ginekologicznej, wykorzystywany także dla celów dostosowania momentu wystąpienia krwawienia miesięcznego do zawodowego czy towarzyskiego terminarza kobiety) [Fox, Ward 2008: 857]. Odnotujmy także, że coraz szersze wykorzystywanie biotechnologii na terenie ciała człowieka to jedna z ważnych inspiracji rozwoju socjologii ciała człowieka, na której terenie zwraca się uwagę, że granice pomiędzy ciałem człowieka a społeczeństwem ulegają stopniowo zatarciu. Kolejny teren socjologicznych eksploracji, inspirowany przez medycynę i zyskujący na znaczeniu, dotyczy społeczno-kulturowych uwarunkowań trudności w aplikowaniu osiągnięć biomedycyny w populacjach, na przykład w zakresie profilaktyki zdrowotnej [w tej kwestii zob. np. Ostrowska 2004: 41–42; 2011]. Stworzenie wyczerpującej listy zagadnień, dotyczących medycyny, które są lub potencjalnie mogą być przedmiotem wartościowych badań socjomedycznych, wykracza poza ramy tego opracowania. Przytoczone przykłady jednak jak się wydaje wystarczają, aby nurt badań socjologicznych,

skoncentrowanych na instytucjonalnej medycynie, nadal uznawać za integralną i ważną część pola badań współczesnej socjologii medycyny.

WNIOSKI KOŃCOWE

Podsumowując, autor pragnie raz jeszcze podkreślić, że przedstawione w zachodnim piśmiennictwie socjomedycznym propozycje zastąpienia socjologii medycyny (*medical sociology*) przez socjologię zdrowia (*sociology of health*) lub socjologię zdrowia i choroby (*sociology of health and illness*) zakładają znaczące dowartościowanie interpretacji i działań laików w procesach zachowania zdrowia i chorowania, nie wykluczają jednak poza zakres badań subdyscypliny klasycznych zagadnień badawczych, dotyczących instytucjonalnej medycyny i formalnej opieki zdrowotnej [zob. Twaddle 1982; Nettleton 1996, 2006b]. Taką wymowę mają także rodzime ujęcia poznawczej tożsamości subdyscypliny (m.in. M. Latoszka, W. Piątkowskiego, A. Titkow, B. Tobiasz-Adamczyk i in.), które – różniąc się rozłożeniem akcentów – są zgodne w promowaniu zrównoważonego scenariusza rozwoju badań socjomedycznych, zakładającego jego poszerzenie o nowe zagadnienia, dotyczące interpretacji i działań laików, jednak bez deprecjonowania tradycyjnych zagadnień socjomedycznych choroby i leczenia medycznego. Scenariusz taki umożliwi w największym stopniu partycypację subdyscypliny w modelu badań multidyscyplinarnych na terenie nauk o zdrowiu, którego elementem jest G. Horobina formuła „socjologii z medycyną” [1985: 105], a zarazem gwarantuje rozwijanie unikalnej dla subdyscypliny perspektywy badawczej, skoncentrowanej na interpretacjach i działaniach laików w sytuacjach zdrowia i choroby.

BIBLIOGRAFIA

- Armstrong D. [1999], *Medical Sociology*, [w:] A. Kuper, J. Kuper (eds.), *The Social Science Encyclopedia*, London–New York: Routledge.
- Armstrong D. [2011], *Diagnosis and Nosology in Primary Care*, “Social Science and Medicine”, Vol. 73: 801–807.
- Bielecki W.J. [2007], *Syndrom choroby funkcjonalnej: socjologiczny mit czy rzeczywistość?*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bloom S.W. [2002], *The Word as a Scalpel. A History of Medical Sociology*, Oxford: Oxford University Press.
- Brown P., Lyson M., Jenkins T. [2011] *From Diagnosis to Social Diagnosis*, “Social Science and Medicine”, Vol. 73: 939–943.

- Bury M. [1982], *Chronic Illness as Biographical Disruption*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 4, No. 2: 167–182.
- Conrad P. [2000], *Medicalization and Social Control*, [w:] P. Brown (ed.), *Perspectives in Medical Sociology*, Long Grove: Waveland Press.
- Conrad P. [2007], *Eliot Freidson's Revolution in Medical Sociology*, "Health. An International Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine", Vol. 11, No. 2: 141–144.
- Conrad P., Gabe J. [1999], *Introduction: Sociological Perspectives on the New Genetics: An Overview*. "Sociology of Health and Illness", Vol. 21, No. 5: 505–516.
- Corbin J., Strauss A. [1985], *Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work*, "Qualitative Sociology", Vol. 8, No. 3: 224–247.
- Davis F. [1991, 1 wyd. 1963], *Passage Through Crisis. Polio Victims and Their Families. With a New Introduction by the Author*, New Brunswick–London: Transaction Publishers.
- Fox N.J., Ward K.J. [2008], *Pharma in Bedroom ... and the Kitchen ... The Pharmaceuticalization of Daily Life*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 30, No. 6: 856–868.
- Fredericks M. et al. [2004], *Toward an Understanding of "Genetic Sociology" and its Relationships to Medical Sociology and Medical Genetics in the Educational Enterprise*, "Education", Vol. 125, No. 2: 222–235.
- Freidson E. [1970], *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York–Hagerstown–San Francisco–London: Harper and Row.
- Fukuyama F. [2004], *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, przeł. B. Pietrzyk, Kraków: Znak.
- Gisquet E. [2008], *Cerebral Implants and Parkinson's Disease: A Unique Form of Biographical Disruption?*, "Social Science and Medicine", Vol. 67, No. 7: 1847–1851
- Goffman E. [2006], *Charakterystyka instytucji totalnych*, [w:] A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (wyb. i oprac.), *Współczesne teorie socjologiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Heath C., Luff P., Svensson M.S. [2003], *Technology and Medical Practice*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 25: 75–96 (Silver Anniversary Issue).
- Horobin G. [1985], *Medical Sociology in Britain: True Confessions of an Empiricist*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 7, No. 1: 94–107.
- Jutel A. [2009], *Sociology of Diagnosis: A Preliminary Review*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 31, No. 2: 278–299.
- Jutel A., Nettleton S. [2011], *Towards a Sociology of Diagnosis: Reflections and Opportunities*, "Social Science and Medicine", Vol. 73: 793–800.
- Latoszek M. [1979], *Socjologia medycyny. Zagadnienia programowe*, Gdańsk: Akademia Medyczna, Instytut Medycyny Społecznej.
- Latoszek M. [1998], *Socjologia choroby, zdrowia i medycyny. Zarys problematyki*, [w:] Z. Krawczyk, K.Z. Sowa (red.), *Socjologia w Polsce*, Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- McKinlay J.B., McKinlay S.M. [2001], *Medical Measures and the Decline of Mortality*, [w:] P. Conrad (ed.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, New York: Worth Publishers.
- Mechanic D. [1968], *Medical Sociology. A Selective View*, New York: The Free Press.
- Nettleton S. [1996], *The Sociology of Health and Illness*, 1st ed., Cambridge: Polity Press.
- Nettleton S. [2006a], *'I Just Want Permission To Be Ill': Towards a Sociology of Medically Unexplained Symptoms*, "Social Science and Medicine", Vol. 62, No. 5: 1167–1178.

- Nettleton S. [2006b], *The Sociology of Health and Illness*, 2nd ed., Cambridge: Polity Press.
- Ostrowska A. [2002], *Komu potrzebna jest socjologia medycyny. Doświadczenia polskie i amerykańskie*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ostrowska A. [2004], *Polska socjologia medycyny na tle zachodniej*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ostrowska A. [2011], *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności. (Przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, „Studia Socjologiczne”, nr 3(202): 73–94.
- Parsons T. [1966; I wyd. 1951], *The Social System*, New York: The Free Press.
- Pescosolido B.A., Kronenfeld J. J. [1995], *Health, Illness, and Healing in an Uncertain Era: Challenges From and For Medical Sociology*, Extra Issue, 5–33.
- Piątkowski W. [2000], *Socjologia medycyny. Nowa i stara tożsamość dyscypliny*, [w:] S. Kosiński (red.), *Miasto, migracje, ekorozwój. Księga pamiątkowa dedykowana prof. dr hab. Włodzimierzowi Mirowskiemu*, Lublin: LTN, Instytut Socjologii UMCS, 227–235.
- Piątkowski W. [2002], *W stronę socjologii zdrowia*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 15–58.
- Piątkowski W. [2008], *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii medycyny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Piątkowski W. [2010], *Socjologia zdrowia, choroby i medycyny – refleksje na temat przedmiotu badań. Wkład Magdaleny Sokółowskiej*, [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Lublin: Wydawnictwo KUL, 195–212.
- Piątkowski W., Nowakowska L. [2010], *Socjologia medycyny w Polsce. Zarys historii rozwoju subdyscypliny*, [w:] P. Łuczeczko, D. Wicenty (red.), *Jedna nauka, wiele historii. Dzieje subdyscyplin socjologicznych w Polsce*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 160–178.
- Piątkowski W., Titkow A. (red.) [2002], *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Popielski K., Skrzypek M., Albińska E. (red.) [2010], *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Prior L. [2003], *Belief, Knowledge and Expertise: The Emergence of the Lay Expert in Medical Sociology*, “Sociology of Health and Illness”, Vol. 25, Silver Anniversary Issue, 41–57.
- Seale C. [2008], *Mapping the Field of Medical Sociology: A Comparative Analysis of Journals*, “Sociology of Health and Illness”, Vol. 30, No. 5: 677–695.
- Siemińska M.J. [2008], *Społeczne wymiary dyskursu nad badaniami genetycznymi w medycynie*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Wydawnictwo Arboretum, 41–53.
- Skrzypek M. [2011a], *Biotechnologiczny paradygmat zdrowia i choroby w świetle socjologii medycyny. Analiza inspirowana encykliką „Caritas in veritate”*, [w:] T. Adamczyk, J. Mazur (red.), *Caritas in veritate zasada polityki społecznej. Refleksje na kanwie encykliki Benedykta XVI o integralnym rozwoju ludzkim*, Lublin: Wydawnictwo KUL, 225–251.
- Skrzypek M. [2011b], *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Sokołowska M. (red.) [1969], *Badania socjologiczne w medycynie*, Warszawa: Książka i Wiedza.

- Sokołowska M. [2009] *Szpital i pacjenci*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN, 173–188.
- Sokołowska M., Hołówka J., Ostrowska A. (red.) [1976], *Socjologia a zdrowie*, Warszawa: PWN.
- Straus R. [1957], *The Nature and Status of Medical Sociology*, “American Sociological Review”, Vol. 22, No. 2: 200–204.
- Strauss A.L., Glaser B.G. [1975], *Chronic Illness and the Quality of Life*, Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Szacki J. [2002], *Historia myśli socjologicznej. Wydanie nowe*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Titkow A. [1993], *Socjologia zdrowia czy socjologia medycyny? Polska specyfika*, „Nauka Polska”, nr 2–3: 61–67.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2005], *Kilka uwag o socjologii choroby*, [w:] W. Piątkowski, W.A. Brodński (red.), *Zdrowie i choroba – perspektywa socjologiczna*, Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, 27–37.
- Tulchinsky T.H., Varavikova E.A. [2000], *The New Public Health. An Introduction for the 21st Century*, Elsevier: www.sciencedirect.com/science/book/9780127033501 (dostęp 23.06.2009).
- Twaddle A.C. [1982], *From Medical Sociology to the Sociology of Health: Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment*, [w:] T. Bottomore, S. Nowak, M. Sokołowska (eds.), *Sociology. The State of the Art*, London–Beverly Hills: Sage, 323–358.
- Twaddle A.C., Hessler R.M. [1977], *A Sociology of Health*, Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Uramowska-Żyto B. [1981], *Diagnoza medyczna*, „Studia Socjologiczne”, nr 3(82), 145–157.
- Uramowska-Żyto B. [1992], *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Usher C.L. [2007], *Sociology of Medicine*, [w:] G. Ritzer (ed.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, Malden: Blackwell Publishing, 2941–2942.
- Williams S.J., Gabe J., Davis P. [2008], *The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects*, “Sociology of Health and Illness”, Vol. 30, No. 6: 813–824.
- Vetulani J. [2011], *Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice*, Kraków: Homini.

Michał Skrzypek

**MEDICINE IN THE RESEARCH FIELD OF THE SOCIOLOGY OF ILLNESS,
HEALTH AND MEDICINE IN THE CONTEXT OF THE SUBDISCIPLINE'S
NON-MEDICOCENTRIC ORIENTATION**

Abstract

The paper seeks to discuss the origin and cognitive identity of the non-medico-centric research orientation in medical sociology as well as the consequences of the emergence of this trend for medical sociology's field of research and terminology. The subject of analysis is the development

of this research orientation in a historical perspective taking into account the role of inter alia Ch. McIntire's, R. Straus's and D. Mechanic's concept of sociomedical research, and the contribution of scholars who refer to humanist sociology in the area of American (F. Davis, E. Freidson, E. Goffman, A. Strauss) and British medical sociology (M. Bury). The subject of analysis are detailed research trends that constitute the non-medico-centric research orientation in medical sociology taking into account the sociology of illness experience and sociology of health. The author advances a proposition that a strong orientation in medical sociology towards lay interpretations and measures undertaken in health and in illness should not lead to the exclusion of institutional medicine outside its research interests, in particular in the context of new research challenges connected with the development of 'sociology of medical diagnosis', 'sociology of uncertain illness', 'sociology of pharmaceuticals', etc., which would make it possible to build a balanced scenario for the development of socio-medical research.

Key words: sociology of illness, health and medicine, non-medico-centric orientation of socio-medical research, medicine

AGNIESZKA PAWLAK
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

PSYCHOSPOŁECZNE UWARUNKOWANIA ZDROWIA EMIGRANTÓW I ICH RODZIN W ŚWIETLE WŁASNYCH BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

Streszczenie

Artykuł koncentruje się na analizie poakcesyjnej emigracji zarobkowej z perspektywy psychospołecznych uwarunkowań zdrowia emigrantów. Całość analizy została podzielona na trzy części. Pierwsza część, teoretyczna, zawiera charakterystykę współczesnej emigracji zarobkowej, ze szczególnym uwzględnieniem migracji wahadłowej, a zwłaszcza pewnych charakterystycznych cech osób, które podejmują się tego typu migracji oraz zarys teoretycznych podstaw badań własnych, które stanowią trzy teorie – teoria społecznego kapitału emigranckiego (najważniejsza), teoria wypychania i przyciągania oraz teoria nowej ekonomiki migracji. Część druga jest poświęcona rozważaniom na temat zdrowia w ujęciu socjologiczno-psychologicznym oraz możliwościom i ograniczeniom wnioskowania o wpływie czynników społecznych i czynników psychologicznych na podatność na różnego rodzaju choroby w sytuacji emigracji. Ta część zawiera również listę i omówienie wzmiankowanych czynników. Skupiłam się na takich czynnikach jak: trauma zmiany społecznej, marginalizacja społeczna, zaburzenia funkcjonowania w układzie rodzinnym, stres, poczucie wykorzenienia oraz przejawy anomii społecznej. Ostatnia trzecia część zawiera omówienie wyników badań własnych o jakościowym charakterze przeprowadzonych wśród emigrantów w roku 2010 i 2011. W podsumowaniu artykułu wskazuję na dalsze kierunki analizy omawianych zagadnień.

Słowa kluczowe: emigracja zarobkowa, migracja wahadłowa, emigrancki kapitał społeczny, rodzina, zdrowie, stres społeczny, anomia społeczna.

* Zakład Nauk o Rodzinie, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: agnieszka.pawlak@umed.lodz.pl

WSTĘP

Zjawisko emigracji od lat stanowi przedmiot socjologicznej refleksji. W ostatnim czasie w ramach krajowych studiów nad emigracją bada się m.in. społeczne skutki czwartej już wielkiej fali emigracji (tym razem o charakterze *stricte* zarobkowym, a nie jak wcześniej politycznym lub polityczno-zarobkowym) z Polski do tzw. starych krajów Unii Europejskiej. Na ten temat powstało już wiele publikacji o charakterze naukowym i publicystycznym. W swoim artykule chciałabym skoncentrować się na analizie związków między emigracją zarobkową, jej psychospołecznymi uwarunkowaniami a zdrowiem emigrantów i ich rodzin, a więc na problemach związanych z emigracją, które stosunkowo rzadko są przedmiotem refleksji krajowych badaczy emigracji, a jeśli już są to stanowią poboczny, a nie główny wątek analizy [Wasilewski, Kosewski 2010]. Tymczasem obserwuje się m.in. wzrost zachorowalności na depresje i nerwice wśród emigrantów. W klasycznym już podręczniku socjologii medycyny autorstwa lekarza i socjologa Magdaleny Sokołowskiej wydanym w 1986 r. czytamy, że „migracje z jednego kraju do drugiego [...], zdają się być również czynnikiem wpływającym na wzrost występowania chorób somatycznych” [Sokołowska 1986: 53]. Związek między emigracją a pogorszeniem stanu zdrowia może, moim zdaniem, ulec nasileniu w przypadku obecnej fali emigracji, gdyż najpopularniejszą i najczęściej obecnie stosowaną strategią migracji jest wahadłowość. Tego rodzaju strategia emigracji często powoduje zaburzenia funkcjonowania emigranta w rozmaitych układach społecznych, tak w kraju pochodzenia jak i w kraju emigracji, co nie pozostaje bez wpływu na psychofizyczny stan osoby emigrującej i jego bliskich. Charakterystyczne dla emigrantów problemy zdrowotne wynikają najczęściej z zaniedbań profilaktyki, braku lub ograniczonego dostępu do opieki medycznej, podejmowania ciężkich prac fizycznych, ponoszenia ogromnych kosztów psychologicznych w efekcie rozłąki z rodziną i poczucia osamotnienia w obcym kulturowo środowisku.

Przedmiotem analizy będą dostępne dane statystyczne dotyczące polskiej emigracji od maja 2004 roku (data otwarcia pierwszych w „starej” UE rynków pracy dla obywateli z krajów „nowej” UE) do chwili obecnej oraz własne dane empiryczne pochodzące z wywiadów swobodnych z emigrantami. Do analizy zostaną również włączone dane dotyczące emigracji do Stanów Zjednoczonych.

Właściwą analizę poprzedzę krótką charakterystyką najnowszej fali emigracji celem zarysowania kontekstu badań. Następnie przedstawię, czy i w jaki sposób możliwy jest wpływ uwarunkowań społecznych na zdrowie człowieka, w szczególności zastanowię się nad kwestią zmiany społecznej w kontekście

doświadczania indywidualnej traumy, która może przekładać się pogorszenie stanu zdrowia osób bezpośrednio nią dotkniętych.

GLÓWNE TRENDY W ROZWOJU POAKCESYJNEJ EMIGRACJI ZAROBKOWEJ

Wobec mnogości różnych, nie zawsze godnych zaufania danych statystycznych opisujących skalę, dynamikę i zróżnicowanie współczesnych emigracji zarobkowych nie jest łatwo wybrać te opisy i analizy, które trafnie przedstawiają interesujące nas zjawisko. Jedną z prac, która zawiera dobrze udokumentowane dane liczbowe odnośnie do wielkości poakcesyjnej emigracji jest książka Izabeli Grabowskiej-Lusińskiej i Marka Okólskiego zatytułowana *Emigracja ostatnia?* Jej autorzy twierdzą, że od momentu pełnego otwarcia niektórych unijnych rynków pracy dla Polaków (1 maja 2004 r.) do końca 2006 r. w poszukiwaniu pracy wyjechało z kraju około 1 miliona 100 tysięcy osób [2009: 74]. W następnych latach mieliśmy do czynienia z kolejnymi falami odpływu, ale były one zdecydowanie mniejsze. W kolejnych podrozdziałach przedstawię rodzaje i kierunki emigracji, społeczno-demograficzną charakterystykę emigrantów poakcesyjnych oraz teoretyczną perspektywę badań.

Rodzaje i kierunki emigracji oraz kategorie ich analizy

Najpopularniejsze europejskie kierunki emigracji to: Wielka Brytania, Irlandia, Niemcy, Belgia, kraje nordyckie, Hiszpania, Grecja i Włochy. Większość czynionych w ostatnim czasie analiz dotyczyła społeczno-ekonomicznej sytuacji Polaków pracujących na Wyspach. Polska emigracja do Wielkiej Brytanii ma długą tradycję. Można spotkać się z opisami kolejnych fal emigracji na Wyspy począwszy od czasów wojennych do dnia dzisiejszego, ich specyfiki i uwarunkowań. Sporo jest m.in. materiałów o podszytych niechęcią a nawet wrogością stosunkach między tzw. starą i młodą brytyjską polonią [zob. Garapich 2006; Dudtka 2006]. Powstało także kilka prac poświęconych zarobkowaniu w Belgii. Analizy te dotyczą głównie sieci migranckich funkcjonujących na linii wschodnia Polska–Bruksela [zob. Grzymała-Kazłowska 2001]. Analizy poświęcone emigracji do Szwecji, Finlandii, czy kraju będącego wprawdzie poza UE, ale posiadającego umowę stowarzyszeniową, czyli Norwegii dotyczą głównie sytuacji pracujących tam lekarzy i pielęgniarek [zob. Widding Isaksen 2009a]. Odrębny nurt analityczny stanowią prace opisujące emigracje na południe Europy. W tym kontekście najczęściej pisze się o specyfice kobiecych doświadczeń z pracą

na emigracji, gdyż w tym przypadku mamy do czynienia głównie z emigracją kobiet do pracy w domach jako sprzątaczkę, opiekunki dzieci, osób chorych, niepełnosprawnych czy zniedołężniałych. Analizuje się m.in. zjawisko drenażu opieki, które dotyka rodziny w krajach wysyłających [zob. Widding Isaksen 2009b; Kordasiewicz 2010; Święckowska 2010]. Niedawno w związku z pełnym otwarciem niemieckiego rynku pracy dla Polaków na popularności zyskują badania poświęcone dotychczasowej emigracji do Niemiec i zmianom, jakie może wywołać zniesienie barier dla Polaków chcących pracować w tym kraju. Emigracji zarobkowej do Niemiec od początków do okresu tuż przedakcesyjnego jest poświęcony artykuł Pawła Kaczmarczyka [2001]. Wśród pozaeuropejskich kierunków emigracji dominują oczywiście Stany Zjednoczone.

W niniejszym artykule będę skupiać się przede wszystkim na emigracjach niepełnych, zwanych też w ostatnim czasie wahadłowymi.¹ Jest to ten rodzaj migracji, który z uwagi na swoją specyfikę generuje największą gamę problemów natury społecznej i psychologicznej, które z kolei mogą negatywnie przekładać się na zdrowie emigranta. Cechą charakterystyczną migracji niepełnych jest m.in. zarabkowanie poza granicami kraju, a wydatkowanie pieniędzy w kraju pochodzenia. Dlatego też najczęstszą strategią migrantów wahadłowych jest drastyczne oszczędzanie pieniędzy, tak, by jak największa ich pula mogła zostać wydana w kraju pochodzenia. Środki finansowe akumulowane przez emigranta wahadłowego są w pierwszym rzędzie przeznaczane na utrzymanie i rozwój gospodarstwa domowego [Górny, Kaczmarczyk 2003: 12]. Migracja tego typu nie dotyczy zwykle całych rodzin, ale wybranych ich członków i rzadko przybiera formę migracji pełnej, wiążącej się ze sprowadzeniem rodziny i z funkcjonowaniem na wszystkich płaszczyznach (nie tylko na płaszczyźnie ekonomicznej, także na płaszczyźnie społecznej i politycznej) w kraju emigracji. Termin „migracja niepełna” wskazuje, zdaniem D. Niedźwieckiego, na „niedokończony proces przenoszenia się podmiotu wędrującego z jednej do drugiej zbiorowości” [2010: 27]. Migracja niepełna to też migracja krótkotrwała. Jednorazowy pobyt emigranta waha się od kilku tygodni do kilku miesięcy i motywowana jest niemal wyłącznie zarobkowo [Grabowska-Lusińska, Okólski 2009: 29, 43–53]. Niektórzy badacze wskazują, że z migracją, także tą o charakterze wahadłowym,

¹ Dariusz Niedźwiecki w pracy poświęconej procesowi kształtowania się tożsamości emigrantów wahadłowych zwraca uwagę, że często zamiennie używa się na określenie tego typu emigracji także określenia „cyrkulacyjność”. Zdaniem autora „wahadłowość” i „cyrkulacyjność” nie mogą funkcjonować jako synonimy, gdyż cyrkulacja oznacza krążenie, ruch w obrębie koła, czyli powrót do punktu wyjścia, z kolei wahadłowość odnosi się do układu bipolarnego, akcent położony jest na odrębność dwóch rzeczywistości, w których okresowo znajduje się emigrant [2010: 29].

mamy do czynienia, jeśli okres zarobkowania poza krajem pochodzenia wynosi około dwóch-trzech miesięcy. Ponadto migracja wahadłowa ma często charakter nieregularny, co oznacza zmienne okresy pobytu na emigracji i w kraju macierzystym. Zwykle w miarę wydłużania się czasu trwania emigracji zmniejsza się częstotliwość i długość okresu, na który emigrant wraca do kraju pochodzenia. [Niedźwiecki 2010: 21, 25, 41]. Jeśli chodzi o społeczne skutki emigracji tego typu, to – zdaniem Grabowskiej-Lusińskiej i Okólskiego – migracje niepełne powodują „amorficzność życia: z aktywnością zarobkową za granicą, a życiem rodzinnym prawie wyłącznie w Polsce, oraz atrofię więzi społecznych (zarówno za granicą, jak i w Polsce)” [2009: 42].

Zdaniem Niedźwieckiego, można wskazać pewne charakterystyczne cechy osób, które podejmują się migracji wahadłowej [2010: 41–42]. Są to:

- ci, których społeczno-zawodowa pozycja jest zwykle niedookreślona lub postrzegana przez nich samych jako nieadekwatna do oczekiwań (pozostają na bezrobociu lub są niedoceniani pod względem finansowym, prestiżowym bądź pod obydwojoma względami);

- ich sytuacja materialna jest niestabilna i niezadowolająca;

- cechuje ich przekonanie o braku perspektyw poprawy sytuacji materialnej w kraju pochodzenia w dającym się przewidzieć czasie;

- są to raczej osoby o niskich kompetencjach kulturowych i kapitale społecznym.

Podsumowując, najczęściej mamy do czynienia z emigracjami zarobkowymi o charakterze niepełnym, najczęściej wahadłowym do krajów zachodniej lub południowej Europy. Choć pojawiło się już na ten temat wiele analiz, to ciągle jeszcze wobec dużej dynamiki zjawiska emigracji obserwujemy nowe trendy i pojawiają się nowe ustalenia, np. w ostatnim czasie dokonano sprofilowania cech typowego emigranta zarobkowego pod kątem ekonomicznym, społecznym, politycznym i psychologicznym.

Spoleczno-demograficzna charakterystyka emigrantów

Dla celów niniejszej analizy przydatne są również dane charakteryzujące emigrantów pod kątem demograficznym. Z informacji zebranych do tej pory w różnych ośrodkach akademickich zajmujących się problematyką emigracji wynika, iż migrują głównie osoby w wieku mobilnym (24–44 lata), choć coraz częściej spotyka się na emigracji także starszych pracowników. Średni wiek polskich emigrantów w okresie największego nasilenia poakcesyjnych wyjazdów wyniósł 31,4 roku, przy czym kobiety są średnio o rok młodsze. Wielu z nich ma

zatem jeszcze przed sobą decyzje o założeniu rodziny i prokreacji. Jeśli chodzi o poziom wykształcenia współczesnych emigrantów, to wyjeżdżają zarówno osoby wykształcone (specjaliści różnych branż, naukowcy, studenci), jak i osoby gorzej wykształcone (jest ich coraz więcej), które z emigracją wiążą nadzieję na znalezienie pracy. W tej drugiej grupie znajdziemy często osoby, które traktują emigrację jako przysłowiową „ostatnią deskę ratunkową” przed ostateczną marginalizacją społeczną w kraju pochodzenia. Wreszcie kolejną grupę stanowią tzw. fachowcy, głównie z branży budowlanej, na których na europejskich rynkach pracy jest duże zapotrzebowanie. Kolejną osobną grupę tworzą osoby posiadające wyższe wykształcenie, które jest jednak nieadekwatne do struktury rynku pracy w kraju. Na emigracji wykonują zajęcia poniżej swoich kwalifikacji, żeby mimo wszystko zarabiać, a jednocześnie nie obniżyć swojego statusu społecznego w kraju, na co z pewnością byłoby narażeni wykonując podobne prace za mniejsze wynagrodzenie w kraju [Grabowska-Lusińska, Okólski 2009: 95–103].

Wśród emigrantów wahadłowych obserwuje się przewagę kobiet. Kobiety chętniej podejmują krótkodystansowe wędrowniki, podczas gdy mężczyźni częściej wyjeżdżają na dłuższe okresy. Ma to zapewne związek z kulturowo ukształtowanymi oczekiwaniami dotyczącymi społecznych ról kobiecych i męskich. Kobiety oprócz tego, że mogą, a nawet powinny realizować się zawodowo, są przede wszystkim oceniane poprzez pryzmat ról pełnionych w rodzinie (rola córki, żony, matki, babci), z kolei mężczyźni są ciągle jeszcze częściej są oceniani przez pryzmat ról zawodowych i tego, czy i w jaki sposób wypełniają obowiązek utrzymania rodziny. Ponadto kobiety częściej kierują się na południe Europy, mężczyźni emigrują raczej w kierunku zachodnim i północnym. Krótkookresowe emigracje łatwiej pogodzić z wypełnianiem ról rodzinnych, podczas gdy emigracje długookresowe zapewniają większy dochód. Wyróżnione tu grupy w związku z odmiennym charakterem wykonywanej pracy, różnym poziomem integracji ze społecznością przyjmującą, różnym poziomem kapitału kulturowego i społecznego, którym dysponują, spotykają się z różnymi rodzajami ryzyk zdrowotnych i mają do czynienia z różnymi skutkami tych ryzyk, tak w długim jak i w krótszym okresie, o czym będzie mowa poniżej.

Poakcesyjne emigracje zmieniły geografie odpływów w skali wojewódzkiej. Status głównego obszaru wysyłającego zajęło województwo podkarpackie (wcześniej było to województwo małopolskie). Jako regiony odpływu zyskały także województwa: mazowieckie, śląskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie i wielkopolskie [Grabowska-Lusińska, Okólski 2009: 104–109]. Generalnie najwięcej emigrantów pochodzi z województw wschodnich i południowych, które najbardziej straciły w całym okresie transformacji. Do tych województw zalicza się

także województwo łódzkie, dla którego modernizacja kraju po 1989 r. oznaczała upadek przesyłu tekstylnego. Tak więc emigracje z tego regionu Polski mają raczej postać emigracji „przeżycia”.

Teoretyczne podstawy badań

Perspektywę teoretyczną badań w odniesieniu do problematyki uwarunkowań zdrowia emigrantów tworzą trzy teorie:

- – teoria społecznego kapitału emigranckiego;
- – teoria wypychania i przyciągania;
- – teoria nowej ekonomiki migracji.

Najważniejsza dla proponowanych w tym miejscu rozważań jest teoria społecznego kapitału emigranckiego². Na społeczny kapitał migracyjny składają się m.in. sieci migranckie. Emigranci tworzący taką sieć mogą pomóc w podjęciu decyzji o emigracji, pomóc w pierwszym, najtrudniejszym okresie emigracji czy podczas pierwszego wyjazdu na emigrację, dostarczyć zakwaterowania, pomóc w znalezieniu pracy oraz dostarczyć informacji i wsparcia psychologicznego [Grabowska-Lusińska, Okólski 2009: 182]. Sieci migracyjne można podzielić na sieci osobiste i sieci zawodowe. Jeśli więzy osobiste, np. rodzinne są silne, to sieci zawodowe mają bardziej luźny charakter i odwrotnie – im luźniejsze więzy osobiste, tym mocniejsze sieci zawodowe [White, Ryan 2008, za: Grabowska-Lusińska, Okólski 2009: 185]. Specyfiką polskich sieci migracyjnych jest ich w dużej mierze rodzinny charakter. Badacze emigracji wskazują na cztery procesy konstruujące kapitał społeczny w kontekście migracji [Portes, Sensenbrenner 1993, za: Górny, Stola 2001: 165]:

- zaszczepienie wartości, a więc zaszczepienie jednostce pozaekonomicznych motywacji działania, aby była skłonna pomagać innym członkom grupy;
- wymiana wzajemności – oczekiwanie przyszłych korzyści w zamian za okazaną pomoc. Przedmiotem wymiany są zwykle dobra niematerialne (wsparcie, informacje itp.);
- solidarność – więzy solidarności grupowej powstające na bazie wspólnego położenia, podobnych doświadczeń, przekonania o wspólnocie interesów, które przekładają się na poczucie zobowiązania do okazania pomocy;

² W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, iż określenie „kapitał społeczny” może być dwojako rozumiane. Pierwsze rozumienie odnosi się do kapitału społecznego jednostek, drugie określa kapitał społeczny właściwy danej grupie. W drugim znaczeniu termin ten odnosi się do tych aspektów grupy społecznej, które ułatwiają funkcjonowanie jej członków, np. w rzeczywistości migracyjnej. Chodzi tu głównie o wzajemne zaufanie i skuteczność norm [Górny, Stola 2001: 165].

– kredyt zaufania – motywem do udzielenia pomocy jest w tym przypadku względnie na opinię grupy, a zwłaszcza chęć uniknięcia objawów niechęci w sytuacji uchylenia się od okazania pomocy.

Ciekawie przedstawia się relacja między kapitałem społecznym będącym w dyspozycji jednostki lub grupy a emigracyjnym kapitałem społecznym. Dana osoba może dysponować znacznym kapitałem społecznym, ale nie będzie to kapitał migracyjny, gdyż osoby, z którymi łączy ją mocne więzi mogą nie posiadać doświadczeń migracyjnych [Górny, Stola 2001: 167]. Wielkość kapitału społecznego jest także uzależniona od barier i trudności, które emigracja powoduje.

Sieć emigrancka rozciąga się zwykle na kraj pochodzenia i na kraj bądź kraje emigracji. W dobie Internetu może mieć też w jakimś mierze wirtualny charakter i opierać się na znajomościach zawieranych w ramach internetowych społeczności. W kraju emigracji członkowie jednej sieci mogą skupiać się w określonych częściach kraju i określonych dzielnicach miasta tworząc etniczne getto. Zamieszkiwanie w takim getcie nie sprzyja szerszej integracji społecznej, co przekłada się na określony klimat życia społecznego w ramach takiego getta i powoduje specyficzne problemy, także w warstwie psychologicznej skutkujące poczuciem izolacji, wyobcowania. Jednym ze sposobów korzystania z sieci migranckiej jest zakładanie przez osoby mające ustabilizowaną sytuację emigracyjną tzw. etnicznych przedsiębiorstw, czyli skierowanych do Polaków sklepów, warsztatów, punktów usługowych, w których zatrudniani są rodacy, często nielegalnie [Grzymała-Kazłowska 2001: 281].

W ostatnim czasie obserwuje się malejące znaczenie społecznego kapitału migracyjnego i zastępowanie go innymi formami kapitału – wiedzą, umiejętnościami i kapitałem finansowym. Zależność jest taka, że brak wiedzy i doświadczenia w przypadku pierwszego wyjazdu kompensuje się kapitałem społecznym, a wraz z nabywaniem doświadczeń migracyjnych kapitał społeczny zastępuje się innymi, dostępnymi już formami kapitału [Górny, Stola 2001: 181]. Jednakże zależności powstałe w początkowym okresie emigracji zarobkowej są na tyle silne, iż osoby, które np. kiedykolwiek skorzystały z sieci emigranckiej czują się, zgodnie zresztą z założeniami klasycznej teorii wymiany, zobligowane do pomocy innym emigrantom z tej sieci nawet po bardzo długim czasie. Społeczny kapitał emigrancki ma jednak ciągle bardzo duże znaczenie dla emigrantów wahałowych wywodzących się ze społeczności małomiasteczkowych i wiejskich z uwagi na tradycyjnie silne w tych środowiskach powiązania rodzinno-sąsiedzkie.

Posiłkując się zgromadzonym materiałem empirycznym, w dalszej części artykułu podejmę próbę zweryfikowania hipotezy, że im większy emigranc-

ki kapitał społeczny, tym mniejsza podatność na różne rodzaje ryzyka zdrowotnego.

Kolejna teoria, zwana teorią wycofania i przyciągania, koncentruje się na czynnikach, które zskłaniają do podjęcia emigracji zarobkowej oraz analizuje czynniki, które powodują, że emigrant decyduje się na wybór takiego, a nie innego, kraju docelowego, w którym podejmuje pracę zarobkową [Niedźwiecki 2010: 57]. W skali makro do czynników wypychających zalicza się najczęściej wojny, kryzysy ekonomiczne, klęski żywiołowe, natomiast do czynników przyciągających zalicza się dobrze prosperujący rynek pracy, lepsze warunki życia i mniejsze zagęszczenie ludności [Giddens 2006: 282–83]. Teoria ta rozważa również tzw. czynniki pośrednie oraz czynniki osobiste, podkreślając subiektywizm oceny poszczególnych elementów determinujących wyjazd [Niedźwiecki 2010: 57]. Często okazuje się np., że przekonanie o lepszych warunkach życia w kraju emigracji nie pokrywa się ze stanem faktycznym, co może być przyczyną pierwszych frustracji, mogących być wstępem do kolejnych rozczarowań.

Teoria nowej ekonomiki migracji skupia się na zbiorowym charakterze podejmowania decyzji o wędrowce oraz ich konsekwencjach dla małej grupy społecznej. Zakłada, że grupa społeczna, np. rodzina, wysyła jednego ze swoich członków na emigrację zarobkową w celu dywersyfikacji dochodów i większej stabilizacji sytuacji materialnej. Według zwolenników tej teorii, otoczenie społeczne jest jedną z głównych determinant warunkujących skłonność do emigracji. Im gorsza jest sytuacja danego gospodarstwa w stosunku do sąsiednich gospodarstw, tym większa motywacja do jej poprawienia, a jednym z najczęściej branych pod uwagę sposobów jest podjęcie decyzji o emigracji zarobkowej [Niedźwiecki 2010: 54]. W takiej sytuacji udający się na zarobek emigrant odczuwa duże psychiczne obciążenie, mogące skutkować stanami lękowymi wynikającymi z obaw o to, czy da sobie radę, czy spełni pokładane w nim nadzieje, czy uda mu się poprawić materialny byt rodziny.

Z zaproponowanych ujęć teoretycznych jedynie teoria wycofania i przyciągania opisują zjawisko emigracji z perspektywy makro. Dwie pozostałe objaśniają emigrację zarobkową z perspektywy mikrospołecznej. Za najbardziej wskazane uznaje się badanie zjawiska emigracji zarobkowej w ujęciu mikro-makro, gdyż w tym przypadku mamy zazwyczaj do czynienia z przenikaniem się tych perspektyw, także w społecznej rzeczywistości. O podjęciu i/lub kontynuowaniu emigracji zarobkowej decydują nie tylko czynniki osobiste, lecz także ogólna sytuacja społeczno-ekonomiczna w skali kraju, Europy i świata.

ZDROWIE W UJĘCIU SPOŁECZNO-PSYCHOLOGICZNYM – MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA BADAWCZE

Podczas rozwoju nauk medycznych i okołomedycznych (socjologia medycyny, psychologia kliniczna, promocja zdrowia i in.) pojawiło się wiele definicji zdrowia. W swoich rozważaniach opieram się na poszerzonej definicji zdrowia, wprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia, według której „Zdrowie to stopień, w jakim – z jednej strony – jednostki lub grupy są zdolne do zaspokajania potrzeb, z drugiej strony – są zdolne zmieniać środowisko lub radzić sobie z jego wymogami” [za: Uramowska-Żyto 2009: 69]. Mamy również do czynienia z różnymi teoriami na temat przyczyn chorób – od teorii biomedycznych, poprzez teorie psychosomatyczne, deskryptywne i wreszcie teorie wieloprzyczynowe. Swoje analizy oparłam o teorie deskryptywne, które kładą nacisk na współzależności między statusem społeczno-ekonomicznym a stanem jego zdrowia³, a także teorie wieloprzyczynowe, w ramach których choroba nie jest wyłącznie efektem działania czynników szkodliwych dla zdrowia, lecz zależy od indywidualnej odporności jednostki na działanie czynników patogennych. Zakłada się, że odporność ta jest pochodną konstytucji biologicznej oraz różnych czynników psychospołecznych, które mogą działać w kierunku jej podwyższenia lub obniżenia [Firkowska-Mankiewicz 2009: 44–55]. W dalszej części artykułu

³ Z badań wynika, że ludzie zajmujący niższe szczeble w hierarchii społecznej nie tylko czują się bardziej chorzy, ale rzeczywiście częściej chorują, częściej też zapadają na choroby ciężkie, przewlekłe, rzadziej korzystają ze specjalistycznej opieki lekarskiej i umierają młodszy. Bardziej podatni na choroby są także ich dzieci. Przyczyn tego stanu rzeczy poszukuje się w zjawiskach i procesach związanych ze współczesną cywilizacją, takich jak: industrializacja, urbanizacja, mobilność geograficzna i zawodowa, wyniszczająca praca zarobkowa lub doświadczanie bezrobocia, a w skali mikro – rozpad więzi rodzinnych, trudności w realizacji ról społecznych [Firkowska-Mankiewicz 2009: 48–49]. Istnieje kilka konkurencyjnych wyjaśnień tego stanu rzeczy. Zwolennicy hipotezy doboru zdrowotnego podkreślają, że to raczej zdrowie jednostki decyduje o jej pozycji społecznej a nie odwrotnie. Natomiast zwolennicy wyjaśnień kulturowych i behawioralnych przekonują, że duże znaczenie dla zdrowia jednostki ma styl życia, a ten jest zakorzeniony w kontekście klasowym [Giddens 2006: 167–171]. Z badań Iwony Taranowicz wśród mieszkańców Wrocławia i okolic wynika, że osoby gorzej wykształcone, wychowane w środowisku małomiasteczkowym lub wiejskim, doświadczające bezrobocia są w większości zwolennikami fatalistycznej postawy w odniesieniu do zdrowia, tzn. uważają, że ich stan zdrowia w małym stopniu zależy od podejmowanych przez nich działań [2010: 115–149]. Rozważania te są istotne z punktu widzenia tematu wpływu emigracji zarobkowej i związanych z nią doświadczeń na zdrowie, gdyż na poakcesyjną emigrację zarobkową, o czym już wspomniałam, udały się w większej liczbie niż miało to miejsce we wcześniejszych emigracyjnych falach osoby sytuujące się na niższych i najniższych pozycjach socjoekonomicznych.

koncentrują się przede wszystkim na tych czynnikach, które mogą obniżyć indywidualną odporność na choroby w sytuacji emigracji. Proponowaną listę tych czynników zawiera tabela 1 (z pewnością nie jest to lista zamknięta).

TABELA. 1. Społeczno-psychologiczne czynniki wpływające na wystąpienie ryzyka zdrowotnego

Czynniki społeczne	Czynniki psychologiczne
<ul style="list-style-type: none"> – trauma zmiany społecznej i konieczność przystosowania się do nowych warunków społeczno-ekonomicznych – podejmowanie pracy wyczerpującej fizycznie i/lub psychicznie, tzw. pracy „3d” – <i>dull, dirty and dangerous</i> – brak (nielegalna praca oznacza brak ubezpieczenia zdrowotnego) lub niedostateczna opieka zdrowotna, także w odniesieniu do zdrowia psychicznego – ograniczone relacje społeczne w nowym środowisku z emigrantami i autochtonami (nieznajomość języka, nieznajomość kodów kulturowych, zasad komunikacji, niechęć do integrowania się, brak umiejętności funkcjonowania w środowisku wielokulturowym) – złe odżywianie się spowodowane koniecznością oszczędzania – brak odpoczynku, niedobory snu spowodowane podejmowaniem kilku zajęć jednocześnie – marginalizacja społeczna, także ekologiczna (zamieszkiwanie miejsc o większej skali przestępczości i występowania innych form patologii) – zaburzenia funkcjonowania w dotychczasowych układach społecznych, np. zaburzenia relacji w rodzinie 	<ul style="list-style-type: none"> – presja na osiągnięcie sukcesu – stres – poczucie wykorzenienia – osamotnienie – obwinianie się o niepowodzenia – szok kulturowy – zwiększona podatność na uzależnienia – przejawy anomii społecznej skutkujące zwiększoną liczbą samobójstw

Źródło: opracowanie własne.

Poniżej omówię wybrane czynniki. Będą to: trauma zmiany społecznej, marginalizacja społeczna, zaburzenia funkcjonowania w układzie rodzinnym, stres, poczucie wykorzenienia oraz przejawy anomii społecznej. Warto jednak podkreślić, iż czynniki te nigdy nie występują w odosobnieniu, ale działają na zasadzie pewnego syndromu cech. W tym miejscu zostały one wyodrębnione jedynie dla celów analitycznych.

Z traumą zmiany społecznej mamy zwykle do czynienia wówczas, gdy zmiana jest gwałtowna, ma miejsce w krótkim czasie i dotyczy różnych dziedzin życia. Piotr Sztompka wyróżnia trzy poziomy traumy: traumę w ramach biografii indywidualnej, zbiorową i ogólnospołeczną. Co ciekawe, w skali biograficznej możemy mieć także do czynienia ze zmianami traumatogennymi powolnymi, długotrwałymi i kumulującymi się. Z punktu widzenia niniejszej analizy największe znaczenie ma trauma jako wydarzenie w biografii jednostkowej spowodowana

emigracją. W przypadku traumy doświadczanej jednostkowo mamy do czynienia z zaburzeniem stabilnego świata nawyków, zwyczajów i sensów oraz pojawieniem się pasywności, apatii, orientacji na dzień dzisiejszy, nastroju niepokoju, obaw [Sztompka 200; 2005: 454-720]. Istnieją różne strategie radzenia sobie z traumą na poziomie jednostkowym – zbudowanie sobie bezpiecznej niszy (zamknięcie się w etnicznym getcie), reinterpretacja inicjalnych zmian traumatogennych (zmiana postrzegania emigracji w kategoriach smutnej konieczności na rzecz postrzegania jej w kategoriach okazji do uczenia się, zdobywania doświadczeń), integracja z nowym środowiskiem życia. Pierwsza strategia ma pasywny charakter, dwie kolejne – aktywny charakter. Nie bez znaczenia jest również uwaga poczyniona przez Emile’a Durkheima w jego pracy o samobójstwach, iż traumatogenny charakter mogą mieć również zmiany o pozytywnym wydźwięku. Wówczas też mamy do czynienia z naruszeniem starego, sprawdzonego, bezpiecznego porządku i z czymś, co francuski socjolog nazwał „anomią sukcesu” [Durkheim 2006]. Także emigracja zwieńczona sukcesem zawodowym, finansowym czy innym może stać się traumatogennym doświadczeniem.

Skutkiem emigracji zarobkowej bywa nie tylko trauma, lecz także marginalizacja społeczna. Związek między emigracją a marginalizacją społeczną nie ma charakteru zależności prostej. Marginalizacja może być przyczyną i/lub skutkiem migracji zarobkowej. Decyzję o migracji podejmują często osoby, które, jak coraz częściej określa się to również w literaturze przedmiotu, mają „niewiele do stracenia”. W ich przypadku migracja zarobkowa może albo poprawić sytuację materialną, albo w najgorszym przypadku jej nie zmienić [Osipowicz 2001: 387–390]. W takich okolicznościach rośnie presja związana z koniecznością osiągnięcia sukcesu i skłonność do bardziej ryzykownych działań. W sytuacji emigracji występuje także zjawisko marginalizacji ekologicznej. Tej formie marginalizacji podlegają nie jednostki czy kategorie społeczne, ale obszary. Z marginalizacją tego typu możemy mieć do czynienia zarówno w kraju wysyłającym (tzw. Polska B), jak i w kraju przyjmującym (gorsze dzielnice miast, etniczne getta) [Osipowicz 2001: 392–393]. Zamieszkiwanie w obszarze zmarginalizowanym jest zwykle skorelowane z podatnością na zetknięcie się z różnymi formami patologii społecznej (przestępczością, alkoholizmem, przemocą w rodzinie) i nieakceptowanymi społecznie, ale uznawanymi za funkcjonalne w tego typu środowiskach wzorcami działania (uzależnienie od opieki społecznej, mniejsza dbałość o profilaktykę zdrowotną).

Emigracja może też powodować zaburzenia w pełnieniu ról rodzinnych, zwłaszcza rodzicielskich lub też być jednym z czynników decydujących o emigracji, gdyż napięcia i konflikty w rodzinie mogą działać jak potencjalny czynnik

wypychający [Osipowicz 2001: 394]. Emigracja uchodzi za panaceum na kryzys w rodzinie, ale umożliwiając ucieczkę od jednej sytuacji kryzysowej prowokuje następne. Mimo że emigracje wahadłowe mają najczęściej indywidualny charakter i rzadko emigrant sprowadza po jakimś czasie rodzinę, to jednak przebieg migracji wahadłowej i jej skutki powodują, że pozostawioną w kraju rodzinę powinno się traktować w kategoriach „wspólnoty migrującej” [Niedźwiecki 2010: 111]. Problemy w rodzinie, których przyczyną jest emigracja zarobkowa to zaburzenia pełnienia ról rodzinnych, nadmierne obarczanie obowiązkami pozostałego w kraju rodzica oraz dzieci, niedostateczna opieka nad dziećmi ze strony członków dalszej rodziny, sąsiadów lub znajomych (w przypadku emigracji obojga rodziców), brak lub niedostatek opieki nad starzejącymi się i/lub niepełnosprawnymi członkami rodziny, brak lub niedostateczne wsparcie rodziny (i ze strony rodziny) w trudnych chwilach. W jaki sposób problemy w rodzinie mogą się przekładać na zdrowie jej członków? Jak pisze Zofia Kawczyńska-Butrym, „Niewątpliwym ryzykiem występowania chorób cywilizacyjnych i innych o charakterze przewlekłym okazała się też sfera emocjonalnego życia człowieka, związana z różnymi obszarami jego aktywności, także ze sferą życia rodzinnego [...] zdrowie zarówno poszczególnych osób, grup czy całych populacji zależy od powiązanych ze sobą czynników tkwiących w różnych obszarach/systemach życia społecznego oraz życia i aktywności jednostek na tle sytuacji ekonomicznej i politycznej. Obszarem łączącym te czynniki jest rodzina” [2009: 191, 193]. Z drugiej strony, wsparcie ze strony rodziny pozwala łatwiej przetrwać okres/okresy emigracji zarobkowej. Z badań wynika, że pozostawanie w związku małżeńskim jest jednym z tych czynników społecznych, które chronią jednostkę przed podatnością na chorobę. Ludzie pozostający w związkach małżeńskich mają niższe wskaźniki umieralności. Małżeństwo jest instytucją chroniącą szczególnie mężczyzn [Sokołowska 1986: 62–63]. Powstaje pytanie, czy ustalenia te dotyczą także osób będących w związkach nieformalnych. Inne pytanie, które się nasuwa ma związek z tym, czy w sytuacji emigracji posiadanie rodziny działa jak bodziec, motywator do działania, czy też jest odczuwane w kategoriach obciążenia na zasadzie świadomości, że w kraju jest ktoś, kto spodziewa się otrzymania znacznych środków finansowych.

Kolejnym czynnikiem, który chciałabym rozważyć jest stres. Badania dotyczące wpływu stresu na etiologię chorób są prowadzone od dawna. Stres psychospołeczny bywa ujmowany jako bodziec (stresor) lub jako reakcja człowieka w następstwie zadziałania stresora. W badaniach stresu jako bodźca próbuje się lokalizować potencjalne stresory w strukturze i procesach społecznych. Na poziomie ogólnym może być nim całe społeczeństwo poddane zmianie społecznej.

Stresujące mogą być też określone grupy społeczne, instytucje czy organizacje, np. zdeorganizowane rodziny czy niebezpieczne prace [Sokołowska 1986: 49]. Indywidualna reakcja stresowa może być formą adaptacji do zmienionych warunków życia. W dłuższym okresie jest więc reakcją przynoszącą pozytywne efekty, jednak niezależnie od tego powoduje pewne koszty związane z towarzyszącym stresowi silnym napięciem emocjonalnym, zaburzeniami poznawczymi czy emocjonalnymi. W konsekwencji przedłużający się stres może doprowadzić do choroby somatycznej lub psychicznej. Każda jednostka posiada ukształtowany w toku socjalizacji styl radzenia sobie ze stresem, od którego skuteczności zależy, czy stres przełoży się na zaburzenia psychosomatyczne, czy też nie [Firkowska-Mankiewicz 2009: 45–48].

W ostatnim czasie wiele miejsca w prasie, także tej emigracyjnej, poświęca się opisom przypadków samobójstw wśród emigrantów⁴. Wskazuje się, że mogą mieć różne przyczyny, a najczęściej są skutkiem splotu wielu różnych nakładających się na siebie okoliczności. Często jednak powtarzają się te, które wiążą targnięcie się na własne życie ze zjawiskiem nieprzystosowania społecznego i poczuciem wykorzenienia. Nie istnieją wprawdzie pełne i wiarygodne statystki, które mówią o skali występowania zjawiska nieprzystosowania społecznego emigrantów do zmienionych warunków życia, jednakże wiadomo, choćby z doniesień medialnych i informacji uzyskiwanych od pracowników polskich konsulatów, że takie sytuacje nie są rzadkością. Emigracyjne nieprzystosowanie może mieć różne przyczyny. Jedną z nich jest nakręcanie się spirali niepowodzeń, którą Dorota Osipowicz opisuje następująco: „Brak pracy, nieumiejętność jej zdobycia bądź utrzymania, bezrobocie to najgorsze, co może spotkać emigranta zarobkowego. Staje on w obliczu klęski finansowej i nabiera przekonania o własnej bezwartościowości. Jest bezpośrednio zagrożony brakiem pieniędzy na jedzenie, mieszkanie czy ubranie. Traci siły i chęci do działania. W skrajnych przypadkach bezrobocie może prowadzić do depresji i frustracji” [2001: 401]. Nieprzystosowanie społeczne może iść w parze z poczuciem wykorzenienia. Poczucie to często towarzyszy emigrantom wahadłowym, których strategia emigracji z jednej strony nie sprzyja integracji ze społecznością przyjmującą, z drugiej zaś powoduje zaburzenia funkcjonowania w społeczności przyjmującej. Tymczasem już jakiś czas temu ustalono, że integracja ze społecznością może mieć ochronny wpływ na zdrowie jednostki [Sokołowska 1986: 62]. Jak pisze Sokołowska, „więc społeczna niejako «pośredniczy» między jednostką a społeczeństwem” [1986: 62]. Integracja ze

⁴ Na temat *Chorej duszy emigranta* patrz: Głuchowski, Kowalski [2008]; Ziemia [2009]; Zimnak [2008].

społecznością przyjmującą jest jednak coraz trudniejsza wobec zmiany klimatu opinii w tych społeczeństwach na temat emigrantów zarobkowych z biedniejszych krajów Unii Europejskiej.

Kończąc ten etap rozważań, chciałabym zaznaczyć, że badając psychospołeczne uwarunkowania zdrowia należy się liczyć z różnego rodzaju ograniczeniami dotyczącymi wnioskowania. Nie można w sposób niepodważalny udowodnić, iż któryś z powyższych czynników lub ich zespół w sposób bezpośredni przekłada się na zmiany chorobowe. Zwraca na to uwagę socjolog medycyny Anna Firkowska-Mankiewicz pisząc, iż związki między czynnikami społeczno-kulturowymi a zdrowiem stanowią „sieć wzajemnie się warunkujących zależności pośrednich”, niespecyficzny, skomplikowany, wielowymiarowy, zmieniający się dynamicznie układ [2009: 58]. Podejmując się tego rodzaju analiz, trzeba być świadomym powyższych ograniczeń.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Badania, które przeprowadziłam w roku 2010 (rodzin z doświadczeniem emigracji wahadłowej) i w roku 2011 (emigrantów-singli), miały charakter jakościowy. Jako narzędzie posłużył mi wywiad swobodny. Respondenci byli dobierani na zasadzie „kuli śnieżnej”. Jakościowy paradygmat badań jest rzadziej stosowany do analizy zjawiska emigracji niż paradygmat ilościowy. Tymczasem jakościowe podejście do badania zjawiska emigracji ma dwie zasadnicze zalety [Górny, Koryś 2009: 29–30; Flick 2010: 137–138]:

– akcentowanie procesów i znaczeń, których liczba, intensywność i częstotliwość występowania ma drugorzędne znaczenie – jest to ważne w przypadku badania emigracji z uwagi na niepowtarzalność, różnorodność uwarunkowań i doświadczeń poszczególnych przypadków, które badanie ilościowe nie zawsze odzwierciedla;

– elastyczność procesu badawczego; w badaniu jakościowym pożądane jest przedefiniowanie zbioru zagadnień szczegółowych poddawanych badaniu, dodawanie kolejnych na dalszych etapach projektu badawczego, bez szkody dla całości; ma to szczególne znaczenie zwłaszcza w przypadku badania emigracji, będącej zjawiskiem niezwykle dynamicznym⁵.

⁵ Tak też było w przypadku przeprowadzonych przeze mnie badań. W pierwszym etapie koncentrowałam się zwłaszcza na zmianach w relacjach rodzinnych, głównie w relacji rodzic-dziecko w sytuacji emigracji jednego z rodziców. W drugim etapie badań, w związku z częściową ewolucją zainteresowań badawczych postanowiłam również sprawdzić występowanie i rozmiar

Analizując psychospołeczne uwarunkowania zdrowia emigrantów i ich rodzin, należy osobno rozważyć trzy sytuacje:

- sytuację emigranta w związku małżeńskim lub nieformalnym, posiadającego dzieci;
- sytuację emigranta w związku małżeńskim lub nieformalnym, bezdzietnego;
- sytuację emigranta-singla.

Ograniczę się jedynie do przeanalizowania pierwszej i trzeciej sytuacji ze względu na ograniczenia, jakie narzuca forma artykułu.

W ramach pierwszego etapu badania zostały zebrane wywiady z rodzinami, które doświadczyły lub doświadczyły emigracji jednego ze swoich członków. Interesowały mnie pary, będące w formalnym związku lub żyjące w konkubinacie i posiadające dzieci. Próba badawcza objęła 22 takie rodziny. Z każdym z rodziców przeprowadzono osobny wywiad, więc w efekcie otrzymano 44 wywiady. Najważniejszymi elementami analizy były doświadczenia w związku z emigracją zaburzenia w pełnieniu ról rodzicielskich, konsekwencje tego stanu, wpływające na zdrowie poszczególnych członków rodzin oraz sposoby radzenia sobie z tą sytuacją. Rozbudowaną charakterystykę próby przedstawiono w tabeli 2.

TABELA 2. Charakterystyka próby badawczej emigrantów w związku małżeńskim lub nieformalnym i posiadających dzieci

Kryteria	Charakterystyka
Wiek	Najliczniej są reprezentowane dwie grupy wiekowe – ludzie młodzi w wieku do 30 lat (17 osób) oraz ludzie w wieku 41–50 lat (12) osób. Powyżej 30 do 40 ma 11 osób, a powyżej 50 – tylko 4
Płeć emigranta	Wśród 22 par, które stanowiły próbę badawczą, zdecydowaną większość rodziców emigrujących stanowili mężczyźni (19). Kobiety (4) decydowały się na wyjazd rzadziej, tłumacząc to koniecznością wychowania małych dzieci. Te, które wyjechały, miały już zazwyczaj co najmniej nastoletnie dzieci.

innych rodzajów ryzyka zdrowotnego w odniesieniu do emigracji. Dlatego też na liście dyspozycji do wywiadu pojawiły się te odnoszące się do m.in. wielkości kapitału społecznego (celem sprawdzenia hipotezy o wpływie wielkości tego kapitału na podatność na ryzyko zdrowotne) oraz dyspozycja dotycząca pytania o to, czy emigrant słyszał o przypadkach samobójstw na emigracji (pytanie wprost, czy sam doświadczył np. myśli samobójczych wydało mi się zbyt bezpośrednie, niedelikatne i mogące powodować, że respondent nie odpowie lub nie będzie szczery). W książce *Projektowanie badania jakościowego* Uwe Flick wręcz zaleca włączanie w późniejszych wywiadach nowych pytań czy tematów [Flick 2010: 138].

Kryteria	Charakterystyka
Wykształcenie	Wśród badanych znajdują się osoby mające wykształcenie podstawowe (3), zasadnicze zawodowe (6) i wyższe (12). Największa grupa osób zadeklarowała ukończenie szkoły średniej (23), w tym 1 osoba – szkoły policealnej. Wykształceniem zawodowym częściej legitymują się mężczyźni, a wykształceniem średnim i wyższym – częściej kobiety.
Miejsce zamieszkania w kraju	Respondenci wywodzą się głównie ze społeczności małomiasteczkowych i wiejskich , a w kilku zaledwie przypadkach – z Łodzi.
Kierunki emigracji	Wielka Brytania, Irlandia, Niemcy, Kraje skandynawskie
Motywy emigracji	Motyw zarobkowy, sytuacja rodzinna (np. złe relacje z teściami), chęć podwyższenia kwalifikacji, utrata pracy w kraju.
Długość emigracji	Większość badanych (17 respondentów) przebywa za granicą już od ponad roku, pozostali to emigranci krótkookresowi.
Liczba dzieci	Badane przede mnie rodziny posiadają jedno lub dwoje dzieci. Rodzin z trojgiem dzieci było zaledwie dwie, co stanowi jedną dziesiątą badanej próby

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Chociaż dobór próby nie miał charakteru losowego, wiek większości emigrantów, którzy wzięli udział w badaniu, oscyluje wokół podanej wyżej średniej wieku dla emigranta zarobkowego, czyli około 31 lat. W większości na emigrację udali się ojcowie rodzin, a nie matki. Jeśli chodzi o kraj emigracji, to dominowały kraje tzw. starej piętnastki. Do najczęściej podawanych motywów emigracji należał motyw zarobkowy, rzadziej chodziło o zdobycie nowych doświadczeń czy podwyższenie kwalifikacji, a jeśli takie motywy się pojawiały, to częściej były wymieniane w drugiej kolejności, jako dodatkowe czy też uzupełniające w myśl zasady: „jadę, żeby zarobić pieniądze, ale może przy okazji czegoś się nauczę i zwiedzę świat”. Posługując się klasyfikacją zaproponowaną przez Grzegorza Dudtkę, zdecydowanie należy stwierdzić, że większość stanowili emigranci „pracujący”, a nie emigranci „doświadczający” czy emigranci „asymilujący się” [Dudtka 2006: 103–117]. Takie też były ustalenia autora na podstawie jego badań. Ponadto emigracja wahadłowa wiąże się raczej z typem „pracującym” i/lub „doświadczającym”. Asymilacja łączy się zwykle z decyzją o emigracji pełnej. Znając główny motyw emigracji, można, posiłkując się wspomnianą typologią, wnioskować o rodzajach doświadczeń migracyjnych i najczęściej podejmowanych strategiach (tabela 3).

TABELA 3. Trójpolowa typologia emigrantów-rodziców w kontekście zebranego materiału badawczego

Typ emigranta	Charakterystyka	Wypowiedzi emigrantów
Pracujący	<p>Najistotniejsze znaczenie ma praca, która jest głównym wyznacznikiem sukcesu emigracyjnego. Nieważnie, jaka to praca, ważne żeby przynosiła dochód.</p> <p>Realizacja strategii „przetrwania” przejawiająca się m.in. niechęcią do asymilacji.</p> <p>Niski kapitał kulturowy, ale za to znaczny emigrancki kapitał społeczny. Brak znajomości (lub podstawowa znajomość) języka kraju emigracji mimo przebywania w nim od kilku lat.</p> <p>Zawieranie znajomości przede wszystkim z rodakami, zamieszkiwanie w tzw. polskich dzielnicach.</p> <p>Częste kontakty z bliskimi, zainteresowanie wiadomościami z Polski.</p> <p>Doświadczenie skutków marginalizacji społecznej.</p>	<p><i>Znaczy, jeżeli chodzi tam o moje aspiracje zawodowe, to na pewno nie, bo była jakaś najprostsza praca fizyczna i tyle, no, pozwalała mi, powiedzmy, zarobić jakieś tam pieniądze na utrzymanie, na odłożenie jakiś tam pieniędzy (RE2m: 18–20)*</i></p> <p><i>Musiałem wyjechać, żona nie pracowała, zajmowała się domem i dziećmi, ja zamknęłam firmę, bo zimę interes nie idzie. Nie było pieniędzy w domu na dwoje dzieci (RE3m: 31–33).</i></p>
Doświadczający	<p>Do wyjazdu motywuje ich głównie pragnienie poznawania ludzi i świata, rozwój własnej osobowości, chęć sprawdzenia się w nowych sytuacjach.</p> <p>Wysoki kapitał kulturowy.</p> <p>Wyjazd traktowany w kategoriach przedłużenia okresu młodości lub chęci uniknięcia stabilizacji kojarzonej z rutyną.</p> <p>Bywa, że trudno im się zintegrować, doświadczają marginalizacji i silniej niż np. typ emigracyjny odczuwają jej skutki.</p>	<p><i>[...] pracowałam jako kelner, gdyż mam doświadczenie w dziedzinie gastronomii i dostałam taką propozycję. Była to restauracja dość ekskluzywna. A doświadczenie jakie zdobyłam, no to na pewno poznałam kulturę tamtego kraju. Co bardzo mi się spodobało. Poznałam także wiele nowych potraw, spróbowałam dania, których nie miałem okazji skosztować [...] sama przyjemność poznania nowych ludzi dała mi na pewno satysfakcję z tego, co robiłam (RE6m:17–24).</i></p>

Typ emigranta	Charakterystyka	Wypowiedzi emigrantów
Asymilujący się	<p>Zorientowanie na „osiągnięcia”, zarówno na płaszczyźnie zawodowej, jak i prywatnej. Potrzeba przystosowania się „wtopienia” w nową rzeczywistość. Średni lub wysoki kapitał kulturowy (wyższe wykształcenie zdobyte w dobrej uczelni, znajomość języka). Zainteresowanie pracą stwarzającą możliwości edukacyjne. Brak, a nawet unikanie kontaktów z innymi rodakami, zwłaszcza typami „pracującymi”. Przejmowanie stylu życia właściwego dla ich kategorii wiekowej w danym kraju. Często wstępują w formalne lub nieformalne związki z obcokrajowcami.</p>	Brak przykładów tego typu emigracji.

*O b j a ś n i e n i a: RS – rodzice stacjonarni, RE – rodzice emigrujący, 1–22 – numer porządkowy (identyczny dla par małżeńskich), m – mężczyzna, k – kobieta; symbol RE17m oznacza mężczyznę-emigranta.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Dudtka 2006].

Z informacji przekazanych przez rodziców emigrujących i stacjonarnych wynika, że emigracja zmieniła dotychczasowy „układ sił” w rodzinie, przedefiniowała role społeczne, stworzyła konieczność ułożenia relacji według nowych zasad. Z jednej strony, rodzina, chęć zapewnienia jej lepszego bytu stanowiła główną motywację wyjazdu, z drugiej świadomość, że emigrując traci się w jakimś mierze możliwość wypełniania roli matki lub ojca działała obciążająco i stanowiła dodatkowy stresor. Oto przykładowe wypowiedzi rodziców-emigrantów:

Syn był za mały, żeby coś zauważyć tzn. później to żona mówiła, że trochę płakał, jak wyjeżdżałem, a córka to chyba gorzej znosiła. Tęskniła za tatą, tym bardziej, że przygotowywała się do komunii, więc chciała mieć oboje rodziców przy sobie. Koleżanki miały na co dzień tatusiów, a ona nie, więc tęskniła [RE3m: 88–91].

Z początku nie było czasu na siadanie i rozpamiętywanie i tęsknienie. Nowe miejsce, nowi ludzie, dodatkowy stres, to robi swoje. Myśli się o nich cały czas i podświadomie tęskni, ale nie tak, żeby jakaś rozpacz. Póki było zajęcie, to się mniej myślało. Ale, przynajmniej, gorzej było w dzień wolny albo w jakieś święto [RE5m: 48–50].

Nie ukrywam, że jako matce było mi na początku bardzo ciężko, pierwsze noce były okropne, praktycznie nie spałam. Miałam duże wyrzuty sumienia, że ich tak zostawiłam

samych. Zadawałam sobie pytania, co ze mnie za matka? Pomógł mi czas i zachowanie syna, który powtarzał, że bardzo mnie kocha, że tęskni, ale dają sobie radę i nie ma mi za złe tego, że wyjechałam [RE8k: 44–47].

No wiesz, na pewno człowiek się oddala. Oddala się człowiek i mimo że się kontaktowaliśmy codziennie i rozmawiałem z Kasią i z Rafałem i z żoną, ale to nie było to, co jak byłem w domu i mogłem na przykład tam poradzić coś, nawet głupią żarówkę wkręcić, czy coś w relacjach z dziećmi... [RE17m: 69–72].

Niemal każdy emigrant-rodzic w sytuacji oddalenia starał się podejmować (z różnym skutkiem) strategie zaradcze, które można podzielić na dwie grupy – działania na bieżąco i działania odroczone, podejmowane w okresach bytności w domu (tabela 4).

TABELA 4. Rodzaj podejmowanych strategii zaradczych w relacjach rodzic-emigrant – dziecko a wiek dzieci

Działania podejmowane na bieżąco	Bardzo rzadkie w odniesieniu do bardzo małych dzieci. Rozmowy telefoniczne (oswajanie małego dziecka z głosem rodzica), rozmowy przez Internet. Prośby o przesyłanie zdjęć, rysunków dzieci – komentowanie ich, rozmowy o nich. Chęć „bycia poinformowanym”.	Odrabianie lekcji przez Internet. Częste wysyłanie sms-ów, rozmowy telefoniczne lub przez komunikatory internetowe. Główne tematy rozmów to: – udzielanie niezbędnych rad dotyczących dnia codziennego; – wysłuchiwanie relacji z przebiegu dnia; – kontrolowanie ocen i postępów w szkole; – przypominanie o obowiązkach; – porady zdrowotne; – wsparcie psychiczne, rozmowy o uczuciach; – przypominanie o motywach wyjazdu, tłumaczenie sytuacji.
Działania odroczone	Kupowanie prezentów. Poświęcanie większości czasu na zabawy z dzieckiem.	Kupowanie prezentów. Uleganie wszelkim prośbom dzieci, zaspokajanie kaprysów lub przeciwnie, egzekwowanie autorytetu celem szybkiego skorygowania zaobserwowanych zachowań uważanych za negatywne. Częste rozmowy, okazywanie zainteresowania. Wspólne wyjazdy.

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Z danych zgromadzonych w tabeli 4. wynika, że większa i bardziej zróżnicowania gama działań jest możliwa w przypadku większych dzieci, zarówno,

jeśli chodzi o działania podejmowane na bieżąco, jak i działania odroczone. Rodzice emigrujący wybierają strategię bieżących działań, co nie znaczy, że działania odroczone nie są wówczas podejmowane. Zazwyczaj mamy do czynienia z kombinacją działań z obydwóch strategii. Rodzice dzieci w wieku do 6 lat częściej jednak opowiadali o działaniach odroczonej, a rodzice starszych dzieci – o działaniach podejmowanych na bieżąco. Można zaobserwować jeszcze jedną zależność, polegającą na tym, że kobiety-emigrantki częściej angażowały się w działania na bieżąco, a mężczyźni-emigranci – w działania odroczone. Może to wynikać z dwóch powodów. Po pierwsze, kobiety, które zdecydowały się na emigrację, miały zazwyczaj starsze dzieci, a po drugie, niezależnie od emigracji, ciągle jeszcze od matki oczekuje się większego zaangażowania w rolę rodzica.

W emigracyjnych narracjach o barierach związanych ze spełnianiem się w roli rodzica na odległość często pojawiały się wypowiedzi o kosztach psychicznych tej sytuacji, o świadomości trudności, jakie przeżywają dzieci i partnerzy. Najtrudniejszymi przeżyciami dla obu stron była niemożność przybycia do domu w momentach ważnych dla rodziny (urodziny, rocznice, ważne wydarzenia, np. komunie dziecka, uroczystość rozpoczęcia lub zakończenia roku szkolnego) oraz w momentach trudnych (choroba dziecka lub partnera). Jedna z matek-emigrantek przyznała, że w pewnym momencie musiała zwrócić się o pomoc do psychologa, gdyż w sytuacji, w jakiej się znalazła, nie mogła już sobie poradzić z dorastającym synem. W większości emigranci twierdzili, że próbowali poradzić sobie z tęsknotą, nieustającymi myślami o rodzinie, angażując się w pracę i pracując coraz więcej, kierując się przy tym przekonaniem, że im więcej będzie się pracować, tym szybciej uzbiera się pieniądze i szybciej wróci do rodziny.

W drugim etapie badania skoncentrowałam się na doświadczeniach związanych z emigracją w sytuacji bycia singlem. Do próby badawczej weszły 24 wywiady z osobami, które nie założyły jeszcze rodzin prokreacji. W próbie badawczej znalazły się osoby w przedziale wieku 21–30 lat, w tym 12 kobiet i 12 mężczyzn. Z motywów, które podawali jako dominujące przyczyny emigracji wynika, że większość z nich to emigranci doświadczający, w drugiej kolejności pracujący (tabela 5).

TABELA 5. Trójpolowa typologia emigrantów-singli w kontekście zebranego materiału badawczego

Typ emigranta	Wypowiedzi emigrantów
Pracujący	<p><i>Mieszkam na wsi, z wykształcenia jestem księgową, ale w tak małym miasteczku ciężko o pracę, a przeprowadzka do większego miasta kosztuje zbyt dużo. Narzeczony pracuje na roli, ma gospodarstwo. Chcemy się pobrać, ale wiadomo, że są to koszty, których niestety nie każdy jest w stanie ponieść [Anna – Niemcy: 13–16]*.</i></p> <p><i>Przede wszystkim brak pracy w Polsce. A poza tym nic mnie w kraju nie trzymało, związek się rozlatywał i tak wyszło [Bartosz – Francja: 13–14].</i></p> <p><i>Brak perspektyw w kraju i kiepska sytuacja materialna, to przede wszystkim [Łukasz – Anglia: 8]</i></p>
Doświadczający	<p><i>Mmm decyzję... to jest trochę skomplikowane, ponieważ mam dziewczynę, która mieszka, studiuje akurat w Stanach Zjednoczonych i po prostu chciałem przyjechać tutaj, żeby być bliżej niej i poznać kulturę, poznać w ogóle cały kraj i ludzi tutaj żyjących i tak to wygląda [Bartosz–USA: 20–22].</i></p> <p><i>Stwierdziłam, że jeśli mam taką możliwość i jeszcze jestem osobą młodą i niezobowiązaną, nie mam rodziny, to mogę sobie wyjechać [Daria – Niemcy: 27–28].</i></p> <p><i>Powód wyjazdu był rodzinno-edukacyjny (tak bym powiedział). Zamierzałem tam rozpocząć studia na ichniejszej politechnice we Frankfurcie nad Menem, a ponieważ moja matka mieszkała tam od kilku lat, chyba, od 1997, więc... bo ja wyjechałem w 2003, to przynajmniej o podstawy nie musiałem się martwić, dach nad głową, jedzenie [Mariusz – Niemcy: 22–25].</i></p>

* O b j a ś n i e n i a: Imiona i wszelkie dane identyfikacyjne zostały zmienione celem zapewnienia badanym anonimowości.

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

W odniesieniu do emigrantów-singli analizowałam wpływ migracyjnego kapitału społecznego na większą lub mniejszą podatność na różne formy ryzyka zdrowotnego. O wielkości tego kapitału wnioskowałam, biorąc pod uwagę następujące wskaźniki:

- otrzymanie pracy (przynajmniej pierwszej) przy pomocy rodziny/znajomych;
- pomoc znajomych/rodziny w pierwszym okresie migracji;
- utrzymywanie kontaktów z innymi imigrantami;

– czytanie prasy dla imigrantów/portali internetowych dla imigrantów/forów internetowych dla imigrantów⁶.

Każdy z tych wskaźników uznałam za równoważny i równy jednemu punktowi. Opracowany przeze mnie indeks migracyjnego kapitału społecznego wahał się w granicach od 0 do 4.

Tylko jedna osoba w próbie dysponowała kapitałem równym 4, podczas gdy 5 osób nie miało go wcale. Społeczny kapitał migrancki większości osób wynosił od 3 (dysponowało takim 6 osób) do 2 (wielkość kapitału 10 osób), a jedna osoba miała kapitał migrancki „wyceniony” przeze mnie na 1. Kilka osób w ogóle nie posiadało emigranckiego kapitału społecznego. Na początku przypuszczałam, że wielkość kapitału społecznego różnicuje mężczyzn i kobiety, okazało się jednak, iż kapitały kobiet i mężczyzn są porównywalne. Nieco częściej mężczyźni szukali pomocy znajomych/rodziny, nie tylko, jeśli chodzi o znalezienie pracy, ale w ogóle w pierwszym okresie emigracji. Poza tym najczęstszym składnikiem kapitału migracyjnego było poszukiwanie pracy przy pomocy rodziny/znajomych, a najrzadszym – korzystanie z informacji zwartych w prasie emigracyjnej i na portalach dla emigrantów. Szczegółowe dane zawiera tabela 6.

TABELA 6. Emigrancki kapitał społeczny a płeć emigranta

Składniki migranckiego kapitału społecznego	Kobiety-emigrantki	Mężczyźni-emigranci
Otrzymanie pracy (przynajmniej pierwszej) przy pomocy rodziny/znajomych	9	10
Pomoc znajomych w pierwszym okresie migracji	3	7
Utrzymywanie kontaktów z innymi imigrantami	6	6
Czytanie prasy dla imigrantów/portali internetowych dla imigrantów/forów internetowych dla imigrantów	3	1
Ogółem	21	24

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

⁶ Włączyłam do konstrukcji zaproponowanego indeksu kapitału migracyjnego takie, a nie inne wskaźniki, gdyż założyłam, że osoby, które podczas poszukiwania pracy na emigracji i adaptowania się do nowych warunków życia korzystają z pomocy innych emigrantów (najczęściej członków rodzin, znajomych), mają większy kapitał (znają osoby, które mogą im pomóc) niż osoby, które tego nie czynią. W indeksie znalazł się również wskaźnik odnoszący się do czytania prasy emigracyjnej/portali dla emigrantów, gdyż w dobie globalizacji i szybkich środków komunikowania emigracyjny kapitał społeczny buduje się również on line.

Jedynie połowa kobiet i mężczyzn utrzymywała kontakty na emigracji z innymi Polakami. Wiele wypowiedzi badanych świadczyło o negatywnym stosunku do rodaków za granicą. Były to np. następujące opinie:

Podczas prawie dwuletniego pobytu tu, jeden ze znajomych mojego chłopaka, pijany rzucił się pod metro i zginął. Rodacy tutaj często się gubią, popadają w alkoholizm, który na chwilę wyciąga ich z depresji, a tak naprawdę jeszcze bardziej ich pograża. [...] Polak Polakowi wilkiem tutaj, poza tym Polaka tu można poznać przede wszystkim po piwie w rękę i gdy słyszy się wulgaryzmy na ulicy lub w środkach transportu, troszkę żenujące to jest. Niby są zrozpaczeni, że żyją na obczyźnie, bez rodziny, ale zamiast odkładać pieniądze, dążyć do powrotu, piją i wpadają w większe problemy, które często prowadzą do depresji i samobójstw [Jowita – Wielka Brytania: 59–66].

Polak ma opinię bardzo rzetelnego pracownika, ale jest grupa ludzi, która skutecznie to wszystko psuje i to są właśnie tacy ludzie, do których wchodzisz do domu, a feta leży na stole tak i od takich ludzi z daleka. [...] Anglia otworzyła furtkę dla ludzi z recydywą albo z wyrokami i naprawdę wbrew pozorom to jest naprawdę bardzo wielki problem w Wielkiej Brytanii. Bo jest mnóstwo ludzi, którzy już nie mieli szans, aby niczego zrobić w Polsce i wiesz i od takich ludzi z daleka. Miałem okazję spotkać się z takimi ludźmi, ale to było raz i więcej nie [Kuba – Wielka Brytania: 295–303].

Podsumowując, osoby, które wzięły udział w badaniu, dysponują wysokim (wielkość indeksu 3–4) lub średnim migranckim kapitałem społecznym (wielkość indeksu 2). Pozostaje pytanie, czy i w jaki sposób wielkość kapitału migranckiego przekłada się na doświadczenia migracyjne, głównie, jeśli chodzi o podatność na czynniki, które mogą wpływać na psychofizyczny stan emigranta. W celu sprawdzenia, czy występuje taka zbieżność, wybrałam z próby cztery skrajne przypadki – kobietę-emigrantkę i mężczyznę-emigranta z wysokim kapitałem społecznym oraz kobietę-emigrantkę i mężczyznę-emigranta bez kapitału migranckiego. Rezultaty porównania zawiera tabela 7.

Analiza tych kilku przypadków nie może oczywiście stanowić potwierdzenia lub zaprzeczenia postawionej hipotezy. Niemniej jednak dzięki zestawieniu doświadczeń migracyjnych osób z wysokim migranckim kapitałem społecznym i osób, które go nie posiadają można poczynić kilka ciekawych uwag i wskazać na ogólny trend oraz dalszy kierunek analizy. Po pierwsze, więcej negatywnych doświadczeń i częstszą styczność z czynnikami ryzyka zdrowotnego miały kobiety – ta dysponująca wysokim kapitałem i ta bez kapitału. Mężczyźni, których przypadki zostały opisane w tabeli, lepiej zaaklimatyzowali się na emigracji i częściej opisują ją jako pozytywne doświadczenie. Być może różnica ta wynika z większej wylewności respondentek i większej chęci opowiadania o swoich emocjach oraz częstszym skrywaniu tychże emocji przez respondentów.

TABELA 7. Wielkość migranckiego kapitału społecznego a podatność na czynniki ryzyka zdrowotnego

Wielkość migranckiego kapitału społecznego	Kobieta-emigrantka	Mężczyzna-emigrant
Wysoki kapitał migrancki	<p>Kobieta w wieku 23 lata. Wykształcenie wyższe.</p> <p>Rok na emigracji w Szkocji. Typ emigranta – doświadczający. Wielkość kapitału 3, gdyż na emigracji nie korzystała z pomocy rodziny/znajomych. Czytała jednak portale i prasę emigracyjną oraz utrzymywała kontakty z innymi emigrantami.</p> <p>Doświadczenie emigracyjne: wykonywała pracę sprzątaczką, pracowała w kawiarni oraz barze. Generalnie szukała pracy, w której mogłaby mieć kontakt z ludźmi i językiem, gdyż chciała się nauczyć płynnie języka angielskiego (dlatego też zrezygnowała z posady sprzątaczką). W wywiadzie podkreślała brak dobrych znajomych w Szkocji, samotność, tęsknotę za rodziną i krajem, brak intymności (mieszkanie z kilkoma innymi osobami). Spotkała się też z przejawami nietolerancji ze strony Szkotów. Generalnie nie wspomina emigracji dobrze – będąc tam rozstała się ze swoim chłopakiem.</p>	<p>Mężczyzna w wieku 25 lat. Wykształcenie wyższe. Kilkakrotnie na emigracji w Wielkiej Brytanii. Typ emigranta – pracujący i trochę doświadczający. Wielkość kapitału emigracyjnego 3, gdyż nie korzystał z portali dla emigrantów i nie czytał prasy emigracyjnej.</p> <p>Doświadczenie emigracyjne: wykonywał większości prace fizyczne, często pracował w różnego rodzaju fabrykach (ostatnio w fabryce żelak). Ogólnie narzekał jedynie na trudy pracy fizycznej i na kontakty z innymi Polakami, którym, jak sądzi, w większości nie można jednak na emigracji ufać. Dobrze się zaaklimatyzował, zawierał znajomości, zwiedzał kraj, poznawał kulturę. Uważa, że emigracja jest „fajną szkołą życia”.</p>
Brak kapitału migranckiego	<p>Kobieta w wieku 27 lat. Wykształcenie średnie. Od kilku miesięcy na emigracji w Niemczech. Typ emigranta – pracujący. Brak migranckiego kapitału społecznego – pracę znalazła przez agencję pracy, na emigracji nie utrzymywała kontaktów z innymi Polakami ani nie czytała portali lub gazet emigracyjnych.</p> <p>Doświadczenie emigracyjne: pracuje jako opiekunka osoby starszej i u niej mieszka. Narzeka na trudy tej pracy – duże obciążenie emocjonalne, problemy z opieką nad ciężko schorowaną osobą, brak czasu dla siebie, trudności językowe, poczucie bycia intruzem w czyimś domu.</p>	<p>Mężczyzna w wieku 29 lat. Wykształcenie średnie. Kilka miesięcy na emigracji w Wielkiej Brytanii. Typ emigranta – pracujący. Brak migranckiego kapitału społecznego – pracę znalazł przez Internet.</p> <p>Doświadczenie emigracyjne: pracuje jako kierownik działu technicznego pewnej firmy. Jest zadowolony z pracy. Koncentruje się tylko na niej. Ma możliwość awansu. Na nic nie narzekał, nie miał żadnych negatywnych doświadczeń na emigracji.</p>

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Okazuje się, że znaczenie ma nie tylko wielkość migranckiego kapitału społecznego, ale także jakość jego składników, m.in. wielkość pomocy oferowanej przez rodzinę lub znajomych oraz częstotliwość kontaktu ze znajomymi lub innymi Polakami na emigracji. Poza tym o rodzaju doświadczeń emigracyjnych decyduje również rodzaj wykonywanej pracy. Biorąc pod uwagę także inne wywiady można stwierdzić, iż gorzej znoszą doświadczenie migracyjne osoby, które wykonują pracę obciążającą psychicznie, bowiem doświadczają wówczas tak naprawdę podwójnego obciążenia – tego będącego efektem emigracji i tego związanego z pracą. W dalszej kolejności należałoby sprawdzić, czy i w jaki sposób wielkość tego kapitału przekłada się na radzenie sobie z trudami emigracji. Wydaje się, iż osoby dysponujące większym kapitałem migranckim mimo doświadczanych trudności lepiej radzą sobie z w emigranckiej codzienności niż inne osoby.

Po analizie wywiadów z emigrantami-singlami nasuwa się również obserwacja, że badane osoby dość niechętnie opowiadały o trudnych sytuacjach na emigracji, które je spotkały. Respondenci opowiadali raczej o swoich znajomych lub innych emigrantach, że mają lub mieli problemy z alkoholem, narkotykami i prawem, że popadli w depresję i mieli myśli samobójcze lub też dokonali samobójstwa. Swoje narracje woleli konstruować w oparciu o mit emigranta, który odniósł sukces bez większych poświęceń czy wyrzeczeń.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI KOŃCOWE

Podsumowując, badani zarówno z pierwszej grupy, czyli emigranci będący w związku i mający rodzinę, jak i emigranci z drugiej grupy, a więc emigranci-single doświadczyli lub doświadczają sytuacji mogących wpływać na ich zdrowotność. Trudno jednak oszacować istotę i wielkość tego wpływu. Można jednak zauważyć, iż do najczęściej wymienianych lub obecnych nie wprost w wypowiedziach społecznych i psychologicznych czynników ryzyka zdrowotnego należą: trauma wyjazdu, praca wyczerpująca fizycznie i/lub psychicznie, brak odpoczynku, zaburzenia funkcjonowania w dotychczasowych układach społecznych, presja na osiągnięcie sukcesu, stres i osamotnienie. Wpływ tych czynników na zdrowie emigrantów został również zauważony przez przedstawicieli polskiej władzy w Wielkiej Brytanii – „mekkce emigrantów”. W ostatnim czasie został uruchomiony w Londynie Polish Psychologists Club, w ramach którego grupa polskich psychologów świadczy pomoc zarówno doświadczonym, jak i nowym emigrantom, m.in. w zakresie podnoszenia kompetencji kulturowych, radzenia

sobie z adaptacją oraz trudnościami i napięciami rodzinnymi i przyjacielskimi, w tym głównie z tęsknotą za dziećmi [Grzymała-Moszczyńska 2010: 359–360].

W podsumowaniu chciałabym również wskazać dalsze projektowane przeze mnie kierunki analizy powyższych zagadnień. Po pierwsze, planuję „poeksperymentować” z formą wywiadu, tzn. w ramach tzw. wywiadów rodzinnych mam zamiar przeprowadzać wspólne wywiady z emigrantami i ich rodzinami (do tej pory przeprowadzałam osobne wywiady) celem uchwycenia i przeanalizowania także form interakcji między parami opowiadającymi o doświadczeniach migracyjnych swoich i partnera oraz wpływie tych doświadczeń na ich wspólne życie. Zamierzam także przeprowadzać wywiady częściowo narracyjne, tzn. wywiady, w których przed odpowiadaniem na pytania badacza respondent będzie zachęcany do swobodnego opowiadania o swoich doświadczeniach emigracyjnych. Po drugie, zamierzam dołączyć nowe dyspozycje bezpośrednio dotyczące zdrowotności emigrantów, mające na celu zebranie informacji o ich samopoczuciu fizycznym i psychicznym, stanach emocjonalnych doświadczanych na emigracji i po powrocie do domu oraz danych dotyczących korzystania z opieki zdrowotnej na emigracji, oceny tej opieki i ewentualnych trudnościach z otrzymaniem pomocy medycznej.

BIBLIOGRAFIA

- Chora dusza emigranta*, [w:] „Cooltura. Polish Weekly Magazine”, [za:] www.emito.net/zdrowie/psychologia/chora_dusza_emigranta_632294.html [dostęp 31.10.2010].
- Dudtka G. (2006), *Młodzi Polacy w Londynie. Społeczne i kulturowe konsekwencje życia na emigracji po 1989 roku*, „Przegląd Polonijny”, nr 1(119).
- Durkheim E. (2006), *Samobójstwo: studium z socjologii*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Firkowska-Mankiewicz A. (2009), *Teorie przyczyn chorób*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny, Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Flick U. (2010), *Projektowanie badania jakościowego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Garapich M.P. (2006), „*My nie mamy z tym nic wspólnego*”, czyli polska diaspora w Wielkiej Brytanii na skrzyżowaniu między lokalizmem a globalizacją, „Przegląd Polonijny”, nr 1(119).
- Giddens A. (2006), *Socjologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Głuchowski P., Kowalski M. (2008), *Wyjść po angielsku*, „Gazeta Wyborcza”, 19 sierpnia.
- Górny A., Kaczmarczyk P. (2003), *Uwarunkowania i mechanizmy emigracji zarobkowych w świetle wybranych koncepcji teoretycznych*, Warszawa: ISS UW, Prace migracyjne nr 49.
- Górny A., Koryś I. (2009), *O pożytkach podejścia jakościowego w badaniu migracji między narodowych*, „Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny”, nr 1(131).

- Górnny A., Stoła D. (2001), *Akumulacja i wykorzystanie migracyjnego kapitału społecznego*, [w:] E. Jaźwińska, M. Okólski (red.), *Ludzie na huśtawce. Migracje między peryferiami Polski i Zachodu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Grabowska-Lusińska I., Okólski M. (2009), *Emigracja ostatnia?*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Grzymała-Kazłowska A. (2001), *Dynamika sieci migranckich: Polacy w Brukseli*, [w:] E. Jaźwińska, M. Okólski (red.), *Ludzie na huśtawce. Migracje między peryferiami Polski i Zachodu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Grzymała-Moszczyńska H. (2010), *Potrzeby nowych kompetencji zawodowych psychologów w związku z polską sytuacją migracyjną*, [w:] H. Grzymała-Moszczyńska, A. Kwiatkowska, J. Roszak (red.), *Drogi i rozdroża. Migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku. Analiza psychologiczno-socjologiczna*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Kaczmarczyk P. (2001), „*Polski Berlin*”? – uwagi na temat najnowszych migracji Polaków do stolicy Niemiec, [w:] E. Jaźwińska, M. Okólski (red.), *Ludzie na huśtawce. Migracje między peryferiami Polski i Zachodu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2009), *Rodzina – zdrowie – choroba. Kontekst społeczny i zakres badań empirycznych*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny, Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Kordasiewicz A. (2010), *Profesjonalizacja i personalizacja – strategie Polek pracujących w sektorze usług domowych w Neapolu*, [w:] M. Kindler, J. Napierała (red.), *Migracje kobiet. Przypadek Polski*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Niedźwiecki D. (2010), *Migracje i tożsamość. Od teorii do analizy przypadku*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Osiłowicz D. (2001), *Marginalizacja społeczna migrantów*, [w:] E. Jaźwińska, M. Okólski (red.), *Ludzie na huśtawce. Migracje między peryferiami Polski i Zachodu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Portes A., Sensenbrenner J. (1993), *Embeddedness and immigration: Notes on the social determinants do economic action*, “*American Journal of Sociology*”, Vol. 98.
- Sokołowska M. (1986), *Socjologia medycyny*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Sztompka P. (2000), *Trauma wielkiej zmiany. Społeczne koszty transformacji*, Warszawa: Wydawnictwo ISP PAN.
- Sztompka P. (2005), *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Świętkowska T. (2010), *Migracja i gender z perspektywy pracy domowej i opiekuńczej*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Taranowicz I. (2010), *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Uramowska-Żyto B. (2009), *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny, Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: IFiS PAN.
- Wasilewski B.W., Kosewski M. (2006), *EU-migracje. Następstwa psychologiczne i zdrowotne*, <http://www.rpo.gov.pl/pliki> [dostęp 31.10.2010].
- White A., Ryan L. (2008), *Polish ‘temporary’ migration: The formation and significance of social networks*, “*Europe-Asia Studies*”, Vol. 60, No. 9.

- Widding Isaksen L. (2009a), *Dynamika globalnego handlu opieką: Pielęgniarki migrantki w Norwegii*, Biblioteka Online Think Thanku Feministycznego, www.ekologiasztuka.pl/think.tank.feministyczny [dostęp 1.02.2010].
- Widding Isaksen L. (2009b), *Uplciowienie Obcego. Wędrujące pracownice opieki: polsko-włoski przykład*, Biblioteka Online Think Thanku Feministycznego, www.ekologiasztuka.pl/think.tank.feministyczny [dostęp 1.02.2010].
- Ziemba T. (2009), *Desperacja z dala od domu*, www.gbritain.net/articles.php?id=205 [dostęp 31.10.2010].
- Zimnak B., (2008), *Samobójstwa: pozostawieni samym sobie*, www.polishexpress.co.uk/incl/print/php?typ=art&id=2053 [dostęp 31.10.2010].

Agnieszka Pawlak

PSYCHOSOCIAL FACTORS INFLUENCING THE HEALTH OF MIGRANTS AND THEIR FAMILIES

Abstract

The article focuses on the analysis of psychosocial factors influencing migrant workers' health. The analysis is divided into three parts. The first, theoretical, depicts modern work migration with the emphasis put on circular migration, and characteristic features of people who are its part. There is, as well, some theoretical background of my own research, which are three theories: theory of the social capital of migration (the most important), push and pull theories, and the theory of new economics of labour migration. The second part is devoted to a study of health from the socio-psychological perspective and the possibilities and restrictions of reasoning about the influence of social factors on susceptibility to various illnesses while on migration. There is also a list of discussed phenomena in this part. I concentrated mainly on the following factors: trauma of social change, social marginalization, malfunction in a family, stress, the feeling of rootlessness and the symptoms of social anomie. The last part includes the results of own qualitative research conducted among migrants in 2010 and 2011 in the summary I point at directions of further research on the discussed issues.

Key words: work migration, circular migration, social capital and migration, family, health, social stress, social anomie.

BARBARA WOŹNIAK
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum*

ZAANGAŻOWANIE RELIGIJNE A STAN ZDROWIA OSÓB W WIEKU PODESZŁYM: MECHANIZMY ZALEŻNOŚCI, WYBRANE WYNIKI BADAŃ

Streszczenie

Zgodnie z teorią oraz badaniami prowadzonymi w ramach m.in. socjologii i psychologii religii, zaangażowanie religijne jest czynnikiem redukującym stres i pozytywnie wpływającym na stan zdrowia, za co odpowiada kilka mechanizmów przyczynowych. Zaangażowanie religijnie oddziałuje na zdrowie poprzez generowane dzięki przynależności religijnej zasoby psychospołeczne (związane przede wszystkim z poziomem integracji społecznej oraz wsparciem społecznym), kształtowanie zachowań i stylów życia w taki sposób, że zmniejszeniu ulega ryzyko związane z występowaniem poważnych przewlekłych i ostrych stresorów oraz poprzez dostarczenie zasobów poznawczych, które są przydatne w rozwiązywaniu problemów i radzenia sobie ze stresorami [Ellison 1994]. Religia odgrywa szczególnie ważną rolę w końcowej fazie życia ludzkiego, pomagając osobom starszym w adaptacji do starości, m.in. pozwalając w obliczu zbliżającej się śmierci na znalezienie i zachowanie poczucia sensu życia, na zaakceptowanie nieuniknionych strat związanych z wiekiem podeszłym (m.in. utrata osób bliskich, sprawności i zdrowia, pozycji społecznej, etc.) oraz na odkrywanie nowych wartości, kompensujących wymienione straty [Barron 1961]. Celem przeprowadzonych badań było zweryfikowanie hipotez zakładających istnienie związku między poziomem zaangażowania religijnego a zdrowiem psychicznym w starszym wieku. Analizy potwierdziły, że zaangażowanie religijne jest istotnym wy-

* Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej e-mail: barbara.wozniak@uj.edu.pl

znacznikiem stanu zdrowia psychicznego osób starszych. Religijne znaczenia to prawdopodobnie najważniejszy mechanizm przyczynowy związany z zaobserwowaną relacją.

Słowa kluczowe: osoby starsze, religijność, zdrowie, jakość życia

RELIGIJNOŚĆ OSÓB STARSZYCH

Religijność to, jak pisze Borowik, „różnorodne treści i formy manifestowania się podstawowego subiektywnego przekonania, że sens ludzkiego życia nie wyczerpuje się w jego biologicznym istnieniu” [2001: 61]. Treści to nabywane na drodze poszukiwań indywidualnych, jak i dziedziczone kulturowo przekonania na temat natury świata, człowieka, norm moralnych, itd. Formy to działania motywowane przyjętymi przekonaniem, wyrażające się w m.in. w manifestowaniu przywiązania do symboli, sprawowaniu kultu, przynależności do wspólnoty [tamże]. Jako że religijność oznacza stosunek do religii charakterystyczny dla jakiejś konkretnej jednostki, grupy społecznej albo określonego przedziału czasowego [Borowik 2001, 2002], uprawnione jest posługiwanie się terminem „religijność osób starszych”, który oznacza religijne przekonania i motywowane religijnie zachowania charakterystyczne dla tej grupy wiekowej. Religijność osób starszych z pewnością jest odmienna od stylu religijności prezentowanego przez młodsze grupy wiekowe, tak jak odmienna jest skala zaangażowania religijnego w obrębie różnych grup wiekowych.

W myśl powszechnie przyjętej opinii, ludzie z wiekiem stają się bardziej religijni [Halicka, Halicki 2002]. Badania prowadzone w obrębie różnych tradycji religijnych i różnych wyznań wykazują powtarzającą się prawidłowość, że osoby najstarsze to najbardziej religijna grupa wiekowa, co tłumaczone jest zazwyczaj spadkiem poczucia bezpieczeństwa socjalnego u osób w wieku podeszłym [por. hipoteza Norris i Inglehart 2006, za: Borowik 2009] oraz lękiem egzystencjalnym pojawiającym się w starości, związanym przede wszystkim z wizją zbliżającej się śmierci. Jednym z czynników sprzyjających intensywnej religijności jest specyfika budżetu czasowego na emeryturze – osoby starsze w porównaniu z młodszymi grupami wiekowymi mają więcej wolnego czasu, który mogą poświęcić na praktyki religijne. Zwraca się również uwagę na kompensacyjną funkcję uczestnictwa w rytuałach religijnych, będących substytutem zanikających na starość kontaktów społecznych, co może być motywacją do zaangażowania się we wspólnotowe aktywności religijne [Borowik 2009].

Badania prowadzone wśród polskich seniorów wykazują, że ta grupa wiekowa cechuje się większym zaangażowaniem religijnym niż inne [Borowik 2001; CBOS 2005, 2006, 2009]. W badaniach zwraca uwagę m.in. duże zaangażowanie osób starszych w rytuały religijne, zarówno prywatne, jak i wspólnotowe (z naciskiem na te drugie) [Halicka, Halicki 2002]. Analizy socjologiczne pokazują, że skłonność do rytualizmu nie jest cechą osób doświadczających niedoborów czasowych; są to zazwyczaj elity pod względem wykształcenia, dochodów i władzy. Największy rytualizm cechuje tych, którzy mają najwięcej czasu, czyli przede wszystkim ludzi ze starszych przedziałów wiekowych, niemających na emeryturze obowiązków zawodowych oraz obciążeń związanych z obowiązkami rodzinnymi [Borowik 2001]. Intensywność zaangażowania religijnego w starości jest różnicowana przez szereg czynników o charakterze społeczno-demograficznym, przede wszystkim przez wykształcenie (osoby o niższym poziomie wykształcenia są bardziej zaangażowane religijnie, zwłaszcza jeśli chodzi o praktyki obrzędowe) oraz miejsce zamieszkania (większe zaangażowanie na terenach wiejskich w porównaniu z miastami) [Halicka, Halicki 2002; Pędich 2002].

Jak pisze Krause [2004], pomimo potwierzonego w badaniach faktu, że osoby starsze bardziej niż młode angażują się w aktywności związane z religią, należy być ostrożnym z wyciąganiem wniosku, że religijność wzrasta z wiekiem. Większość badań na ten temat to badania przekrojowe, w których nieuchwytna jest zmiana trendu w czasie: może więc chodzić o różnice między kohortami, a nie o nasilenie się poziomu religijności danej grupy. Potwierdzają to badania przeprowadzone pod kierownictwem Synaka (projekt „Polska starość”), z których wynika, że 60% starszych Polaków oraz 67% Polek znajdujących się w tym samym przedziale wiekowym twierdziło, że ich postawa religijna nie uległa zmianie na przestrzeni życia, 18% mężczyzn i kobiet mówiło, że obecnie są bardziej religijni, niż dawniej, natomiast 12% osób badanych deklarowało, że w młodości byli bardziej religijni niż w momencie badania. Przeprowadzone analizy pokazały, że osoby w wieku 75 lat i powyżej charakteryzowały się większą deklarowaną stabilnością zaangażowania religijnego na przestrzeni życia, niż osoby starsze będące poniżej 75 roku życia [Halicka, Halicki 2002]. Istnieje wiele trajektorii zaangażowania religijnego w starszym wieku i trudno mówić o jednym, stałym wzorcu religijności, zgodnie z którym człowiek staje się coraz bardziej zaangażowany w miarę upływu lat. Niewątpliwie osoby starsze częściej niż młodsze mówią, że religia jest bardzo ważna w ich życiu. Odsetek osób bardzo wysoko oceniających znaczenie religii jest w starszej grupie wiekowej znacznie wyższy, niż w młodszych, a więc dla osób aktualnie starych religia ma większe znaczenie, niż dla osób aktualnie młodych, niezależnie od tego, czy ci ludzie stali się bar-

dziej religijni na starość, czy też nie [Krause 2008]. Niektórzy badacze zwracają uwagę na coraz większe różnicowanie się wzorów zaangażowania religijnego osób w podeszłym wieku [Nelson, Dannefer 1992].

ZDROWIE I JAKOŚĆ ŻYCIA W GERONTOLOGII

Wielowymiarowa koncepcja jakości życia osób starszych obejmuje następujące aspekty: kondycję fizyczną i psychiczną, aktywność społeczną (pełnienie ról w rodzinie, kontynuowanie pracy, pozycję w środowisku społecznym), status ekonomiczny oraz aspekt strukturalny (finalny), wskazujący na miejsce osoby starszej w społeczeństwie (także stopień satysfakcji, związany z tą pozycją), udział w życiu społecznym itp. [Tobiasz-Adamczyk 2000, 2006]. Znaczenie subiektywnej oceny sytuacji życiowej odpowiada definicji jakości życia, zaproponowanej przez WHO, w myśl której jest to satysfakcja z własnego położenia w porównaniu z innymi osobami, będącymi w tym samym wieku. W gerontologii jakość życia rozpatrywana jest przede wszystkim jako wynik zmian w kilku wymiarach, wśród których wyróżnia się stan zdrowia (zmiany są wynikiem naturalnego procesu starzenia się, wielochorobowości, ograniczeń funkcjonalnych, etc.), status ekonomiczny (zmiany pojawiają się przede wszystkim w związku z zaprzestaniem działalności zarobkowej i przejściem na emeryturę), utratę współmałżonka i/lub innych bliskich członków rodziny, wycofywanie się z uprzednich form aktywności (np. z pracy zawodowej), kurczenie się znaczących relacji międzyludzkich oraz utratę niezależności, która prowadzi do wielowymiarowej zależności od innych ludzi i/lub od instytucji [Tobiasz-Adamczyk 2000, 2006]

Ważną kategorią funkcjonującą w piśmiennictwie dotyczącym problematyki starości jest kategoria pomyślnego starzenia się (*successful aging*). Od lat 60. ubiegłego wieku gerontolodzy podejmują próby zdefiniowania pojęcia i opisanie czynników odpowiedzialnych za proces pomyślnego starzenia się. Termin *successful aging* po raz pierwszy został użyty przez Havighursta [1961] w publikacji, w której zdefiniował pomyślne starzenie się jako dodawanie życia do lat i czerpanie satysfakcji z życia. Jak pisze Gibson [1995], pomyślne starzenie się jest związane z realizowaniem przez daną jednostkę jej potencjału oraz możliwości w zakresie osiągania fizycznego, społecznego i psychologicznego dobrostanu w starszym wieku. Według Palmore'a [1995], kompletna definicja pomyślnego starzenia się powinna łączyć w sobie trzy składniki: przeżycie (czyli długowieczność), zdrowie (brak niepełnosprawności) oraz satysfakcję z życia (szczęście). Często w tym kontekście podkreślane jest znaczenie adaptacji do

starości. Pomyślne starzenie się można zdefiniować jako osiągnięcie starości z małym ryzykiem niedołęźności i chorób, z wysoką sprawnością fizyczną i umysłową oraz utrzymaną aktywnością życiową, w rozumieniu możliwości pełnienia ról społecznych [Gryglewska 2006]. Pomyślne starzenie się jest związane z poczuciem spełnienia i satysfakcji z życia, nadzieją na przyszłość, radością życia i odnajdywaniem sensu w codziennych sprawach. Ważnym jego elementem jest poczucie bycia potrzebnym i kochanym. Osiągnięcie zdrowego starzenia się może być utrudnione w przypadku osób nieposiadających zasobów zdrowotnych, społecznych czy finansowych.

W ostatnich latach wielu badaczy zaangażowało się w ocenę jakości życia osób starszych, szczególnie tej uwarunkowanej stanem zdrowia, czynnikami społecznymi czy psychologicznymi [por. np. Bowling 2007a; 2007b; Fassino i in. 2002]. Celem prowadzonych badań było ustalenie, jakie czynniki determinują wysoką jakość życia w starości i są wyznacznikami pomyślnego starzenia się. Wyniki wielu badań wskazały na duże znaczenie relacji społecznych w starszym wieku; część autorów podkreśla również rolę religijności jako wyznacznika jakości życia [np. Koenig, Kvale, Ferrel 1988; Mehta 1997; Ardel 2003; Benjamins 2004; Daleman, Perera, Studenski 2004]. Zaangażowanie religijne pozwala na radzenie sobie z brakiem zasobów (np. społecznych), może być również odpowiedzią na bezradność i utratę kontroli [Koenig, Kvale, Ferrel 1988], poczucie izolacji i samotności oraz przynosić wiele innych korzyści sprzyjających pomyślnej adaptacji do starości.

WYBRANE MECHANIZMY ZALEŻNOŚCI MIĘDZY RELIGIJNOŚCIĄ A JAKOŚCIĄ ŻYCIA W OKRESIE STAROŚCI – RELIGIA JAKO JEDNO ZE ŹRÓDEŁ POCZUCIA SENSU

Tradycja analizowania zależności między religijnością a zdrowiem przez pryzmat znaczeń, których religia jest źródłem i związanego z nimi poczucia koherencji, sensowności świata, czyli jedna z głównych dróg, jakimi toczą się rozważania o religii [Greeley 1982] zakorzeniona jest w socjologii rozumiejącej Webera. Jak pisze zainspirowany twórczością Webera Berger, celem religii jest tworzenie porządku, konstruowanie ładu wszechświata. Berger przyjmuje przesłanki antropologiczne Luckmanna [1996] i zgadza się z nim w sprawie krytyki utożsamiania religijności z kościelnością, ale pisze, że należy rozpatrywać osobno antropologiczne podstawy i społeczną funkcję religii. Aby wyjaśnić koncepcję Bergera, należy sięgnąć do jego wizji społeczeństwa: rozumiał je jako zjawisko

dialektyczne, wytwór ludzki, który w ciągły sposób oddziałuje zwrotnie na swego wytwórcę. Podstawowy, dialektyczny proces składa się z trzech kroków, którymi są eksternalizacja, obiektywizacja i internalizacja. Eksternalizacja jest to rzutowanie istoty ludzkiej w świat, obiektywizacja to nabywanie przez wytwory tego działania realności i faktyczności (zewnętrzności w stosunku do twórcy), a internalizacja to ponowne „przywłaszczenie sobie” przez ludzi tej rzeczywistości. Jak pisze Berger: „To za sprawą eksternalizacji społeczeństwo jest ludzkim wytworem. To poprzez obiektywizację społeczeństwo staje się rzeczywistością *sui generis*. To za sprawą internalizacji człowiek jest wytworem społeczeństwa” [Berger 1997: 31].

Stworzony społecznie świat jest przede wszystkim porządkowaniem doświadczenia, kreowaniem znaczącego ładu, czyli nomosu (termin ten został pośrednio wyprowadzony od Durkheima i – jak pisze autor omawianej koncepcji – jest odwróceniem pojęcia anomii), a samo społeczeństwo jest przedsięwzięciem budującym, porządkującym (nomizującym) świat. Antropologicznym uwarunkowaniem nomizacji jest pragnienie znaczeń (które, według Bergera, u człowieka ma siłę instynktu), czyli potrzeba nakładania na rzeczywistość znaczącego porządku. Każdy społecznie stworzony nomos jest „gmachem wzniesionym w obliczu potężnych i obcych sił chaosu” [Berger 1997: 55]. Tymczasem religia, która wyrasta z przekonania o tym, że istnieje inna rzeczywistość transcendująca codzienność, jest „ludzkim przedsięwzięciem, które ustanawia święty kosmos” [tamże: 57], jest ostateczną podstawą, uprawomocnieniem nomosów człowieka, czyli spełnia funkcję podtrzymywania i legitymizacji świata społecznego. Berger zaznacza, że religia jest najbardziej powszechnym i skutecznym instrumentem legitymizacji, a jej skuteczność w uprawomocnianiu polega na tym, że rzeczywistość empiryczną odnosi do tej ostatecznej (czyli sytuje porządek społeczny w świętym, kosmicznym układzie odniesienia; porządek ziemski przedstawiany jest jako odwzorowanie porządku kosmicznego). Religia chroni przed chaosem, porządkuje biografię w sensowną całość (narodziny, różne etapy życia ludzkiego, a także śmierć są dzięki religii interpretowane w kategoriach transcendujących znaczeń). Jako taka, religia odgrywa kluczową rolę w ludzkim przedsięwzięciu budowania świata; jest próbą ujęcia całego uniwersum w kategoriach bytu znaczącego. Rytuał religijny pełni funkcję przypominania o religijnych legitymizacjach rzeczywistości, przekształca wydarzenie jednostkowe w typowy przypadek oraz integruje jednostkową biografię z historią całego społeczeństwa [Berger 1997].

Spójny obraz świata i własnego życia może zostać zachwiany w pewnych okolicznościach, do których zaliczyć można chorobę czy śmierć. Okoliczności te zagrażają poczuciu sensowności, a świat staje się zagrożony chaosem. W obliczu

takich zdarzeń pojawiają się pytania o znaczenie; wymagają one odpowiedzi, wyjaśnienia, ramy interpretacyjnej. Odpowiedź ta często zawiera się w religii, choć należy podkreślić, że religia jest tylko jednym z wielu potencjalnych źródeł wartości nadających sens ludzkiemu istnieniu. Jak piszą Sorajjakool i Seyle [2004], każda osoba, która staje twarzą w twarz ze śmiercią, ma potrzebę odnalezienia w tym celu i znaczenia. Bowkler [1970] wskazuje na koncepcje wyjaśniające sens cierpienia stanowiącego fundamentalne zagadnienie religijne. Dowodzi, że każda z wielkich religii światowych oferuje ideologię, język i rytuały, w których cierpienie (śmierć, choroba, niesprawiedliwość) znajdują wyraz i rozwiązanie. Religia jest rodzajem antidotum na bezkompromisowość ludzkiej egzystencji, przejawiającą się w nieuchronności cierpienia. Jest jak mapa kognitywna, która dostarcza pewności, że jest gdzieś sens; prowadzi przez cierpienie [Bowkler 1970, 1973]. W obliczu ciągłej konfrontacji z negatywnymi okolicznościami, zaburzającymi poczucie sensu, ludzie muszą sobie radzić, aby utrzymać poczucie spójnego obrazu świata. Kiedy okoliczności te dotyczą rzeczy najważniejszych dla człowieka (życie, zdrowie, bezpieczeństwo, zarówno własne, jak i istotnych innych), sytuacja staje się krytyczna z punktu widzenia ludzkiej egzystencji i potrzeba nadania jej sensu wzrasta. Śmierć, ciężka choroba, cierpienie, są zdarzeniami, które przypominają człowiekowi o ostatecznej kruchości i nietrwałości życia ludzkiego. Sytuacje takie, zwane sytuacjami granicznymi, są punktem przecięcia się jednostkowego doświadczenia ludzkiego z kosmologią religijną [Idler 1994].

Jak pisze Kehrer [2006], teodycea religijna jest niczym innym, jak religijną artykulacją odpowiedzi na pytanie o sens egzystencji, nieprzypadkowo ogniskującą się na zagadnieniu śmierci. Ostateczną religijną odpowiedzią na pytanie o sens jest obietnica nagrody w niebie i życia wiecznego [Koenig 1994]. Oślanający charakter porządku społecznego jest szczególnie widoczny właśnie w sytuacjach granicznych, takich jak śmierć, a w szczególności śmierć znaczących innych [Berger 1997]. Graniczne sytuacje dowodzą braku trwałości społecznych światów, grożąc społecznie skonstruowanemu nomosowi możliwością popadnięcia w anomię. Jak pisze Berger, „śmierć w radykalny sposób stawia wyzwanie wszystkim zobiektywizowanym definicjom rzeczywistości – świata, innych, własnego ja” [tamże: 79], a „każdy porządek ludzki jest wspólnotą w obliczu śmierci” [tamże: 122]. Ponieważ śmierci nie można uniknąć, pojawia się zapotrzebowanie na legitymizację rzeczywistości świata społecznego w jej obliczu. Zgodnie ze słowami Bergera i Luckmanna „Integracja rzeczywistości sytuacji granicznych z nadrzędną rzeczywistością życia codziennego ma duże znaczenie, te bowiem sytuacje stanowią największe zagrożenie dla przyjmowanego bez zastrzeżeń, zrutyinizowanego istnienia w społeczeństwie” [1983: 158]. Sytuacje graniczne

domagają się wyjaśnienia, usensownienia. Teodyceę Berger definiuje właśnie jako wyjaśnienie, nadawanie zjawiskom anomicznym znaczenia w kategoriach religijnych legitymizacji. Innymi słowy, teodycea jest legitymizacją anomii; nie przynosi szczęścia, ale jest źródłem znaczenia, a ludzie cierpią najbardziej właśnie wtedy, kiedy nie potrafią odnaleźć źródeł swojego cierpienia, a więc nie znajdują w nim sensu. Nawet najbardziej bolesne doświadczenia zyskują dzięki teodycei sens, zarówno w kategoriach społecznych, jak i subiektywnych. Berger mówi, że „teodycea stanowi próbą zawarcia paktu ze śmiercią” [1997: 122] i jako taka jest kwintesencją religii. Kolektywnie wypracowany nomos ustanawia transcendencję indywidualności, a więc zakłada teodyceę; jest znaczącą rzeczywistością, która obejmuje ją i wszystkie jej doświadczenia, nadając sens jej życiu, w tym także sprzecznym, bolesnym doświadczeniom [tamże].

Cierpienie zajmuje ważne miejsce w tradycji judeochrześcijańskiej; atrybucje znaczenia cierpienia czy choroby są w tej tradycji dobrze rozwinięte, jakkolwiek nie są szczególnie systematyczne czy logiczne. Religia dostarcza ram interpretacyjnych dla ludzkiego cierpienia i niedostatku, na które istnieje zapotrzebowanie, o czym świadczy popularność religijności wśród osób znajdujących się w gorszym położeniu społecznym (nieuprzywilejowanych), czyli słabo wykształconych, o niższym statusie socjo-ekonomicznym, przewlekle chorych, kobiet, osób starszych, mniejszości etnicznych. Osoby takie mają szansę na racjonalizowanie, dostrzeżenie sensu w swoim cierpieniu w świetle nauki biblijnej. Oprócz nadawania znaczenia, religia dostarcza modeli dla przeżywania cierpienia; pokazując cierpienie takich postaci, jak Jezus, Hiob, David, Jeremiasz, Izajasz, uczy jednocześnie, jak należy je przyjmować (np. gniew będący naturalną reakcją na nieszczęście; Bóg wie o każdym cierpieniu, cierpi z człowiekiem itd.) [Koenig 1994]. Pisząc o problemie bólu Lewis proponuje typologię teodycei dotyczących choroby, powstałych na gruncie tradycji judeochrześcijańskiej. Cierpienie jest w tej tradycji interpretowane jako kara za popełnione grzechy i sposób nawoływania przez Boga do skruchy, jako test sprawdzający siłę wiary, czynnik budujący i uszlachetniający człowieka. Cierpienie może być również przyczyną konwersji, odnowienia doświadczeń religijnych, nawiązania kontaktu z Bogiem lub ofiarą ponoszoną przez człowieka dla dobra innych ludzi. Może ono być również odczytywane jako znak Bożej wszechwiedzy, gdy przyczyny cierpienia znajdują się poza możliwościami poznawczymi człowieka [Lewis 1962; Kelsey 1973]. Teodycee przynoszą ulgę i pocieszenie w cierpieniu, a sięgając do nich człowiek zyskuje ostateczne, bo pochodzące od Boga, rozwiązanie problemu [McCullough, Smith 2003].

Zgodnie ze stawianą przez Idler [1994] „hipotezą koherencji”, która jest propozycją kognitywnego podejścia do analizy religii, zakorzenioną w socjologii Webera, wierzenia religijne są jednym ze źródeł sensu i poczucia posiadania celu w życiu. Wierzenia te, jak i poczucie sensu nie są negowane czy niwelowane przez chorobę czy niepełnosprawność; negatywne zdarzenia mogą wręcz pogłębiać wiarę. Przeciwności losu zinterpretowane w kategoriach religijnych mogą być czynnikiem pomagającym ludziom w religijnym (duchowym) wzroście i sprzyjać rozwojowi. Zło i cierpienie postrzegane są w wielu religiach jako źródła „religijnego wglądu” w prawdę o rzeczywistości, jako okoliczności działające na rzecz przyszłego zbawienia [Royce 2001]. Jak zauważył Finke [2007], dostrzeżenie przez badaczy działających na pograniczu socjologii i medycyny roli religii jako źródła sensu życia i znaczenia cierpienia i stanowiło ważny postęp w badaniach nad wpływem zależności między zaangażowaniem religijnym a zdrowiem. Wśród mechanizmów wyjaśniających tę zależność w odniesieniu do osób starszych najczęściej pisze się o roli religijności w radzeniu sobie ze stresem, w budowaniu poczucia koherencji oraz o jej znaczeniu w adaptacji do strat związanych z wiekiem i lęku przed śmiercią.

W myśl paradygmatu stresu życiowego (*life stress paradigm*), sformułowanego przez Ellisona [1994] religijność może mieć pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz na jakość życia m.in. dlatego, że przynależność religijna jest potencjalnym źródłem zasobów pomagających w radzeniu sobie z przeciwnościami losu. Zasoby te pozwalają na lepszą adaptację do nowych sytuacji życiowych oraz na radzenie sobie ze stresem, szczególnie w przypadku ciężkiej choroby własnej lub członka rodziny czy w razie owdowienia. Funkcję adaptacyjną spełniają rytuały religijne [Levin, Vanderpool 1989], zarówno prywatne, jak i wspólnotowe. Szczególnie ważna jest rola modlitwy, która z jednej strony bywa postrzegana jako posiadająca ozdrowieńczą moc, a z drugiej daje, zwłaszcza w przypadku choroby, poczucie sprawowania kontroli nad sytuacją [Hathaway, Pargament 1992]. Często zwrot w kierunku modlitwy następuje w przypadku ciężkich, nieuleczalnych chorób, zwłaszcza nowotworowych (wokół których koncentruje się najwięcej badań), choć nie tylko, a także w starszym wieku [Ellison 1994].

Pargament, jeden z czołowych badaczy strategii radzenia sobie z trudnościami życiowymi poprzez wykorzystanie zasobów pochodzących z religii, określił radzenie sobie jako wielowymiarowe, skomplikowane zjawisko, ściśle powiązane z kontekstem społecznym, w którym osadzona jest jednostka. Jak pisze Pargament, wysiłek radzenia sobie nie jest nigdy podejmowany „w próżni” – zawsze wykorzystywane są w jego toku jakieś zasoby: społeczne (rodzina, przyjaciele,

wsparcie społeczne, etc.), kulturowe (wierzenia), psychologiczne (samoocena, skłonność do optymistycznego lub pesymistycznego postrzegania sytuacji), umiejętności w zakresie rozwiązywania problemów. Radzenie sobie Pargament zdefiniował dokładnie jako proces poszukiwania znaczenia w sytuacji stresowej (*coping is a search for significance in times of stress*) [Pargament 1997: 90]. Zdaniem Pargamenta, radzenie sobie nie jest tylko działaniem reaktywnym, odpowiedzią na negatywne wydarzenia życiowe; to także ruch w kierunku przyszłości, poszukiwanie znaczenia, próba ocalenia lub przekształcenia systemu wartości w obliczu negatywnych doświadczeń. Wpływ stresującego wydarzenia na życie jednostki zależy od tego, jak zostaje ono ocenione przez człowieka, który go doświadczył. Jak wspomniano wyżej, ludzie dysponują różnymi rodzajami zasobów, pomocnych w radzeniu sobie z problemami. To właśnie zasoby kształtują takie a nie inne postrzeganie sytuacji. Nie są one systemem statycznym (zmieniają się w czasie), mogą również być kumulowane [Pargament, Van Haitsma, Ensing 1995]. W ramach radzenia sobie z trudnościami jednostka musi „przełożyć” swój system zasobów (religijny lub nie-religijny) na konkretne działania podejmowane w celu rozwiązania problemu. Religia w procesie radzenia sobie może być wykorzystywana na różne sposoby: może pełnić rolę strategii defensywnej (zaprzeczanie) lub być sposobem uzyskania poczucia kontroli nad sytuacją. Pargament [1997] wyróżnił dwa mechanizmy funkcjonalne wykorzystywane w procesie radzenia sobie: pierwszym jest ochrona (konserwacja) znaczeń, czyli próba zachowania najważniejszych wartości w obliczu zagrożenia, a drugim jest transformacja (zmiana) znaczeń. W obu wymienionych przypadkach religia może odgrywać rolę jako zasób wykorzystywany w adaptacji do nowej, trudnej sytuacji. Instrumentalne używanie religii w radzeniu sobie z przeciwnościami losu jest zjawiskiem powszechnym i nie powinno być traktowane jako wypaczenie idei religijnych [tamże].

Pargament [1997] wymienia kilka funkcji religii, które wykorzystywane są w radzeniu sobie ze stresem. Przede wszystkim religia pomaga nadać sens negatywnym okolicznościom życiowym, pozwalając na zinterpretowanie jej w religijnych kategoriach. Doświadczając przeciwności losu osoby religijne patrzą na nie jak na rodzaj próby, będącej okazją do rozwoju, następuje więc reewaluacja negatywnego zdarzenia [Krause 2008]. Religia może być również źródłem poczucia kontroli nad sytuacją oraz pocieszenia w trudnych okolicznościach życiowych, a także źródłem wsparcia (np. ze strony wspólnoty religijnej czy kapłana). Ostatnia z funkcji to rozwój w ramach religii i poszukiwanie nowych wartości [Pargament 1997]. Pargament uwzględni również możliwość destrukcyjnego wpływu religijności na funkcjonowanie człowieka, wyróżniając obok pozytyw-

nych także negatywne formy religijnego *copingu*¹. W przeciwieństwie do *copingu* pozytywnego, którego rolą jest nadanie pozytywnego znaczenia pojawiającym się problemom życiowym i nieprzewidywanym sytuacjom (np. poprzez interpretowanie ich w kategoriach Bożego planu, nauki od Boga, etc.), *coping* negatywny jest próbą zredukowania negatywnych emocji związanych ze znalezieniem się w ciężkim położeniu poprzez przypisanie odpowiedzialności za to, co się stało, komuś innemu (np. Bogu – pojawiają się wówczas gniew, poczucie odrzucenia, zwątpienie w Boga, etc.) [Pargamnet 2003; Krause 2006]. W efekcie, jak wynika z badań, osoby sięgające po negatywny *coping* doświadczają więcej stresu niż osoby, które nie stosują tej strategii radzenia sobie z problemami [Pargament 1997] i są w związku z tym są również bardziej narażone na jego niekorzystne zdrowotne konsekwencje.

Analizując religijność jako źródło poczucia koherencji badacze odwołują się najczęściej do definicji Antonovsky'ego, zgodnie z którą poczucie koherencji jest globalną orientacją, wyrażającą „stopień, w jakim jednostka posiada trwałe, dominujące, choć dynamiczne uczucie pewności, że wewnętrzne i zewnętrzne środowiska są przewidywalne i że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawy potoczą się tak, jak można to sensownie przewidzieć” [Antonovsky 1979: 10; tłum. definicji za: Antonovsky 1997, w: Heszen-Niejodek, Sęk: 214]. Poczucie koherencji jest podstawowym pojęciem sformułowanego przez Antonovsky'ego tzw. modelu salutogenetycznego, który jest próbą udzielenia odpowiedzi na pytanie o źródła zdrowia. Salutogeneza to dynamiczny proces, a czynnik salutogenetyczny nie jest po prostu odwrotnością czynnika ryzyka wystąpienia patogenezy, ale odrębnym konstruktem. Model salutogenetyczny opiera się na założeniu, że złożoność życia społecznego nieuchronnie rodzi konflikty, z którymi jednostki są jednak w stanie sobie poradzić i efektywnie prosperować pomimo nich. Jak pisze Antonovsky, podstawowym mechanizmem, który jest odpowiedzialny za radzenie sobie ze złożonością świata społecznego jest poczucie koherencji, dzięki któremu jest on postrzegany przez jednostki jako zrozumiały, sensowny

¹ Polskie tłumaczenie angielskiego terminu *coping* to „radzenie sobie”. W prezentowanej pracy stosuje się ten termin w odniesieniu do religii (ang. *religious coping*), w dwóch wymiarach: pozytywnym i negatywnym (ang. *positive religious coping*, *negative religious coping*). Tłumaczenie sformułowania *religious coping* to „radzenie sobie z wykorzystaniem religii” (lub „z wykorzystaniem zasobów religijnych”), a *positive/negative religious coping* to „pozytywne/negatywne radzenie sobie z wykorzystywaniem religii/zasobów religijnych”. Ponieważ tłumaczenie takie brzmi dość niezgrabnie, a w polskiej literaturze przedmiotu słowo *coping* funkcjonuje równoległe z polskim tłumaczeniem słowa (por. np. Pietkiewicz [2010: 289–299] i używane jest także w odmianie przez przypadki, zdecydowano się również nie tłumaczyć tego terminu.

(wart angażowania się) i dający się opanować. Antonovsky wyróżnia trzy źródła poczucia koherencji: psychologiczne, społeczno-strukturalne i historyczno-kulturowe, mówi także o trzech jej podstawowych komponentach. Pierwszy z nich, czyli zrozumiałość (*comprehensibility*), odnosi się do zakresu, w jakim jednostki odbierają docierające do nich ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego bodźce jako uporządkowane, spójne, ustrukturyzowane i przewidywalne. Komponent drugi, czyli zaradność (*manageability*) związany jest z poczuciem, że ma się możliwość radzenia sobie z wymaganiami i wpływania na sytuację, czyli że dostępne są zasoby, które pozwolą sprostać wyzwaniom stawianym przez te bodźce. Ostatni z komponentów, sensowność (*meaningfulness*) opiera się na przekonaniu, że warto angażować się w te wyzwania, wkładać w nie wysiłek i że podejmowane działania mają sens. Jak zaznacza Antonovsky, nie wszystkie wydarzenia w życiu jednostki muszą być postrzegane jako koherentne; ważne jest, aby poczucie koherencji towarzyszyło postrzeganiu tych obszarów, które z perspektywy jednostki mają największe znaczenie w jej życiu [Antonovsky, Sourani 1988]. Według Antonovsky'ego, skupienie się na slutogenezie raczej niż na patogenezie doprowadzi do ujawnienia mechanizmów odpowiedzialnych za dobre zdrowie [Antonovsky 1987].

Opierając się m.in. na koncepcji Antonovsky'ego Idler identyfikuje poczucie koherencji, którego źródłem jest religia, jako jeden z mechanizmów wyjaśniających obserwowaną w badaniach zależność między religijnością a zdrowiem. Koherencja odnosi się do podejmowanych przez jednostki świadomych zabiegów, mających na celu nadawanie znaczenia sytuacjom, które spotykają je w życiu. Religia daje poczucie zrozumiałości świata i biegu zdarzeń, jest również źródłem zasobów, pomagających w radzeniu sobie z przeciwnościami losu, pozwala ogarnąć swoim znaczeniem każdą domenę życia ludzkiego, redukując niepewność w życiu codziennym i w momentach kryzysów. Tym samym jest źródłem koherencji, którą można zdefiniować jako poczucie, że życie, w każdym z jego aspektów, jest pełne znaczeń, ma sens, a wszystko, co przydarza się człowiekowi może być zrozumiane (nawet jeśli nie wszystkie zdarzenia poddają się kontroli). Symbole religijne są historyczne, tradycyjne i podzielane społecznie, są więc elementem „kulturowego wyposażenia” jednostki [Idler 1994]. Aby zmierzyć w badaniach socjologicznych koherencję płynącą z religii Idler proponuje pytać o zakorzenienie w wierze poczucie sensowności, celowości i nieprzypadkowości wydarzeń, jak również o to, czy jednostka ma wrażenie, że rzeczy dzieją się zgodnie z jakimś „odgórnym” planem, czy świat jest pod czyjąś kontrolą i czy zmierza we właściwym kierunku. Przeciwnieństwem koherencji i znaczenia jest fatalizm, czyli przekonanie, że to, co się danej osobie przydarza to rezultat trafu,

przypadku, bezsensownego zbiegu okoliczności. Atrybucje fatalistyczne to wyuczone i stałe tendencje jednostki do przypisywania przyczyn zdarzeń czynnikom zewnętrznym (np. szczęśliwy lub nieszczęśliwy wypadek), a nie wewnętrznym. Fatalizm, ponieważ wiąże się ze skłonnością do odnajdywania przyczyn zjawisk w środowisku zewnętrznym, a zdarzenia nie są postrzegane w kategoriach sensu, prowadzi do redukcji jednostkowych wysiłków radzenia sobie z sytuacją, jako że z góry zakładana jest ich nieskuteczność; konsekwencją jest gorsza adaptacja [Wheaton 1980].

Przypisywanie znaczeń sytuacjom to definiowanie ich w kategoriach przyjętego systemu wierzeń i symboli, który zawiera potencjał generowania przyczynowych i moralnych osądów. Efektem procesu przypisywania znaczeń jest postrzeganie doświadczenia, które stało się udziałem jednostki dokonującej atrybucji, jako zrelatywizowanego i zdeindywidualizowanego. Zgodnie z teorią atrybucji ludzie nie lubią przypisywać zdarzeń przypadkowi, ale szukają przyczyny w sobie, w kimś lub w czymś. Potrzeba osądów moralnych opiera się na wierze, że ludzie otrzymują od losu to, na co zasługują. Przekonanie o sprawiedliwości świata (*just world theory*) jest sposobem na redukcję niepewności. Ludzie nieprzerwanie walczą o utrzymanie obrazu świata jako sprawiedliwego, czyli takiego, w którym dobrzy ludzie mają szczęście, a źli ludzie otrzymują karę, na którą zasługują. Negatywne wydarzenia są potencjalnym zagrożeniem dla wizji świata jako sprawiedliwego, a reinterpretacja zdarzeń w kategoriach sensu np. religijnego pozwala na zarządzanie emocjonalnymi konsekwencjami nieszczęść i na utrzymanie korzystnej dla zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia orientacji. Dezindywidualizacja odnosi się do założenia, że ludzie przekładają biografie jednostkowe na historię społeczności (moje doświadczenie – doświadczenie ludzkie), a przypisywanie znaczeń zmienia sytuację z jednostkowego zdarzenia w typowy wypadek, umieszcza zdarzenie w kontekście innych zdarzeń, mniej lub bardziej podobnych, oraz otwiera repertuar możliwych do zastosowania strategii radzenia sobie z sytuacją, sprawiając, że daje się ona łatwiej „ogarnąć”, umiejscowić w jednostkowej biografii, połączyć z przeszłymi i przyszłymi wydarzeniami [Idler 1994].

Według badań osoby sięgające do religijnych atrybucji mniej martwią się negatywnymi wydarzeniami i są w stanie, wbrew przeciwnościom losu, podtrzymać dobre samopoczucie z większym prawdopodobieństwem niż osoby nieodwołujące się do religijnych interpretacji rzeczywistości [Spilka, Schmidt 1983]. Należy zauważyć, że religijne atrybucje mogą być związane nie tylko z negatywnymi, lecz także z pozytywnymi wydarzeniami oraz że nie wszystkie negatywne okoliczności są wyjaśniane za pomocą religijnych atrybucji. Proble-

my osobiste częściej są przez osoby wierzące przypisywane interwencji/planowi Bożemu niż trudności interpersonalne. Niewątpliwie najczęściej do religijnych atrybucji ludzie sięgają w wypadku problemów zdrowotnych, choroby i niepełnosprawności [Pargament, Hahn 1986], chronicznego bólu [Kotarba 1983], śmierci bliskich oraz żałoby [Cook, Wimberley 1983].

Jak pisze Straś-Romanowska, główną kategorią stosowaną do opisu sytuacji człowieka w okresie starości jest pojęcie strat lub kosztów starzenia się, które są zdarzeniami potencjalnie kryzysogennymi i zmuszają jednostkę do adaptacji poprzez zmianę stosunku do rzeczywistości, przewartościowanie celów czy przyjęcie nowej koncepcji własnej osoby, nowej filozofii życiowej. Do zdarzeń krytycznych w starości zaliczyć można utratę bliskich osób (współmałżonka, rodziny, przyjaciół), chorobę, spadek sprawności funkcjonalnej i niepełnosprawność, utratę statusu społecznego, prestiżu, poczucia przydatności, etc. Źródłem kryzysu psychicznego może być także wizja nadchodzącej śmierci i związany z nią lęk. Efektywna adaptacja do starości obejmuje sztukę „radzenia sobie z problemami codzienności dzięki sprawowaniu osobistej kontroli nad perspektywą starzenia się oraz jakością życia w warunkach skumulowanego doświadczenia utraty najważniejszych wartości” [Straś-Romanowska 2005: 269]. Podstawa adaptacji do starości to selektywna optymalizacja sprawności funkcji psychicznych (podtrzymywanie tych funkcji, które najwolniej ulegają deterioracji), podejmowanie działań kompensacyjnych oraz utrzymywanie postawy optymistycznej niezależnie od kosztów starzenia się, a objawami nieprzystosowania są bierność, zależność, egocentryzm, postawa roszczeniowa, wrogość, uciekanie od rzeczywistości w świat fantazji, a także depresja [tamże].

Jedną z najważniejszych korzyści psychologicznych związanych z zaangażowaniem religijnym są widoki na nieśmiertelność (życie wieczne), którego obietnicę niesie ze sobą wiele religii [Grounds 2004], redukując lęk przed śmiercią [Rasmussen, Johnson 1994]. Religia i rytuały związane ze śmiercią są częścią *ars moriendi* w wielu tradycjach kulturach. Jak pisze Dyczewski „Wiara w wiat nadprzyrodzony, a przede wszystkim w Boga osobowego, pomaga pełniej interpretować całość swojego życia, zaakceptować utratę sił witalnych, znieść dolegliwości i cierpienie, przyjąć śmierć i widzieć w niej swoistą wartość, budzi i utrwala postawę życiowego optymizmu, wzmacnia poczucie własnej wartości i godności, zapewnia osobową trwałość” [Dyczewski 2006: 117]. Osoby starsze myślą o śmierci więcej i boją się jej mniej, niż młode, a wysoki poziom religijności jest zazwyczaj skorelowany z mniejszym lękiem przed śmiercią [Rasmussen, Johnson 1994]. Analizując zależność między religijnością i natężeniem lęku przed

śmiercią należy zawsze uwzględniać poziom zaangażowania religijnego – głębia wiary jest czynnikiem moderującym lęk [Thorson 1998].

Wiara religijna jest źródłem zasobów, które pomagają radzić sobie z kosztami starzenia się oraz efektywnie zaadaptować się do sytuacji w obliczu strat poniesionych z wiekiem [Levin 2001]. Istotny jest fakt, że aktywizacja zasobów związanych z religią zależy wyłącznie od woli jednostki, a nie od intencji czy pomocy otoczenia [Koenig 1994]. Indywidualne zaangażowanie zasobów religijnych w radzenie sobie z problemami zmienia się w zależności od czynnika stresującego. Religia działa jako bufor tylko w przypadku niektórych typów lęków (np. w przypadku lęku przed śmiercią), podczas gdy nie pomaga w przypadku innych. Badacze analizujący zależność między religijnością a zdrowiem podkreślają, że religia jest jednym ze źródeł nadziei (na poprawę niekorzystnej sytuacji życiowej, na wyzdrowienie, etc.). Nadzieja, wielowymiarowy i dynamiczny konstrukt, jest związana z pozytywnymi oczekiwaniami względem przyszłości. Posiadanie nadziei ułatwia odnajdywanie sensu nawet w sytuacjach najbardziej ekstremalnych [Frankl 2006]. Nadzieja może dotyczyć kwestii świeckich jak i rzeczy ostatecznych i jest ważnym aspektem dobrostanu duchowego. Nadzieja oczywiście nie musi istnieć w kontekście religijnym, ale często tak jest. Podczas cierpienia czy choroby, jest podtrzymywana poprzez rytuały (prywatne i publiczne) [Post 1998], które przynoszą również poczucie przynależności do wspólnoty, poczucie więzi emocjonalnej i pozwalają na rozładowanie negatywnych emocji [Kaplan, Munroe-Blum, Blazer 1994]. Modlitwa, najbardziej popularna forma praktyki religijnej, najpowszechniej praktykowana w starszych grupach wiekowych (szczególnie przez kobiety) obniża napięcie psychiczne w czasach kryzysów, wiąże się z dobrym samopoczuciem, poczuciem szczęścia i satysfakcji z życia [Levin 2001]. Każde źródło nadziei (w tym religia) działa jak czynnik protekcyjny przeciwko chorobie fizycznej oraz problemom emocjonalnym. Jak pisze Levin [tamże], wiara jest źródłem nadziei, a nadzieja ma konsekwencje fizjologiczne – są nimi lepsza odporność na choroby, mniejsze ryzyko depresji i szanse na szybsze wyzdrowienie. Nadzieja i wiara w uzdrowienie same w sobie mogą mieć uzdrawiającą moc – przykładem są niewyjaśnialne z perspektywy medycznej remisje chorób, m.in. nowotworowych [O'Regan, Hirshberg 1993].

MATERIAŁ I METODA

Problemem, wokół którego koncentrował się projekt badawczy², zrealizowany w Krakowie w okresie od października 2009 do kwietnia 2011 r., była relacja między różnymi wymiarami religijności osób starszych a wybranymi aspektami subiektywnej oceny zdrowia/jakości życia w tej grupie wiekowej. Postawiono hipotezy o istnieniu związku między poziomem zaangażowania religijnego a zdrowiem w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. W ramach badania, posługując się zarówno istniejącymi skalami jak i narzędziami własnego autorstwa, oceniono szereg zmiennych, m.in:

– zmienne opisujące różne aspekty zaangażowania religijnego. W celu dokonania pomiaru wykorzystano skale dotyczące wspólnotowych i niewspólnotowych praktyk religijnych (narzędzia własnego autorstwa), wierzeń religijnych (skala *Religious beliefs – long form*) [Idler 2003], doświadczeń religijnych (*Daily Spiritual Experiences – long form*) [Underwood 2003], religijnego *copingu* (*Religious/Spiritual Coping – short form*) [Pargament 2003].

– zmienne opisujące samoocenę stanu zdrowia osób respondentów. Subiektywna ocena różnych wymiarów zdrowia i jakości życia respondentów i respondentek została dokonana na podstawie skal obejmujących samoocenę zdrowia fizycznego, psychicznego oraz samoocenę zdrowia w wymiarze społecznym. W badaniu posłużono się następującymi narzędziami: *Short-form General Health Survey*, SF-20 [Stewart, Hays, Ware 1988; MacDowell, Newell 1996] do oceny stanu zdrowia (m.in. samoocena stanu zdrowia, zdrowie psychiczne, stan funkcjonalny), *Hospital Anxiety and Depression Scale* [Zigmond, Snaith 1983] do pomiaru poziomu depresji, *Loneliness Scale* [de Jong-Gierveld 1987; de Jong-Gierveld, van Tillburg 1999] do oceny poczucia samotności, *DUKE Social Support Scale* [Broadhead et al. 1988; MacDowell, Newell 1996] do pomiaru samooceny wsparcia społecznego oraz *Will-to-live Scale* [Carmel 2001, 2010] do zbadania chęci życia badanych.

Ponadto osobom badanym zadano pytania dotyczące zmiennych społeczno-demograficznych (m.in. wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja materialna).

Prezentowany artykuł jest omówieniem wybranych wyników badań. Koncentruje się na zależności między wybranymi wymiarami zaangażowania religijnego

² Projekt pt. „Religijność jako wyznacznik zdrowia i jakości życia w starszym wieku” realizowany był w ramach grantu promotorskiego finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego; numer rejestracyjny projektu: N N116 445737; numer umowy: 4457/B/H03/2009/37.

a samooceną zdrowia psychicznego i samooceną nasilenia objawów depresji u osób starszych.

W ramach projektu badawczego przeprowadzono badania wykorzystujące zarówno podejście ilościowe, jak i jakościowe. W ramach części ilościowej (I etap badania) posłużono się techniką wywiadu kwestionariuszowego, przeprowadzonego na losowej próbie respondentów. Rolą tej części badania było udzielenie odpowiedzi na postawione problemy i hipotezy badawcze. W II etapie badania (część jakościowa) zrealizowano wywiady częściowo ustrukturalizowane, do udziału w których zaproszono osoby wybrane spośród tych, które uczestniczyły wcześniej w wywiadach kwestionariuszowych. Część ta służyła przede wszystkim uzupełnieniu części ilościowej, zwłaszcza pogłębieniu wiedzy na temat zależności zaobserwowanych w analizach danych uzyskanych w badaniu kwestionariuszowym.

Badaną w części ilościowej populację stanowiły osoby starsze, tj. w wieku 65 lat i powyżej, zamieszkałe na terenie miasta Krakowa. Badanie przeprowadzono na losowej próbie prostej, którą uzyskano ze zbiorów meldunkowych Urzędu Miasta Krakowa. Wylosowana próba liczyła 685 osób, z czego 367 osoby zgodziły się na wzięcie udziału w badaniu, współczynnik zwrotności wyniósł więc 54%. Z powodu małego prawdopodobieństwa znalezienia się w próbie osób starszych grupy osób niewierzących (ateistów/agnostyków) na tyle dużej, by móc przeprowadzić porównania międzygrupowe, zdecydowano się włączać do próby tylko osoby określające siebie jako wierzące. Z podobnych powodów zdecydowano się na zawężenie obszaru zainteresowań do wyznawców Kościoła rzymsko-katolickiego. Przy kodowaniu danych i wprowadzaniu ich do bazy zdecydowano się na wyłączenie z analizy pięciu przypadków z powodu na tyle dużych braków danych, że uniemożliwiały one ustalenie pozycji badanej osoby na większości skal zawartych w kwestionariuszu wywiadu. W związku z powyższym w bazie znalazły się dane dotyczące 362 osób i na takiej próbie przeprowadzono analizy statystyczne.

Istnienie zależności między zmiennymi jakościowymi zostało zbadane za pomocą testu niezależności χ^2 . Do określenia związku między poszczególnymi wymiarami religijności a wymiarami zdrowia (z uwzględnieniem zmiennych zakłócających) został wykorzystany model regresji liniowej wielu zmiennych, gdy zmienna zależna była zmienną interwałową oraz model regresji logistycznej wielu zmiennych, gdy zmienna zależna była zmienną dwuwartościową. Modele regresji standaryzowano na liczbę chorób i zmienne społeczno-demograficzne: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuację materialną. W kolejnych modelach badano zależność między różnymi wymiarami subiektywnej oceny

stanu zdrowia (zmienna zależna) a różnymi wymiarami religijności (zmienna niezależna). Ponieważ zgodnie z jedną z postawionych hipotez zależności między wymiarami religijności a samooceną stanu zdrowia są różnicowane przez płeć, analizy przeprowadzono osobno w grupie kobiet i w grupie mężczyzn. Istnienie różnic i siły związku między zmiennymi zostało oszacowane na poziomie istotności $p = 0,05$. Analizy statystyczne zostały wykonane za pomocą programu IBM SPSS Statistics 19.0.

Aby uzupełnić badania ilościowe oraz uzyskać pełniejsze rozumienie zaobserwowanych zależności między zmiennymi przeprowadzono badania jakościowe, mające charakter indywidualnych wywiadów częściowo ustrukturalizowanych. Wywiady prowadzone były z osobami wybranymi spośród tych, które wzięły udział w etapie ilościowym. Starano się tak dobrać grupę badawczą, aby postawy osób badanych odzwierciedlały różne natężenie zaangażowania religijnego. Przeprowadzono, posługując się autorskim narzędziem, wywiady z 36 osobami (co stanowiło ok. 10% z próby, która wzięła udział w badaniu ilościowym). Scenariusz wywiadów częściowo ustrukturalizowanych koncentrował się na roli religijności w życiu osoby badanej, rozpatrywanej pod kątem wpływu, jaki wywierać może ona na stanu zdrowia i jakość życia respondenta/respondentki.

WYNIKI BADAŃ ILOŚCIOWYCH

Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej populacji

Wśród osób, które wzięły udział w badaniu, znaczącą przewagę liczebną miały kobiety (72%). Najliczniejszą wśród osób badanych grupą wiekową (prawie 50%) były osoby w przedziale wiekowym między 70 a 74 rokiem życia. Średnia wieku badanych osób wynosiła 75 lat, z odchyleniem standardowym 6,28. Prawie 50% osób biorących udział w badaniu były to osoby owdowiałe; kolejna co do liczebności grupa to osoby pozostające w związku małżeńskim (prawie 41%). Wśród badanych najliczniej reprezentowane było wykształcenie średnie (ogólne, zawodowe, pomaturalne), którym legitymowało się nieco ponad 40% próby; osoby z wyższym wykształceniem stanowiły 27% badanej populacji, a osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym – łącznie 29%. Najwięcej badanych oceniało swoją sytuację materialną jako średnią (57%), następnie jako dobrą (28%) oraz z znacznie mniejszy odsetek jako raczej złą (10%).

Porównując rozkład wieku w grupie kobiet i mężczyzn, należy stwierdzić, że nie zanotowano dużych różnic między płciami; nieco większy wśród kobiet był odsetek reprezentantek najmłodszych grup wiekowych (do 74 roku życia).

Z kolei większy odsetek mężczyzn znajdował się w trzech najstarszych kategoriach wiekowych. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 74 lata (odchylenie standardowe: 6,29), a średnia wieku mężczyzn wynosiła 76 lat (odchylenie standardowe: 6,13). Podczas gdy wśród kobiet przeważały wdowy (nieco ponad 57%) w porównaniu z osobami zamężnymi (około 31%), to wśród mężczyzn te proporcje były odwrócone: żonaci stanowili 65% badanej populacji, wdowcy – 29%. W grupie mężczyzn więcej było osób zarówno z wykształceniem zasadniczym zawodowym (prawie 20%), jak i z wyższym (prawie 31%) i ze stopniem naukowym (prawie 7%). Wśród kobiet większość stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (ponad 18%) i średnim (ponad 40%). Mężczyźni byli nieco bardziej skłonni oceniać swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą i dobrą (38%) w porównaniu z kobietami (28%). Kobiety opisując swoją sytuację materialną częściej mówiły, że jest ona raczej zła lub bardzo zła (14%).

Samoocena zdrowia psychicznego a wymiary zaangażowania religijnego

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, samoocena zdrowia psychicznego (mierzona za pomocą pytań zawartych w skali *Short-form General Health Survey*, SF-20) różnicowana była przez prawie wszystkie wymiary zaangażowania religijnego uwzględnione w badaniu, tj. przez wspólnotowe i niewspólnotowe praktyki religijne, wierzenia i doświadczenia religijne oraz religijny *coping*. Pierwszą z zaobserwowanych relacji był, przejawiający się tylko w grupie mężczyzn, związek między zdrowiem psychicznym a wspólnotowymi praktykami religijnymi, m.in. uczestnictwem we mszy i nabożeństwach religijnych, pielgrzymkach) (współczynnik regresji $B = 0,23$, $p < 0,05$). Relację tę zaobserwowano tylko w modelu jednoczynnikowym, a przy standaryzacji na zmienne społeczno-demograficzne i liczbę chorób przestała być istotna. Ponieważ wymiar praktyk wspólnotowych był modyfikowany, obok płci, przez wykształcenie i sytuację materialną, można przypuszczać, że zaobserwowany związek wynikał z przeniesionych przez wymiar zaangażowania religijnego uwarunkowań społeczno-demograficznych.

Kolejnym wymiarem zaangażowania religijnego różnicującym samoocenę zdrowia psychicznego były niewspólnotowe praktyki religijne (m.in. częstotliwość modlitwy). W modelu jednowymiarowym relacja była istotna zarówno w grupie kobiet ($B = 0,27$, $p < 0,05$), jak i w grupie mężczyzn ($B = 0,34$, $p < 0,05$), natomiast po standaryzacji modeli na zmienne społeczno-demograficzne i liczbę chorób związek pozostawał istotny tylko u kobiet ($B = 0,24$, $p < 0,05$). Kierunek relacji w przypadku obu płci wskazywał na to, że osoby osiągające wyższą punktację na skali niewspólnotowych praktyk religijnych miały również wyższe

wartości na skali samooceny zdrowia psychicznego. W przypadku mężczyzn, ponieważ wymiar zaangażowania religijnego przestawał być istotny po standaryzacji modelu, prawdopodobnie zaobserwowany wpływ religijności w modelu jednowymiarowym był przeniesionym przez tę zmienną uwarunkowaniem społeczno-demograficznym (najprawdopodobniej był to wpływ wykształcenia, które w sposób istotny różnicowało niewspólnotowe praktyki religijne). Rozważając możliwy mechanizm związku należy stwierdzić, że teoretycznie prawdopodobne jest, iż większe zaangażowanie w niewspólnotowe praktyki religijne (modlitwa, czytanie *Pisma Św.*, spowiedź, etc.) skutkowało lepszą samooceną zdrowia psychicznego. Trzy z pytań wchodzących w skład analizowanego wymiaru zaangażowania religijnego dotyczyły modlitwy, która jest jedną z najpowszechniejszych praktyk religijnych, szczególnie chętnie praktykowanych przez kobiety, pełni cały szereg funkcji, m.in. jest najpopularniejszym religijnym sposobem radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi, a jej korzystny wpływ na samopoczucie modlącego się oraz właściwość redukcji napięcia emocjonalnego w trudnych dla jednostki momentach zostały udowodnione w badaniach [Levin 200].

Samooceńca zdrowia psychicznego różnicowana była również przez wymiar wierzeń religijnych (mierzone za pomocą skali *Religious beliefs – long form*). Jak wykazały analizy, zarówno kobiety jak i mężczyźni z wyższymi wynikami na skali oceniającej wierzenia religijne mieli równocześnie wyższą punktację na skali samooceny zdrowia psychicznego (SF-20), co potwierdziły analizy jednoczynnikowe (kobiety: $B = 0,48$, mężczyźni: $B = 0,39$; $p < 0,05$), a istotna relacja utrzymała się po standaryzacji na zmienne społeczno-demograficzne i liczbę chorób (kobiety: $B = 0,46$, mężczyźni: $B = 0,4$; $p < 0,05$). Zaobserwowany związek był silniejszy w grupie kobiet. Na podstawie dostępnych teorii jak i przeprowadzonych badań można zakładać, że to wierzenia religijne korzystnie wpływały na zdrowie psychiczne osób badanych, a nie na odwrót. Respondenci i respondentki uzyskujący wyższe wyniki na skali wierzeń religijnych to osoby, dla których religia była źródłem siły, wierzące w istnienie życia po śmierci, w dobroć i miłość Boga oraz w celowość świata, mające w obliczu nieszczęść płynącą z wiary nadzieję na przyszłość, etc., czyli osoby o wyższym poczuciu zrozumiałości (sensowności) zdarzeń, znajdujące oparcie w swojej wierze, a tym samym prawdopodobnie lepiej radzące sobie z doświadczanymi problemami. Poczucie zrozumiałości i sensowności zdarzeń to składowe poczucia koherencji, a osoby, które mają wyższe poczucie koherencji cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym [Antonovsky 1987, 1997].

Kolejną zmienną, która pozostawała w istotnej statystycznie relacji z samooceną zdrowia psychicznego był doświadczeniowy wymiar religijności (mierzone za

pomocą skali *Daily Spiritual Experiences – long form*). Podobnie jak w przypadku wierzeń religijnych, także i tutaj związek był obserwowany zarówno w grupie mężczyzn (modele wieloczynnikowe: $B = 0,42$, $p < 0,05$), jak i w grupie kobiet ($B = 0,37$, $p < 0,05$). Kierunek zaobserwowanego związku wskazuje na to, że osoby mające wyższe wyniki na skali oceniającej wymiar doświadczeniowy miały jednocześnie wyższą punktację na skali zdrowia psychicznego (SF-20). Doświadczenie posiadania kontaktu/relacji z wszechmogącym i miłosiernym Bogiem jest źródłem szeregu korzyści psychologicznych, wśród których wymienić należy pozytywny wpływ na samoocenę jednostki [Pollner 1989; Ellison, Levin 1998; Krause 2008; Levin 2001], płynące z poczucia bliskości Bożej wrażenie bezwarunkowej miłości i związane z nią poczucie opieki w czasie kryzysów i na co dzień [Ellison, Levin 1998]. Kontakt z Bogiem jest także jednym ze źródeł kontroli zastępczej w sytuacji, kiedy dany problem znajduje się poza możliwościami kontrolowania ze strony zmagającej się z nim jednostki [Hood i in., za: Pietkiewicz 2010] – wówczas wrażenie duchowej łączności jest źródłem poczucia siły.

Zgodnie z sugestiami autora skali *Religious/Spiritual Coping – short form* i wynikami przeprowadzonych przez niego badań [Pargament 1997; 2003], zarówno pozytywny, jak i negatywny *coping* religijny mają wpływ na stan zdrowia psychicznego. Oba wymiary radzenia sobie z wykorzystaniem religii³ powinny wykazywać odmienny kierunek wpływu na zdrowie: *coping* pozytywny wpływa korzystnie, a negatywny – niekorzystnie, różniąc się również siłą oddziaływania, co zostało potwierdzone w prezentowanych badaniach. Analiza wpływu pozytywnego *copingu* na samoocenę zdrowia psychicznego wykazała, że osoby (zarówno mężczyźni jak i kobiety) sięgające w momentach zmagania się z poważnymi problemami życiowymi do religijnych interpretacji zawartych w ramach pozytywnego religijnego *copingu* uzyskiwały wyższe wyniki na skali zdrowia psychicznego w porównaniu z osobami niekorzystającymi z tej drogi radzenia sobie z problemami. Relacje były znacznie silniejsze w grupie mężczyzn (modele wielowymiarowe: $B = 0,34$, $p < 0,05$) niż w grupie kobiet ($B = 0,19$, $p < 0,05$). Negatywny religijny *coping* także pozostawał w istotnej relacji z sa-

³ Podskala narzędzia *Religious/Spiritual Coping – short form* odnosząca się do pozytywnego, konstruktywnego *copingu* zawiera pytania dotyczących poczucia bycia częścią Bożego planu, uzyskiwania pomocy, siły, wsparcia i przewodnictwa od Boga w trudnych, traktowania problemów jako nauki od Boga czy szukania „rytualnego oczyszczenia” [Pargament 2003] na drodze spowiedzi i szukania Bożego wybaczenia. Z kolei negatywny *coping* wyraża się w poczuciu bycia karanym i opuszczonym przez Boga, niepoleganiu na Bogu w trudnych chwilach, a także spowodowanych trudnościami życiowymi wątpliwościach w istnienie Boga oraz pretensjach za to, że Bóg pozwala na zło, które przydarza się człowiekowi.

mooceną zdrowia psychicznego, ale tu związek był widoczny jedynie w grupie kobiet ($B = -0,26, p < 0,05$). Kierunek związku był odwrotny niż w przypadku pozytywnego *copingu*: respondentki osiągające wyższe wyniki na skali negatywnego *copingu* miały niższe wyniki na skali zdrowia psychicznego. Odmienne kierunki związku między samooceną zdrowia psychicznego a pozytywnym i negatywnym religijnym *copingiem* należy tłumaczyć korzyściami adaptacyjnymi związanymi z interpretacjami zawartymi w ramach pozytywnego religijnego *copingu* oraz potęgującym stres oddziaływaniem negatywnego *copingu*. Z drugiej strony – zależność między zmiennymi może być również odwrotna, tzn. osoby zdrowe psychicznie mogą mieć większą skłonność do postrzegania negatywnych zdarzeń w kategoriach znaczenia i sensu, a osobom o gorszym samopoczuciu psychicznym mogą z większym prawdopodobieństwem nasuwać się pesymistyczne interpretacje zdarzeń i reakcje na nie opisane w pytaniach zawartych w skali negatywnego *copingu*.

Samoocena nasilenia objawów depresji a wymiary zaangażowania religijnego

Samoocena nasilenia objawów depresji, mierzona za pomocą *Hospital Anxiety and Depression Scale*, była modyfikowana w większości przez te same zmienne, które miały związek ze zdrowiem psychicznym. W odróżnieniu jednak od samooceny zdrowia psychicznego, relacje zaobserwowane dla nasilenia objawów depresji były istotne prawie wyłącznie w grupie kobiet. Pierwsze z przeprowadzonych analiz dotyczyły związku między samooceną nasilenia objawów depresji a wymiarem praktyk wspólnotowych ($B = -0,15, p < 0,05$) oraz niewspólnotowych ($B = -0,31, p < 0,05$). W przypadku obu analizowanych zmiennych niezależnych kierunek wpływu był identyczny, tzn. kobiety cechujące się większym zaangażowaniem w praktyki miały istotnie niższą punktację na skali samooceny nasilenia objawów depresji niż kobiety niezaangażowane lub zaangażowane w małym stopniu. Na podstawie teorii można wnioskować, że wysoki poziom wspólnotowego i niewspólnotowego zaangażowania religijnego obniżał nasilenie objawów depresji u praktykujących kobiet. Jak dowiedziono w badaniach, praktyki religijne przynoszą korzyść w postaci łagodzenia negatywnego wpływu strasu na zdrowie psychiczne [Pargament, Brant 1998]. Należy jednak pamiętać o tym, że w starszym wieku zły stan zdrowia i niepełnosprawność przyczyniają się w dużej mierze do powstawania depresji u seniorów (bardziej niż czynniki ekonomiczne) [tamże] – tak więc zaobserwowana zależność może przebiegać w ten sposób, że osoby zdrowsze, bardziej sprawne funkcjonalnie, w większym

stopniu angażują się w praktyki religijne i jednocześnie mają mniejsze nasilenie objawów depresji w porównaniu z osobami o złym stanie zdrowia.

Samoocena nasilenia objawów depresji była również znacząco modyfikowana przez wymiar wierzeń religijnych (mierzony za pomocą *Religious beliefs – long form*). Relacja była widoczna zarówno w u kobiet jak i u mężczyzn, jej kierunek w obu przypadkach był taki sam a związek był silniejszy w grupie kobiet (kobiety: $B = -0,26$, $p < 0,05$, mężczyźni: $B = 0,23$). Osoby osiągające wyższą punktację na skali oceniającej zaangażowanie w analizowany wymiar religijności miały niższe wyniki na skali nasilenia objawów depresji. Na podstawie teorii można wnioskować, podobnie jak w przypadku analizy wyników badania relacji między wymiarem wierzeń religijnych a samooceną zdrowia psychicznego, że to wiara religijna (wiara w dobroć i miłość Bożą, w celowość świata, etc.) wpływa na dobre samopoczucie psychiczne a nie na odwrót.

Relacja między wymiarem doświadczeniowym (mierzonym za pomocą *Daily Spiritual Experiences – long form*) a samooceną nasilenia objawów depresji była istotna statystycznie tylko w grupie kobiet ($B = -0,28$, $p < 0,05$). Respondentki, które osiągały wyższe wyniki na skali wymiaru doświadczeniowego, miały jednocześnie niższą punktację na skali nasilenia objawów depresji. Zgodnie z teorią poczucie bycia w bliskiej relacji z Bogiem jest źródłem siły i bezwarunkowej miłości, zwłaszcza w czasie kryzysów [Ellison, Levin 1998]. Poczucie bycie kochanym przez Boga może być źródłem lepszej samooceny, wysokiego poczucia własnej skuteczności i poczucia kontroli, co zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji i jest pozytywnie skorelowane z wysoką subiektywną oceną stanu zdrowia [Levin 2001]. Poczucie posiadania więzi z Bogiem kompensuje potrzebę miłości i podwyższa samoocenę osób, które są samotne lub zaniedbywane emocjonalnie, szczególnie w starszym wieku [Koenig 1994].

Jak pokazały przeprowadzone analizy, pozytywny religijny *coping* (mierzony skalą *Religious/Spiritual Coping – short form*) pozostawał bez związku z samooceną nasilenia objawów depresji, natomiast zaangażowanie w negatywny religijny *coping* potęgowało jej natężenie w grupie kobiet – respondentki osiągające wyższe wyniki na skali negatywnego *copingu* miały wyższą punktację na skali mierzącej samoocenę natężenia objawów depresji ($B = 0,19$, $p < 0,05$). Wynik ten jest spójny z wynikiem uzyskanym dla samooceny zdrowia psychicznego, ale i tutaj można spekulować na temat mechanizmów wpływu. Zaobserwowany związek między zmiennymi można interpretować w ten sposób, że osoby sięgające w razie sytuacji kryzysowych do strategii zawartych w ramach negatywnego *copingu* (gniew, poczucie odrzucenia, zwątpienie w Boga, etc.) miały większe ryzyko zapadnięcia na depresję. Z drugiej strony być może to osoby o gorszym

samopoczuciu psychicznym, cierpiące na depresję, mają skłonność do pesymistycznego patrzenia na swoje położenia i w związku z tym do reagowania na niekorzystne sytuacje poprzez sięganie do negatywnego *copingu*.

Analiza relacji między samooceną nasilenia objawów depresji a pozytywnym religijnym *copingiem* nie wykazała istnienia istotnych statystycznie związków między zmiennymi dla żadnej z płci.

WYNIKI BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

Przeprowadzona analiza materiału uzyskanego w części jakościowej projektu badawczego pozwala na wysunięcie następujących ogólnych spostrzeżeń:

1. Religia odgrywa rolę w adaptacji do trudnych wydarzeń życiowych i jest w przypadku osób starszych istotnym czynnikiem radzenia sobie z nimi. Oddziałuje przede wszystkim poprzez:

– Religijne znaczenia, pozwalające wykluczyć przypadkowość zdarzeń i nadać im sens.

Religijne znaczenia odgrywały w badanej grupie osób starszych kluczową rolę w interpretacji negatywnych wydarzeń życiowych, zwłaszcza tych najbardziej domagających się teodycei (śmierć lub cierpienie bliskiej osoby, sytuacja utraty). W szczególności religia pozwalała oswoić się ze śmiercią, zarówno z czymś odejściem, jak i z perspektywą własnego odchodzenia, przede wszystkim proponując wizję tego, co dzieje się z człowiekiem po śmierci (eschatologia) i dając nadzieję na życie wieczne. Przekonanie o istnieniu życia wiecznego płynęło nie tylko z doktryny religijnej, ale również z licznych dowodów na kontakt ze zmarłymi i opiekę z ich strony, której poczucie miały osoby biorące udział w badaniu. Płaszczyzną komunikacji ze zmarłymi były przede wszystkim modlitwa oraz sen. Istotą nadawanych znaczeń było przekonanie, że zło czemuś służy: było interpretowane jako nauka, próba lub – jeśli bolesne doświadczenie szczególnie trudno poddawało się interpretacji w wyżej wymienionych kategoriach – element Bożego planu, który, choć niezrozumiały dla człowieka, ma sens. W starszym wieku następowała tendencja do zwracania się w stronę strategii sklasyfikowanych przez Pargamenta (2003) w ramach kategorii pozytywnego religijnego *copingu*, które polegają na nadawaniu sensu, pełnią funkcje adaptacyjne i pomagają efektywnie zmagać się ze stresem związanym z trudnymi wydarzeniami. Nawet wcześniejsze skłonności do sięgania do negatywnego religijnego *copingu* miały w starości tendencję do zanikania.

– Pomoc Bożą (Opatrzność), opiekę ze strony świętych, błogosławionych, etc.

Istotną rolę w radzeniu sobie z negatywnymi wydarzeniami życiowymi odgrywała wiara w Bożą Opatrzność (z której płynęło przekonanie, że „wszystko się ułoży”), opieka ze strony Matki Bożej, Anioła Stróża, świętych i błogosławionych (zwłaszcza św. Rity i św. Judy Tadeusza, a także Jana Pawła II), którzy byli przywoływani w sytuacjach kryzysowych i do nich kierowane były modlitwy o pomoc. Wrażenie opieki ze strony świętych to ważny element zmagania z problemami i trudnymi sytuacjami, ponieważ niesie ze sobą nadzieję na pomoc, poczucie bezpieczeństwa (jest ktoś, kto czuwa) oraz zastępczej kontroli nad sytuacją (nawet, jeśli nic się nie da zrobić stosując ludzkie środki, to można prosić o interwencję świętego, który „specjalizuje się” w rozwiązywaniu trudnych spraw), co zmniejsza poczucie bezradności.

– Modlitwę – najważniejsze narzędzie religijnego *copingu*.

W sytuacjach trudnych szczególną rolę odgrywała modlitwa, istotne narzędzie w radzeniu sobie z problemami i cierpieniem, przynoszące nadzieję na poprawę, poczucie posiadania wpływu na sytuację, a także dające spokój, ukojenie, ulgę w doświadczanym bólu. Modlitwa była postrzegana jako narzędzie zmiany trudnej sytuacji, a jej skuteczność popierana była licznymi dowodami, od dobrych ocen wnuków po „cudowne uzdrowienia” z licznych chorób i dolegliwości. Modlitwa była najbardziej naturalną reakcją na bolesne doświadczenia i trudne sytuacje życiowe.

2. Religia odgrywa rolę nie tylko w trudnych momentach, lecz także jest ważnym elementem codzienności.

Życie codzienne badanych osób starszych jawi się jako przepełnione religijnością – zachowania religijne (przede wszystkim modlitwa, pójście do kościoła czy wysłuchanie mszy w radio) wpisane zostały w ciąg normalnych, codziennych aktywności, stając się istotnym i niezbywalnym elementem każdego dnia. Szczególnie codzienna modlitwa, będąca sposobem komunikacji z Bogiem, świętymi, zmarłymi bliskimi, jest jego stałym punktem, rytuałem powtarzonym kilkakrotnie w ciągu doby, przynoszącym dobre samopoczucie, spokój, radość, satysfakcję, wrażenie ładu i harmonii.

Pojawiające się przede wszystkim dzięki częstej modlitwie poczucie obecności Bożej, kontaktu z Bogiem (Osobami wchodzącymi w skład Trójcy Św.) i Matką Bożą to również stały element codzienności, a miłość i opieka od Niech otrzymywana dają poczucie spokoju i siły do zmagania się z codziennymi sprawami czy z własną samotnością. Postacią szczególnie bliską na co dzień jest Anioł Stróż, który postrzegany jest tak, jak w popularnej modlitwie, jako ten, kto zawsze stoi przy człowieku, pomaga mu w sprawach trudnych, ale przede wszystkim

czuwa na co dzień, chroni przed drobnymi błędami i pomyłkami, sprawia, że zwykle czynności się udają. Daje więc osobie starszej, często zdanej na siebie, poczucie bezpieczeństwa. Podobną rolę pełnią zmarli, którzy ostrzegają przed niebezpieczeństwami i modlą się za żywych (a że są bliżej Boga, ich modlitwa jest bardziej skuteczna).

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Relację między praktykami wspólnotowymi i niewspólnotowymi a samooceną zdrowia psychicznego u mężczyzn zaobserwowano tylko w modelu jednoczynnikowym, należy więc zakładać, że zaobserwowany związek wynikał z przeniesionego przez wymiar zaangażowania religijnego wpływu uwarunkowań społeczno-demograficznych. Rozważając możliwy mechanizm związku między praktykami niewspólnotowymi a samooceną zdrowia psychicznego oraz nasileniem objawów depresji w grupie kobiet należy stwierdzić, że prawdopodobne jest, iż większe zaangażowanie w niewspólnotowe praktyki religijne (modlitwa, czytanie *Pisma Świętego*, spowiedź, etc.) skutkuje lepszą samooceną zdrowia psychicznego oraz mniejszym nasileniem objawów depresji. Trzy z pytań wchodzących w skład analizowanego wymiaru zaangażowania religijnego dotyczyły modlitwy, która jest jedną z najpowszechniejszych praktyk religijnych, chętnie, jak podkreślano wyżej, praktykowaną przez starsze kobiety, pełni cały szereg funkcji, m.in. jest najpopularniejszym religijnym sposobem radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi [Koenig, McCullough, Larson 2001] a jej korzystny wpływ na samopoczucie psychiczne modlącego się (niezależnie od tego, czy modli się on we własnej, czy w czyjejś intencji) [Krause 2003] oraz właściwość redukcji napięcia emocjonalnego w trudnych dla jednostki momentach zostały udowodnione w badaniach [Levin 2001]. Możliwość modlenia się do słuchającego próśb Boga daje również perspektywę pomocy, jest strategią radzenia sobie z brakiem kontroli [Koenig, McCullough, Larson 2001] a poczucie otrzymywania w trudnych chwilach „wsparcia” od Boga może, jak udowodniono w badaniach, być skutecznym buforem negatywnego oddziaływania stresu na stan zdrowia [Maton 1989].

Interpretację taką potwierdzają spostrzeżenia płynące z analizy danych jakościowych. Osoby starsze uczestniczące w części jakościowej badania również często jak o wierze w ozdrowieńczą moc modlitwy i w możliwość „wymodlenia sobie” różnych rzeczy mówili o korzyściach psychologicznych i pozytywnych emocjach, jakie wywoływał w nich sam fakt modlenia się. Wśród tych korzyści

wymieniano spokój, radość i ulgę, przychodzące dzięki modlitwie poczucie Bożej obecności i opieki, poczucie siły wewnętrznej i mocy w rozwiązywaniu codziennych problemów, ład i harmonię, a nawet przyjemność. Modlitwa była źródłem siły psychicznej i odprężenia, rozładowywała negatywne emocje (jedna z respondentek wręcz porównała różaniec, który odmawia codziennie od 30 lat, do narkotyku i podkreślała, że modlitwa ta „ustawia ją do pionu”). W przypadku niektórych respondentów modlitwa była źródłem poczucia sensu życia, pomagała w rozumieniu negatywnych okoliczności życiowych, dawała nadzieję na pozytywny rozwój wypadków. Na podobne oddziaływanie wskazywano w przypadku lektury Pisma Świętego, choć należy przyznać, że było to zachowanie praktykowane nieporównywalnie rzadziej niż modlitwa. Należy dodać, że modlitwa była stałym elementem dnia badanych osób, często poświęcali na nią czas kilka razy w ciągu dnia, bardzo dbając o to, żeby nie zapomnieć o tej praktyce religijnej.

Z poziomem depresji u kobiet w istotnej relacji pozostawały także praktyki wspólnotowe. Na podstawie teorii i badań można wnioskować, że wysoki poziom zaangażowania religijnego obniżał nasilenie objawów depresji u praktykujących kobiet. Według badań rytuały religijne nie tylko redukują stres w sytuacjach ekstremalnych (bardzo ciężka choroba, niepełnosprawność, owdowienie), łagodząc jego negatywny wpływ na zdrowie psychiczne [Pargament, Brant 1998], ale pomagają w radzeniu sobie również z lżejszymi stresorami. Ponieważ w starszym wieku zły stan zdrowia i niepełnosprawność przyczyniają się w dużej mierze do powstawania depresji [tamże], zaobserwowana zależność może przebiegać w ten sposób, że osoby sprawne i zdrowe w większym stopniu angażują się w praktyki religijne, i jednocześnie mają mniejsze nasilenie objawów depresji w porównaniu z osobami, których stan zdrowia można określić jako zły.

Relacja między wierzeniami religijnymi a zdrowiem ujawniła się w obu analizowanych aspektach: miały one związek z samooceną zdrowia psychicznego i nasileniem objawów depresji. Na podstawie dostępnych teorii jak i przeprowadzonych badań można zakładać, że to wierzenia religijne korzystnie wpływają na zdrowie psychiczne (w tym także na depresję) u osób badanych, a nie na odwrót. Respondenci i respondenci uzyskujący wyższe wyniki na skali wierzeń religijnych to osoby wierzące w istnienie życia po śmierci, dla których religia jest źródłem siły i oparcia, mające w obliczu nieszczęść płynącą z wiary nadzieję na przyszłość. Osoby te cechowała ufność w dobroć i miłość Boga oraz wiara w celowość świata, a więc prawdopodobnie również wyższe poczucie zrozumiałości i sensowności zdarzeń, znajdujące oparcie w swojej wierze, a tym samym lepiej radzące sobie z doświadczanymi problemami. Jak pokazały przeprowadzone analizy jakościowe, nawet najbardziej bolesne doświadczenia zyskiwały dzięki

religijnym interpretacjom sens, a szczególnie ważna w kontekście samopoczucia psychicznego w starości była wiara w życie wieczne, pozwalająca radzić sobie ze śmiercią bliskich oraz z wizją własnej, nadchodzącej śmierci – jak pisał Berger „teodycea stanowi próbą zawarcia paktu ze śmiercią” [1997: 122]. Także inne potencjalnie anomiczne doświadczenia zyskiwały dzięki religii znaczenie, co pozwalało respondentom się z nimi pogodzić. Istotą tych znaczeń religijnych było przekonanie, że zło czemuś służy (jest nauką, próbą lub elementem Bożego planu, który, choć niezrozumiały dla człowieka, ma sens). Zgodnie z tym, co pisał Berger [1997], religijna teodycea nie przynosi szczęścia, ale jest źródłem znaczeń, a ludzie cierpią najbardziej wtedy, kiedy nie potrafią odnaleźć uzasadnienia dla swojego cierpienia, a więc nie znajdują w nim sensu, nie mogą go zrozumieć. Osoby, które sięgają do religijnych atrybucji mniej martwią się negatywnymi wydarzeniami i są w stanie podtrzymać dobre samopoczucie psychiczne pomimo przeciwności losu [Spilka, Schmidt 1983]. W tych samych kategoriach, co wpływ wierzeń religijnych, można interpretować także relację między samooceną zdrowia psychicznego a pozytywnym religijnym *copingiem* (związek istotny statystycznie w przypadku obu płci).

Doświadczenia religijne pozostawały w istotnej relacji z samooceną zdrowia psychicznego oraz nasileniem objawów depresji, z tym, że na drugą z wymienionych zmiennych wpływały tylko w grupie kobiet. Doświadczenie posiadania kontaktu z Bogiem jest źródłem korzyści psychologicznych, takich jak pozytywna samoocena [Pollner 1989; Ellison, Levin 1998; Krause 2008; Levin 2001], poczucie posiadania opieki w czasach kryzysów oraz podczas codziennych trosk [Ellison, Levin 1998]. Relacja z Bogiem jest także źródłem kontroli zastępczej, której potrzeba pojawia się w sytuacji, kiedy jednostka traci szansę na rozwiązanie problemu – wówczas, w przypadku wielu osób wierzących, następuje zwrot w kierunku Boga. Poczucie siły czerpane z kontaktu z Nim [Hood et al.; za: Pietkiewicz 2010], a także wiara w Opatrzność Bożą niwelują poczucie beznadziei i bezradności. Beck wyróżnia trzy źródła depresji: poczucie bezwartościowości własnego ja, poczucie bezsensowności życia oraz wizja przyszłości jako beznadziejnej [Beck 2006]. Wśród innych przyczyn wymieniana jest zewnątrzsterowność, czyli pojawiająca się u osób ze słabym poczuciem kontrolowania swojego losu wizja własnego życia jako kształtowanego przez zewnętrzne siły, na które dana jednostka nie ma wpływu [Krause 2008]. Poczucie kontroli jest czynnikiem moderującym relację między stresem a depresją, jest jedną z najważniejszych determinant psychologicznego dobrostanu [Ellison 1994; Ross, Sastry 1999], a według niektórych badaczy – kluczowym czynnikiem pomyślnego starzenia się [Rowe, Kahn 1998]. Dodatkowo bycie w bliskiej relacji z Bogiem jest źród-

dłem poczucia siły i bezwarunkowej miłości, co jest ważne zwłaszcza w czasach kryzysów [Ellison, Levin 1998]. Poczucie bycie kochanym przez Boga i bycia z Nim w bliskiej relacji kompensuje potrzebę miłości i podwyższa samoocenę, zwłaszcza w przypadku osób samotnych lub zaniedbywanych emocjonalnie, szczególnie w starszym wieku [Koenig 1994].

Również w badaniach jakościowych respondenci podkreślali rolę i wagę kontaktu z Bogiem i z innymi osobami świętymi. Pojawiające się przede wszystkim dzięki modlitwie poczucie Bożej obecności oraz poczucie kontaktu ze świętymi było stałym elementem codzienności osób badanych, a otrzymywana miłość i opieka od dawały poczucie spokoju i siły do zmagania się z problemami czy z własną samotnością. Z wiary w Bożą Opatrzność płynęło przekonanie, że „wszystko jakoś się ułoży”, a opieka ze strony Matki Bożej, świętych, błogosławionych oraz Anioła Stróża stanowiła ważny element zmagania z trudnymi sytuacjami życiowymi, ponieważ niosła ze sobą nadzieję na pomoc, poczucie bezpieczeństwa oraz wrażenie zastępczej kontroli nad sytuacją, które niwelowały poczucie bezradności.

Zapadalność na depresję jest większa wśród kobiet niż wśród mężczyzn, co jest tłumaczone m.in. różnicami w możliwościach samorealizacji (związanymi z przypisaniem kobiety do tradycyjnych ról społecznych, np. roli gospodyni domowej, matki), mniejszymi dochodami kobiet, dyskryminacją, etc. (hipoteza statusu społecznego) [Renzetti, Curran 2005]. Również w próbie, na której przeprowadzone zostały omawiane analizy, kobiety cechowały się gorszymi parametrami zdrowia psychicznego, czyli większym nasileniem objawów depresji, gorszą ogólną samooceną zdrowia psychicznego, mniejszą chęcią życia w porównaniu z mężczyznami. Jak wynika z badań prospektywnych nad zależnością między religijnością a zdrowiem mężczyzn [Vaillant i in. 2008], religijność wywiera korzystny wpływ na zdrowie psychiczne (zwłaszcza w aspekcie występowania depresji) głównie u tych osób, które mają mało alternatywnych źródeł zasobów społecznych. Mężczyźni w badanej próbie to w większości (66%) osoby pozostające w związku małżeńskim lub posiadający partnerkę (co działa ochronnie na zdrowie psychiczne) [Renzetti, Curran 2005]. U kobiet zbliżony odsetek stanowiły osoby samotne (wdowy, osoby stanu wolnego nieposiadające partnera). Być może są to powody, dla których w przypadku kobiet potrzeba kontaktu z Bogiem oraz jego kompensacyjne oddziaływanie, a tym samym korzyści psychologiczne (zmniejszanie nasilenia objawów depresji) były większe, niż w przypadku mężczyzn.

Zarówno pozytywny i negatywny religijny *coping* miały związek z samooceną zdrowia psychicznego, z tym, że osoby sięgające po pozytywny *coping* (kobiety

i mężczyźni) miały lepszą samoocenę, natomiast kobiety stosujące negatywny *coping* miały gorszą samoocenę stanu zdrowia (zależność nieistotna w grupie mężczyzn). Związek między pozytywnym religijnym *copingiem* a zdrowiem psychicznym można wyjaśnić odwołując się do tych samych teorii, które wyjaśniają związek między wierzeniami religijnymi a zdrowiem. W pozytywnym religijnym *coping*u religia pomaga w rozwiązywaniu problemów, relacja z Bogiem jest źródłem siły i oparcia oraz przewodnictwa w trudnych chwilach, problemy są interpretowane jako część Bożego planu, nauka, etc. Innymi słowy, pozytywny religijny *coping* jest źródłem poczucia sensowności zdarzeń. Pozytywny religijny *coping* pozwala na efektywną adaptację w czasach kryzysów [Ano, Vasconcelles 2005]. Z kolei negatywny religijny *coping* jest wyrazem rozgoryczenia zaistniałą negatywną sytuacją życiową, oznaką braku przystosowania do niekorzystnych okoliczności, próbą zredukowania negatywnych emocji poprzez przypisanie odpowiedzialności za to, co się stało, Bogu [Krause 2006]. W efekcie, jak wynika z badań, osoby sięgające po negatywny *coping*, mając poczucie odrzucenia przez Boga lub bycia karanymi, targane negatywnymi emocjami, doświadczają więcej stresu niż osoby, które nie stosują tej strategii radzenia sobie z problemami [Pargament 1997, 2003], a w związku z tym są również bardziej narażone na jego niekorzystne konsekwencje zdrowotne. Negatywny religijny *coping* był związany z nasileniem objawów depresji u kobiet (*coping* pozytywny nie miał wpływu na depresję), co potwierdza obserwacje z innych badań (należy zauważyć, że większość badań nad zależnością między religijnym *copingiem* a stanem zdrowia prowadzona była w populacjach osób chorych przewlekłe) [Koenig, Pargament, Nielsen 1998], za co odpowiadają mechanizmy omówione powyżej, związane z dezadaptacyjnym oddziaływaniem omawianego stylu religijnego *coping*u. Analizując kierunek zależności między zmiennymi należy również wziąć pod uwagę możliwość istnienia zależności odwrotnej, tzn. to osoby zdrowe psychicznie mogą mieć większą skłonność do postrzegania negatywnych zdarzeń w kategoriach znaczenia i sensu, a osobom o gorszym samopoczuciu psychicznym mogą z większym prawdopodobieństwem nasuwać się pesymistyczne interpretacje zdarzeń i reakcje na nie opisane w pytaniach zawartych w skali negatywnego *coping*u. Jednak, opierając się na wyjaśnieniach dominujących w literaturze przedmiotu, należy skłaniać się raczej ku interpretacji, zgodnie z którą to styl *coping*u wpływa na zdrowie psychiczne, a nie na odwrot.

Jak zauważył Pargament [2003], siła niekorzystnego wpływu negatywnego *coping*u na zdrowie jest większa, niż siła korzystnego oddziaływania *coping*u pozytywnego, co może tłumaczyć brak zależności między pozytywnym religijnym *copingiem* a tymi wymiarami stanu zdrowia, na które wpływ miał *coping*

negatywny. Po negatywny religijny *coping* w prezentowanym badaniu częściej sięgały kobiety, osoby samotne (wśród których przeważały kobiety) i osoby młodsze. Ta ostatnia prawidłowość znajduje wyjaśnienie w badaniach jakościowych. W wypowiedziach respondentów zaobserwowano tendencję do posługiwania się pozytywnym religijnym *copingiem*. Osoby, którym zdarzało się sięgać do negatywnego *copingu* na wcześniejszych etapach życia przyznawały, że na starość pogodziły się z doznaną stratą/nieszczęściem, które je spotkało i przestały obwiniać za nią Boga. Dokonały reinterpretacji negatywnych wydarzeń z przeszłości, nawet jeśli tragedie te wciąż były bardzo bolesne i były przyczyną cierpienia (jak w przypadku respondentki, której syn zaginął bez wieści kilkanaście lat temu, i o którego powrót wciąż intensywnie się modli). Jeśli kiedyś odwróciły się od religii, w podeszłym wieku wróciły do niej.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pokazały, że zaangażowanie religijne w starszym wieku pozostaje w istotnej statystycznie relacji ze zdrowiem psychicznym. Za wyjątkiem negatywnego religijnego *copingu* wpływ ten był pozytywny. Kluczowy związek ze zdrowiem w starszym wieku wydaje się mieć sensotwórcza funkcja religii, wyrażająca się w wierzeniach dotyczących celowości świata, interpretacji negatywnych zdarzeń, etc., co korzystnie wpływa na zdrowie psychiczne u zarówno u kobiet jak i u mężczyzn oraz znacząco obniża samoocenę nasilenia objawów depresji. Wnioski na temat sensotwórczej roli religii wynikają z analiz statystycznych i z badań jakościowych. Nasuwa to spostrzeżenie o celowości odwoływania się w opiece nad wierzącymi osobami starszymi oraz w interwencjach skierowanych do tej grupy wiekowej (programy aktywizacyjne, etc.), szczególnie w przypadku osób mających gorsze samopoczucie psychiczne, do pozytywnych znaczeń religijnych oraz, w miarę możliwości, eliminowania tych o zabarwieniu negatywnym. Ukierunkowanie na odwoływanie się do interpretowania negatywnych zdarzeń w kategoriach religijnych sensów czyni je bardziej zrozumiałymi i ułatwia radzenie sobie z nimi, przynosząc duże korzyści psychologiczne, co może zostać wykorzystane w praktyce.

BIBLIOGRAFIA

- Ano G., Vasconcelles E. [2005], *Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis*, "Journal of Clinical Psychology", Vol. 61, No. 4.
- Antonovsky A. [1979], *Health, stress and coping*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. [1987], *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. [1997], *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: PWN.
- Antonovsky A., Sourani T. [1988], *Family sense of coherence and family adaptation*, "Journal of Marriage and Family", Vol. 50, No. 1.
- Ardelt M. [2003], *Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death*, "Journal of Religious Gerontology", Vol. 14, No. 4.
- Beck A. [2006], *Depression: causes and treatment*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Benjamins M. [2004], *Religion and functional health among the elderly: is there a relationship and is it constant?*, "Journal of Aging and Health", Vol. 16, No. 3.
- Berger P., Luckmann T. [1983], *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*, Warszawa: PIW.
- Berger P. [1997], *Święty baldachim. Elementy socjologicznej teorii religii*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- Boguszewski R. (oprac.) [2006], *Znaczenie religii w życiu Polaków*, http://www.cbos.pl/SPIS-KOM.POL/2006/K_081_06.PDF.
- Boguszewski R. (oprac.) [2009], *Wiara i religijność Polaków dwadzieścia lat po rozpoczęciu przemian ustrojowych*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_034_09.PDF.
- Borowik I. [2001], *Religijność*, [w:] I. Borowik, T. Doktor (red.), *Pluralizm religijny i moralny w Polsce*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- Borowik I. [2002], *Przemiany religijności polskiego społeczeństwa*, [w:] M. Marody (red.), *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bowkler J. [1970], *Problems of suffering in the religions of the world*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowkler J. [1973], *The sense of God: sociological, anthropological and psychological approaches to the origin of the sense of God*, Oxford: Clarendon Press.
- Bowling A. [2007a], *Aspirations for older age in the 21st century: what is successful aging?*, "The International Journal of Aging and Human Development", Vol. 64, No. 3.
- Bowling A. [2007b], *Quality of life in older age. What older people say*, [w:] H. Mollenkopf, A. Walker (red.), *Quality of life in old age*, Heidelberg: Springer.
- Broadhead W. et al. [1988], *The Duke UNC Functional Social Support Questionnaire: measurement of social support in family medicine patients*, "Medical Care", Vol. 26, No. 7.
- Carmel S. [2001], *The will to live: gender differences among elderly persons*, "Social Science Medicine", Vol. 52, No. 6.
- Carmel S. [2010], *The will to live as an indicator of wellbeing and predictor of survival in old age*, [w:] L. Poon, J. Cohen-Mansfield (eds.), *Understanding well-being in the oldest-old*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Cook J., Wimberley D. [1983], *If I should die before I wake: religious commitment and adjustment to the death of a child*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 22, No. 3.

- Daaleman T., Perera S., Studenski S. [2004], *Religion, spirituality and health status in geriatric outpatients*, "Annals of Family Medicine" Vol. 2, No. 1.
- Dyczeński L. [2006], *Wartości w życiu człowieka starego*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Ellison C. [1994], *Religion, the life stress paradigm, and the study of depression*, [w:] J.S. Levin (ed.), *Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers*, Thousand Oaks, CA: A SAGE Focus Edition.
- Ellison C., Levin J. [1998], *The religion-health connection: evidence, theory and future directions*, "Health Education and Behaviour", Vol. 25.
- Fassino S. et al. [2002], *Quality of life in dependent older adults living at home*, "Archives of Gerontology and Geriatrics", Vol. 35, No. 1.
- Finke R. [2004], *Observing religion and health*, [w:] K. Schaie, N. Krause, A. Booth (eds.), *Religious influences on health and well-being in the elderly*, New York: Springer Publishing Company.
- Frankl V. [2006], *Man's search for meaning*, Boston: Beacon Press.
- Gibson R. [1995], *Promoting successful and productive aging in minority populations*, [w:] L. Bond, S. Cutler, A. Grams (eds.), *Promoting successful and productive aging*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Greeley A. [1982], *Religion: a secular theory*, New York: Free Press.
- Grounds V. [2004], *The experience of aging: a personal perspective*, [w:] C.B. Mitchell, R.D. Orr, S. A. Salladay (eds.), *Aging, death and the quest for immortality*, Grand Rapids, Michigan: William B. Eerdmans Publishing Company.
- Gryglewska B. [2006], *Prewencja gerontologiczna*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatra z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica.
- Halicka M., Halicki J. [2002], *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Hathaway W., Pargament K. [1992], *The religious dimension of coping: implications for prevention and promotion*, [w:] K. Pargament, K. Maton, R. Hess (eds.), *Religion and prevention in mental health, research, vision and action*, New York: The Haworth Press.
- Havighurst R. [1961], *Successful aging*, "The Gerontologist", Vol. 1, No. 1.
- Idler E. [1994], *Cohesiveness and coherence. Religion and the health of the elderly*, New York–London: Garland Publishing.
- Idler E. [2003], *Beliefs*, [w:] Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group: *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*, Kalamazoo: John.E. Fetzer Institute.
- Jong-Gierveld J. de [1987], *Developing and testing a model of loneliness*, "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 53, No. 1.
- Jong-Gierveld J. de, Tillburg T. van [1999], *Manual of the loneliness scale*, Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Kaplan B., Munroe-Blum H., Blazer D. [1994], *Religion, health and forgiveness: tradition and challenges*, [w:] J. Levin (ed.), *Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers*, Thousand Oaks, CA: A Sage Focus Edition.
- Kehrer G. [2006], *Wprowadzenie do socjologii religii*, Kraków: Nomos.
- Kelsey M. [1973], *Healing and Christianity*, New York: Harper and Row.

- Koenig H. [1994], *Religion and hope for the disabled elder*, [w:] J. Levin (ed.), *Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers*, Thousand Oaks, CA: A Sage Focus Edition.
- Koenig H., Kvale J., Ferrel C. [1988], *Religion and well-being in later life*, "The Gerontologist", Vol. 28, No. 1.
- Koenig H., McCullough M., Larson D. [2001], *Handbook of religion and health*, Oxford: Oxford University Press.
- Koenig H., Pargament K., Nielsen J. [1998], *Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults*, "Journal of Nervous and Mental Disease", Vol. 186.
- Kotarba J. [1983], *Perceptions of death, belief system and the process of coping with chronic pain*, "Social Science and Medicine", Vol. 17, No. 10.
- Krause N. [2003], *Praying for others, financial strain and physical health status in later life*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 42.
- Krause N. [2004], *An introduction to research on religion. aging and health: exploring new prospects and key challenges*, [w:] K. Schaie, N. Krause, A. Booth (eds.), *Religious influences on health and well-being in the elderly*, New York: Springer Publishing Company.
- Krause N. [2006], *Religion and health in later life*, [w:] J. Birren, K. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, Burlington: Elsevier Academic Press.
- Krause N. [2008], *Aging in the Church. How Social Relationship Affect Health*, West Conshohocken, Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- Levin J. [2001], *God, faith and health. exploring the spirituality-healing connection*, New York: John Wiley and Sons.
- Levin J., Chatters L. [1998], *Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues*, [w:] H. Koenig (ed.), *Handbook of religion and mental health*, San Diego, California: Academic Press.
- Levin J., Vanderpool H. [1989], *Is religion therapeutically significant for hypertension?*, "Social Science and Medicine", Vol. 29, No. 1.
- Lewis C. [1962], *The problem of pain*, New York: MacMillan.
- Luckmann T. [1996], *Niewidzialna religia*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- Maton K. [1989], *The stress-buffering role of spiritual support: cross-sectional and prospective investigations*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 28.
- McCullough M., Smith T. [2003], *Religion and health: depressive symptoms and mortality as case studies*, [w:] M. Dillon (ed.), *Handbook of the sociology of religion*, Cambridge: Cambridge University Press.
- McDowell I., Newell C. [1996], *Measuring health*, Oxford: Oxford University Press.
- Mehta K. [1997], *The impact of religious beliefs and practices on aging: a cross-cultural comparison*, "Journal of Aging Studies", Vol. 11, No. 2.
- Nelson E., Dannefer D. [1992], *Aged heterogeneity: fact or fiction? The fate and diversity in gerontological research*, "The Gerontologist", Vol. 32.
- O'Regan B., Hirshberg C. [1993], *Spontaneous remission: an annotated bibliography*, Sausalito, California: Institute of Noetic Sciences.
- Palmore E. [1995], *Successful aging*, [w:] G. Maddox (ed.), *Encyclopedia of aging: a comprehensive resource in gerontology and geriatrics*, New York: Springer.
- Pargament K. [1997], *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*, New York: The Guilford Press.

- Pargament K. [2003], *Religious/spiritual coping*, [w:] Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group: Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research, Kalamazoo: John. E. Fetzer Institute.
- Pargament K., Brant C. [1998], *Religion and coping*, [w:] H. Koenig (ed.), *Handbook of religion and mental health*, San Diego, California: Academic Press.
- Pargament K., Hahn J. [1986], *God and the just world: causal and coping attributions to God in health situations*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 25, No. 2.
- Pargament K., van Haitsma K., Ensing D. [1995], *Religion and coping*, [w:] M. Kimble, S. McFadden, J. Ellor, J. Seeber (eds.), *Aging, spirituality and religion. A handbook*, Minneapolis: Fortress Press.
- Pędich W. [2002], *Znaczenie religii w życiu człowieka starego*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Pietkiewicz I. [2010], *Strategie copingu religijnego w sytuacji utraty – implikacje do terapii*, „Czasopismo Psychologiczne”, vol. 16, nr 2.
- Piwoński W. [1984], *Blaski i cienie polskiej religijności*, [w:] J. Wołkowski (red.), *Oblicza katolicyzmu w Polsce*, Warszawa: Wydawnictwo PAX.
- Pollner M. [1989], *Divine relations, social relations, and well-being*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 30.
- Rasmussen C., Johnson M. [1994], *Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety*, "Omega", Vol. 29.
- Renzetti C., Curran D. [2005], *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Robertson R. [2011], *Podstawowe problemy definicyjne*, [w:] F. Adamski (red.), *Socjologia religii*, Kraków: Petrus.
- Ross C., Sastry J. [1999], *The sense of personal control: social structural causes and emotional consequences*, New York: Plenum.
- Rowe J., Kahn R. [1998], *Successful aging*, New York: Pantheon/Random House.
- Royce J. [2001], *The sources of religious insight*, Washington DC: Catholic University of America Press.
- Sorajjakool S., Seyle B. [2004], *Faith, illness and meaning*, [w:] S. Sorajjakool, H. Lambertson (eds.), *Spirituality, health and wholeness: an introductory guide for health care professionals*, New York: Haworth Press.
- Spilka B., Schmidt G. [1983], *General attribution theory for the psychology of religion: the influence of event-character on attributions to God*, "Journal for the Scientific Study of Religion", Vol. 22, No. 4.
- Stewart A., Hays R., Ware J. Jr. [1988], *The MOS Short form General Health Survey: reliability and validity in a patient population*, "Medical Care", Vol. 26.
- Straś-Romanowska M. [2005], *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2: Charakterystyka okresów życia człowieka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Thorson J. [1998], *Religion and anxiety. Which religion? Which anxiety?*, [w:] H. Koenig (ed.), *Handbook of religion and mental health*, San Diego, California: Academic Press.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2000], *Jakość życia w starości – definicja, pojęcie*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Text.

- Tobiasz-Adamczyk B. [2006], *Spoleczne aspekty starzenia się i starości*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica.
- Underwood L. [2003], *Daily Spiritual Experience*, [w:] Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group: Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research, Kalamazoo: John.E. Fetzer Institute.
- Vaillant G. et al. [2008], *The natural history of male health: health and religious involvement*, "Social Science and Medicine", Vol. 66.
- Wciórka B. (oprac.) [2005], *Co łączy Polaków z parafią?*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/-K_049_05.PDF.
- Wheaton B. [1980], *The sociogenesis of psychological disorder. The attributional theory*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 21, No. 2.
- Zigmond A., Snaith R. [1983], *The hospital anxiety and depression scale*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", Vol. 67, No. 6.

Barbara Woźniak

RELIGIOUS INVOLVEMENT AND HEALTH STATUS IN OLDER PEOPLE: MECHANISMS OF INTERACTION, SELECTED RESULTS

Abstract

According to theory and research conducted within sociology and psychology of religion, religious involvement may reduce psychological distress and increase health status and psychological well-being in several ways, e.g. by generating high levels of social resources, including social integration and social support, by shaping behavioral patterns and lifestyles in ways that reduce the risk of major chronic and acute stressors and by providing specific cognitive resources that are useful in the problem-solving or coping with stressors (Ellison 1994). Religion plays an especially important role in later life because religious involvement helps older people to face impending death, to find and maintain a sense of meaningfulness and significance in life, to accept the inevitable losses of old age and to discover and utilize the compensatory values that are potential of old age (Barron 1961). The aim of the study was to verify hypothesis on the relationship between religiosity and health in older age. Conducted analyses revealed that religious involvement is a significant predictor of mental health in older age. Religious provision of meaning is probably the most important causal mechanism associated with this relationship.

Key words: older people, religiosity, health, quality of life

RAFAŁ MIELCZAREK
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

RELIGIJNA PERSPEKTYWA MEDYCyny ALTERNATYWEJ W KONFRONTACJI Z MEDYKALIZACJĄ ŻYCIA

Streszczenie

Analiza zawarta w tekście jest próbą opisania roli czynników religijnych w określaniu kategorii zdrowia. Czynniki te stają się ponownie elementem refleksji dotyczącej jakości ludzkiego życia. Artykuł przywołuje szereg argumentów na rzecz zasadności tego zainteresowania. Tropu weberowskie prowadzą do zależności istniejącej nie tylko między religią a systemem ekonomicznym, ale poprzez jej istnienie implikują również związek etyki religijnej z zachowaniami w sferze zdrowia. Posługując się przykładem zrekonstruowanej przez Webera etyki konfucjańskiej, rozważania prezentują podobieństwa do tego religijnego systemu widoczne w ideologicznej płaszczyźnie współczesnej perspektywy medycyny alternatywnej. Z drugiej strony również medycyna konwencjonalna, sukcesorka rozwoju nauki nowożytnej, także czerpie energię z mechanizmu, któremu niektórzy badacze, tacy jak Thomas Luckmann, przypisują charakter religijny. Odwołanie się do schematów wyjaśniających, jakie oferuje socjologia wiedzy, pozwala uchwycić efekty działania owego mechanizmu w publicznych enuncjacjach dwóch wybranych wspólnot religijnych, poświęconych tematyce zdrowia.

Słowa kluczowe: religia, zdrowie, medykalizacja, sekularyzacja

* Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: rafal.mielczarek@umed.lodz.pl

MEDYCYNA I RELIGIA – PODOBIENSTWA, ANALOGIE I ZALEŻNOŚCI

Pojęcie „zwyczajnego zdrowia” jest w swej kolektywnie ukształtowanej oczywistości niedefiniowalne. Jednak w praktyce wyobrażenia, jakie tworzą sobie o nim ludzie, szczególnie w sytuacji choroby¹, mają, poprzez swoje implikacje, poważne konsekwencje społeczne. Działania podejmowane na rzecz profilaktyki oraz te, które są już elementami leczenia, sięgają do bardzo szerokiego i technologicznie zróżnicowanego spektrum środków. Dziś rozciąga się ono między biegunami dwóch głównych i ideologicznie zasadniczo wzajemnie sobie przeciwstawnych systemów medycyny – konwencjonalnej i niekonwencjonalnej. Choć zazwyczaj różnorodność jest traktowana jako walor, to w tym wypadku leżąca u jej podstawy dychotomia dwóch perspektyw tworzy konkretne, w wielu wypadkach nierozwiązywalne, problemy w dziedzinie zdrowia.

Tytułowa formuła nie jest, wbrew pozorom, li tylko formułą retoryczną. Stawiając tę kwestię, przyjmujemy, że obraz zdrowia, podobnie jak lista chorób, są produktem ludzkiego myślenia, które nie pojawia się w próżni, lecz jest zakorzenione w istniejących systemach światopoglądowych. Założenie to jest poprzedzane przez inne, dotyczące samego ludzkiego myślenia, które – zgodnie ze słowami Karla Mannheim’a – będziemy ujmować jako instrument zbiorowego działania [Mannheim 2008: 31], a w tym konkretnym przypadku dwóch sprzężonych ze sobą działań – zorientowanego na ochronę czegoś, co określane jest jako „zdrowie” i zorientowanego na zapobieganie temu, co określane jest jako „choroba”. Nie bez powodu obie kategorie zostały umieszczone w cudzysłowie. Stąd również zastrzeżenie, iż analiza zawarta w tekście nie stawia sobie za cel wypracowania jakiejś ogólnie obowiązującej charakterystyki stanu zdrowia (ewentualne choroby), lecz zrekonstruowanie ideologicznej siatki kategorii, w jakiej zdrowie nabiera waloru zwyczajności, zaś konkretne działania skierowane świadomie na jego zachowanie, stają się w swej sensowności normalne i jako takie pożądane. Wreszcie, zamykając wątek tytułu, należy nadmienić, iż konfrontowanie medycyny, a w szczególności zjawiska medykalizacji, które we współczesnych społeczeństwach świata Zachodniego stanowi ten podstawowy kontekst określania zdrowia, z myśleniem w kategoriach religijnych nie jest

¹ Używamy formuły „sytuacja choroby” zamiast „stan choroby” ze względu na medyczne konotacje tej drugiej, które mogły sugerować rodzaj społecznej niepełnosprawności osoby chorej, czego akurat chcemy tutaj uniknąć, jako że osoba chora, choć doświadcza niedogodności wynikających z określonych dysfunkcji psychofizycznych, to pozostaje społecznie w pełni sprawnym, „normalnym chorym”. Kategoria sytuacji odsyła zaś wprost do kontekstu analizy socjologicznej.

bezcelowe, a na pewno nie bezpodstawne. Istnieje szereg koncepcji i opracowań konkretnych przypadków, które ponownie wskazują różne rodzaje bezpośrednich zależności występującą między obiema dziedzinami [patrz: Bull 1990; Krause, Wulff 2004; Lujan, Campbell 2006; Nath 2010].

Analiza związków medycyny z religią ma przede wszystkim przesłanki cywilizacyjne. Od pewnego czasu podejście do problematyki zdrowia ulega zauważanej zmianie. Można powiedzieć, że zmienił się paradygmat ochrony zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), instytucja nadająca ton dyskusji w temacie, przeddefiniowuje podejście do zdrowia, poszerzając znaczenie pojęcia o szereg czynników, które w ramach paradygmatu scjentyistycznego nie miały racji bytu, jako czynniki niemierzalne w swej efemeryczności. W tej liczbie znalazła się kategoria zjawisk duchowych². Jakość wprowadzonej zmiany każe się zastanowić, czy pozostaje ona w jakimś związku inną cywilizacyjną tendencją, sytuowaną zgodnie w domenie religii, a mianowicie z tym, co jest określane mianem „powrotu *sacrum*”. Tendencja medykaliacyjna spotyka się dziś z tendencją demedykaliacyjną. Medycyna konwencjonalna jest coraz częściej zmuszona konkurować z tzw. medycyną alternatywną, inaczej – niekonwencjonalną, o proveniencji religijnej³. Kwestie te pozostaną osnową rozważań zawartych w niniejszym artykule. One prowadzą też do historycznych przesłanek poszukiwania związków między obiema sferami. Zanim do nich przejdziemy, trzeba zasygnalizować jeszcze jeden, geopolityczny aspekt ewoluującej roli religii w obszarze zdrowia. Konkretnie chodzi o rolę, jaką organizacje religijne (*Faith-Based Organizations* – FBO) odgrywają w tym nurcie procesu globalizacji, który odnosi się do zdrowia. Interesujące obserwacje pochodzą z krajów postkolonialnych, gdzie takie organizacje wchodzą w swoistą instytucjonalną wyrwę, którą pozostawiły po sobie wycofujące się z owych krajów państwa kolonialne. Działające tam wspólnoty religijne wypełniają funkcje medyczne (zakładają szpitale, promują zachowania profilaktyczne) bądź instrumentalizują praktyki medyczne w celu prowadzenia działalności misyjnej [Digler 2009].

Wciąż dominująca pozycja współczesnej medycyny akademickiej, z jej scjentyistyczną perspektywą poznawczą, redukującą zdrowie do materialnych składników, poddających się badaniu przy pomocy empirycznych procedur,

² W dokumentach opublikowanych przez WHO pojawia się kategoria *spirituals health* jako jeden z czterech głównych aspektów (*health aspects*) ogólnego stanu zdrowia, obok *physical health*, *mental health* i *social health* [Bonnefooy et al. 2007].

³ Notabene, Jerzy Prokopiuk, pisząc wstęp do książki poświęconej historii medycyny alternatywnej, nadaje mu podtytuł w formie pytania o „renesans świętej medycyny” [Prokopiuk 2001].

nie jest stanem trwałym⁴. Przywołany już Jerzy Prokopiuk zacytował statystyki zamieszczone w listopadowym numerze „Journal of American Medical Association” z 1998 r., z których wynikało, że Amerykanie wydają więcej na leczenie metodami alternatywnymi niż na konwencjonalne środki medyczne [Prokopiuk 2001: 11]. Dominacja medycyny nie jest też stanem odwiecznym. W gruncie rzeczy medycyna akademicka jest najmłodszą formą lecznictwa, która swój rozkwit zawdzięcza rozwojowi kapitalizmu [Prokopiuk 2001: 7]. Wcześniej zaś, przez szereg epok, praktyki medyczne oraz, co tu najistotniejsze, definicje norm zdrowia były ściśle związane właśnie z dziedzinami magii lub religii. Tradycyjna medycyna religijna miała często charakter teurgiczny i jako taka była domeną lekarzy-kapłanów [Jütte 2001: 79 i nast.]. Obecnie związek ów pojawia się ponownie w pewnych aspektach praktyk leczniczych, choć jego postać i jakość są inne niż w przeszłości.

Istnieją wreszcie przesłanki o charakterze socjologicznym, które skłaniają do tego, by ponownie przeanalizować relacje między zdrowiem i praktykami leczniczymi a religią. Zarówno religię jak i medycynę można potraktować jako instytucje kontroli społecznej [Zola 1972; Conrad 1992; Conrad, Schneider 1995]. Punktem odniesienia będzie w tej kwestii koncepcja wiążąca proces medykalizacji rzeczywistości społecznej z procesem jej sekularyzacji. Sytuowanie medykalizacji i zjawiska konstruowania znaczenia zdrowia w kontekście sekularyzacji, czy szerzej – wielokierunkowych zmian w dziedzinie religii, jest w istocie wpisane w złożony charakter owych zmian. Medykalizacja stanowi wówczas jeden z przejawów wzrostu rangi nauki idącego w parze z modernizacją społeczną. Tendencja przeciwna – demedykalizacja może być zaś rozpatrywana, w pewnych swoich aspektach, jako przejaw powrotu *sacrum*.

Medycyna staje się funkcjonalnym ekwiwalentem religii, czego efektem jest stan swoistego imperializmu medycznego [Wieczorkowska 2008: 111]. Z tego punktu widzenia łatwo dostrzec i wyjaśnić dzisiejszą ekspansję medycyny na niemal wszystkich płaszczyznach życia codziennego. Wiele zasadniczych rytualizowanych form zmiany statusu społecznego, które w społeczeństwie tradycyjnym znajdowało się w gestii instytucji religijnych (pielgrzymki, egzorcyzmy,

⁴ Na marginesie ewolucji roli medycy, należy wspomnieć, że zmianie ulega również struktura czynników samej medykalizacji - procesu, który zapewnił medycynie ową dominującą rolę. Peter Conrad twierdzi, że na przestrzeni ostatnich dwóch dekad nastąpiło przesunięcie akcentów w grupie owych czynników. Czynniki *stricte* medyczne, choć nadal, na mocy definicji, znajdują się w centrum nurtu, tracą znaczenie na rzecz czynników biotechnologicznych (tu rosnąca rola przemysłu farmaceutycznego) oraz czynników ekonomicznych (rynek konsumentów usług i organizacje zarządzające usługami medycznymi) [Conrad 2005].

egzekwie), obecnie wiąże się z koniecznością przechodzenia przez różne formy zinstytucjonalizowanej kontroli medycznej (badania wstępne, okresowe, kontrolne, kwarantanny). Cykle życiowe, niegdyś porządkowane przez sakramenty, porządkują kalendarze szczepień, badań itp. Narodziny i śmierć, dwa najbardziej znaczące momenty w życiu jednostki wymagają nie tylko obrzędowej oprawy religijnej, ale także, a czasami nawet bardziej, oprawy i legitymizacji medycznej. Zdobyty przez medycynę prestiż sprawia, że kariera medyczna należy do grupy najbardziej pożądanых ścieżek zawodowych, gwarantując bezpieczeństwo socjalne w tym samym stopniu co niegdyś „posiadanie księdza w rodzie”. Wreszcie język, stanowiący podstawowy instrument socjalizacji, operuje kategoriami i terminologią zaczerpniętą z obszaru medycyny w celu charakteryzowania problemów pojawiających się życiu społecznym.

OD SAKRALIZACJI DO MEDYKALIZACJI ŻYCIA

Funkcjonalna zmiana miejsc jest możliwa dzięki dwóm zależnościom o charakterze strukturalnym. Pierwsza z nich ma charakter trwały, w efekcie czego nie można sobie wyobrazić istnienia społeczeństwa w ogóle bez istnienia tej zależności. Tak Thomas Luckmann jak i Peter Berger w swoich klasycznych pracach poświęconych religii zwrócili uwagę na dialektyczny związek łączący światopogląd ze strukturą społeczną. Jego dynamiczna natura zarówno umożliwia trwanie obu czynników, co w podstawowych dla tego wywodu kategoriach oznacza podtrzymywanie rzeczywistości, jak również pozwala, a nawet determinuje ich ewolucję, czyli transmisję owej fundamentalnej właściwości życia z jednej formacji historycznej do kolejnej. Bowiem światopogląd bierze swój początek w takich ludzkich działaniach, które przynajmniej częściowo są zinstytucjonalizowane, ale z drugiej strony trwałość porządku instytucjonalnego jest uzależniona od ciągłej internalizacji światopoglądu [Luckmann 1996: 89]. *De facto* nieprzerwana realność każdego świata społecznego zarówno ta obiektywna (jako wspólnota faktyczności, traktowana jako oczywistość), jak i subiektywna (jako fatyczność nakładająca się na jednostkową świadomość) zależy w gruncie rzeczy od trwałości owego dialektycznego „łącza” [Berger 2005: 80]. Innymi słowy podtrzymywanie realności świata to spinanie w mniej lub bardziej zintegrowaną całość światopoglądu i struktury, nazwaną przez Bergera trafnie strukturą wiarygodności świata.

Druga zależność ma charakter zmienny historycznie, aczkolwiek odnosi się bezpośrednio do funkcjonowania pierwszej zależności. Berger przywołuje

przykład jednego – jego zdaniem całkiem nieprawdopodobnego – krańcowego, empirycznie nieosiągalnego przypadku, kiedy znika „problem” struktury wiarygodności. Przypadek ten obejmuje sytuację, w której „świat niejako zakłada sam siebie i nie wymaga innej legitymizacji – wystarcza po prostu jego obecność”. Świat jako taki jest wówczas tożsamy ze strukturą swojej wiarygodności⁵. W praktyce układy zbliżone do zarysowanego wyżej przypadku mogą istnieć, kiedy ma miejsce strukturalna unifikacja porządku poznawczego i instytucjonalnego. Dochodzi wtedy do ukonstytuowania się światopoglądowo-instytucjonalnego monopolu, najczęściej w postaci religijnej. W takiej rzeczywistości maksyma *extra ecclesiam nulla salus* posiada ogólne empiryczne zastosowanie, gdzie zbawienie (*salus*), ujmowane w kontekście ontologicznym, który przekracza wąską teologiczną konceptualizację, jest synonimem nieprzerwanej wiarygodności [Berger 2005: 82]. Wszystko to świadczy o wysokim stopniu artykulacji „świętego kosmosu” w światopoglądzie, a tym samym zwiększa prawdopodobieństwo stworzenia „wyspecjalizowanej instytucjonalnej bazy” przeznaczonej do bezpośredniej obsługi tegoż kosmosu [Luckmann 1996: 99]. Tradycyjne społeczeństwa w epokach poprzedzających nowożytność, kiedy proces sekularyzacji nie nabral jeszcze rozmachu, są dobrym przykładem przypadku takiej unifikacji strukturalnej. Odmienne warunki tworzy układ pluralistyczny, charakterystyczny dla zbiorowości współczesnych, cechujący się funkcjonalną złożonością systemów instytucjonalnych i bogatą mozaiką modeli „świętego kosmosu” konkurujących ze sobą w obrębie światopoglądu. Długi historyczny proces, który prowadzi do takiego stanu, niesie ze sobą szereg przekształceń, wśród nich zaś takie o zasadniczym znaczeniu dla możliwości przededefiniowania kategorii ludzkiego życia oraz dla perspektywy jego zmedykalizowania.

Racjonalizacja przynosi sukcesywny zanik znaczenia magii i osłabienie tradycyjnych systemów religijnych. Choć zdaniem Petera Conrada, amerykańskiego badacza problemu, trudno znaleźć bezpośredni związek między owymi zjawiskami a procesem postępującej na przestrzeni XX w. medykalizacji, to jednak można śmiało założyć, że tworzą one kontekst sprzyjający zmianom we wskazanym kierunku [Conrad 1992: 213]. „Odczarowanie świata” (*Enzauberung*), opisujące proces stopniowego wykluczania z życia magii jako siły zbawczej [Weber 2010: 83], odbiera jej wiarygodność efektywnego środka służącego porządkowaniu

⁵ Drugi krańcowy przypadek, którego Berger nawet nie opisuje, bardziej nieprawdopodobny, a empirycznie wręcz niewyobrażalny, ilustruje hipotetyczna sytuacja braku jakichkolwiek związku między światopoglądem a instytucjonalną strukturą, przy podstawowym założeniu, że żaden z elementów układu nie może istnieć bez drugiego. Byłby to układ dwóch autonomicznych, niepołączonych ze sobą „stron medalu”.

rzeczywistości. Świat traci swoją pierwotną integralność. Nie jest już celem samym w sobie, ale „materiałem”, który powinien być uformowany zgodnie z wewnętrznym, etycznym, systemem orientacyjnym, przeznaczonym przede wszystkim do kierowania własnym życiem [Weber 2006: 189]. Najważniejsze jednak pozostaje to, że racjonalizacja, eliminując magię z filozofii przyrody, czyni z niej naukową wiedzę o przyrodzie [Weber 2006: 183, Mannheim 1986: 19–20]. Ten proces mógłby przełożyć się na wzrost rangi religii, ujmowanej na sposób durkheimowski, gdyby nie to, że protestanckie pogłębianie etyczności religii kieruje ją na tory indywidualizacji. Życie jednostki zostaje „metodycznie podporządkowaną transcendentnemu celowi całością” [Weber 2006: 189]. Jak zauważył Mannheim, powstaje nowa „ilościowa” forma myślenia, której symptomem, co znamienne, jest wypieranie i zanik panteizmu [Mannheim 1986: 21]. Transcendentalizacji Boga, który jest owym celem, otwiera „przestrzeń” historii dla działań ludzkich. Predestynacja znosząca możliwość zmiany poza światem, daje niejako w zamian nieograniczone możliwości działania w jego ramach [Berger 2005: 164]. Jednym z podstawowych zjawisk, towarzyszących odczarowaniu, którego konsekwencje można odnaleźć obecnie nie tylko w sferze życia religijnego, ale także w medycynie, jest kłopot z ustaleniem sensu, który byłby trwale związany ze światem odczarowanym. Weber pisał: „Wszędzie tam jednak, gdzie racjonalne poznanie empiryczne konsekwentnie dokonywało odczarowania świata i jego przekształcenia w kazualny mechanizm, ostatecznie pojawia się napięcie pomiędzy nim a roszczeniami postulatu etycznego, zgodnie z którymi świat jest uporządkowany przez Boga, a więc pod względem etycznym w jakiś sposób sensownie zorientowanym kosmosem. Albowiem empiryczne widzenie świata, zwłaszcza zorientowane matematycznie, prowadzi zasadniczo do odrzucenia każdej koncepcji, które w ogóle stawia pytania o jakiś »sens« rozgrywających się w nim wydarzeń” [Weber 2006: 218]. Trafna uwaga Mannheim’a jest tu przysłowiową kropką nad i – sens, który został utracony w procesie heurystycznego upraszczania procedur, jest nie do odzyskania nawet na etapie ich udoskonalania [Mannheim 2008: 48]. Logika formalna zastępuje teleologię. Parafrazując inne stwierdzenie Mannheim’a, można jeszcze dopowiedzieć, że prawdziwa metodyczność, implikując nieufność, prowadzi poprzez sceptycyzm do dezintegracji kosmosu, w którym sens jest zagnieżdżony [Mannheim 2008: 95].

Metodyczność, formalizm, indywidualizacja, która pozwala badać odizolowane przypadki i analizować zatomizowane doświadczenia i działania, wreszcie zorientowanie na empirycznie określone optimum dostosowania, w przeciwieństwie do wiary w metafizyczny finalizm – wszystko to prowadziło do zmedykalizowania życia [Mannheim 2008: 50–51]. Warto tu wspomnieć, że Conrad wymienia rów-

niez wśród owych sprzyjających medykalizacji czynników postępującą humanitarnizację życia, która dokonała się w zachodnich społeczeństwach [Conrad 1992: 212]. Uwaga ta prowadzi do jeszcze jednego aspektu wspomnianej wcześniej dialektyki zachodzących zmian. Humanizacja oznaczała w dziedzinie dbałości o zdrowie, między innymi, poszerzanie obszaru życia objętego ochroną medyczną, w efekcie czego życie zostało sukcesywnie zmedykalizowane. Kiedy akcent przesunął się niepostrzeżenie z, wciąż humanitarnego, podnoszenia efektywności działań minimalizujących cierpienie na, już dehumanizujące, profesjonalizację działań i proceduralizację relacji, pożądana pierwotnie ochrona stała się coraz bardziej uciążliwą kontrolą. Jerzy Prokopiuk wyraża opinię, że zjawisko to jest symptomem kryzysu cywilizacji, która zrodziła nowoczesną, zmedykalizowaną praktykę leczniczą [Prokopiuk 2001: 9].

By wszechstronna ochrona zdrowia przybrała postać medykalizacji potrzebna była zasadnicza zmiana instytucjonalna, która również przebiegała równolegle do procesu sekularyzacji. Luckmann prezentując szkic degradacji tradycyjnej religii kościelnej, odsłonił tło, na jakim doszło do zmedykalizowania życia. Kościoły pustoszały, bo wartości będące ich podstawą przestały nadawać sens ludzkiemu życiu w jego totalności. Doszło zaś do tego, gdyż industrializacja i urbanizacja, wymuszając tendencję do instytucjonalnej specjalizacji, „uwolniła” normy różnych instytucjonalnych obszarów od wpływu wartości religijnych. Znaczenie tych ostatnich zaczęło więc spadać tym bardziej, im mniej przystawały do działań w zmodernizowanej rzeczywistości. Partykularyzacja norm, które wcześniej miały oddziaływanie totalne, przekładała się na kurczenie się bazy społecznej (czyli wyspecjalizowanych instytucji religijnych) religijnego kosmosu, z którego owe normy pochodziły [Luckmann 1996: 73]⁶. Ten sam proces miał odmienne skutki w przypadku ewolucji miejsca i roli medycyny, a także pojmowania zdrowia.

Medycyna obok innych obszarów przestawała podlegać religijnej kontroli. Rozwijając się wraz całym korpusem nowoczesnej nauki, oferowała coraz bardziej profesjonalne usługi, na które z kolei wzrasta popyt. Dalej zadziałała specjalizacja, splatając działalność medyczną z dziedzinami prawa i ekonomii. Jej baza społeczna rozszerza się więc sukcesywnie. Coraz szersza baza społeczna specjalizującej się efektywnie medycyny, rozszerzała rzeczywistość medycznego kosmosu. Autonomia organizacyjna przechodzi na kolejnym etapie w autono-

⁶ W jednym ze swoich tekstów Jerzy Urban opisywał, nie bez satysfakcji, przykład takiej nieprzystawalności wartości religii kościelnej do wartości nowoczesnego świata świeckiego. Urban pisał mianowicie o polskich imigrantach zarobkowych w Niemczech, którzy, wchodząc w lokalny system podatkowy, „stają się” ateistami, ponieważ w niemieckim systemie deklaracja wyznania oznacza powiększenie podatków o sumę, która zostaje potem przekazana wybranej wspólnocie.

mię etosu, ufundowaną na podstawach bioetyki [Wolniewicz 2001]. W efekcie porządek medyczny nie tylko został wyswobodzony spod presji wartości religijnych, ale w pewnym momencie zajął miejsce religii jako dominująca ideologia i instytucja kontroli społecznej⁷.

Interesującą ilustracją takiej zmiany miejsc zawiera tekst Malcolma Bulla, poświęcony historii medykalizacji amerykańskiego Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego [Bull 1987]. Autor opisuje sukcesywną emancypację instytucji medycznych założonych przez tę grupę wyznaniową spod jej kontroli. Wspólnota prowadziła w ramach swojej działalności misyjnej szereg instytucji, których istota, jak w wypadku szpitali czy szkół medycznych, była zasadniczo odmienna od religijnej istoty kościoła. Oczywiście wspólnota, jako fundator, miała możliwość określenia formy działalności zgodnej z kanonami wyznawanej wiary. Jednak taka decyzja spowodowałaby odizolowanie owych instytucji od głównego nurtu ich funkcjonowania, w którym działały analogiczne instytucje świeckie. Zarówno kościelne szkoły medyczne jak i szpitale musiały spełniać ogólnie obowiązujące standardy, aby móc utrzymać się na rynku danych usług. Ewolucja amerykańskiej medycyny w stronę korporacyjnego modelu funkcjonowania dodatkowo wzmocniła autonomię jej instytucji.

Przypadek ten jest znaczący również dlatego, że pokazuje ambiwalentną relację łączącą medykalizację z przemianami religijności. Sekularyzacja, która demonopolizuje rynek historycznie usytuowanych ofert „oficjalnych” modeli religijnych, tworzy tym samym warunki dla naukowego nadawania znaczeń. Jednocześnie efektywność medykalizacji opiera się sensotwórczym potencjale religijnego procesu transcendentowania biologicznej natury człowieka. Tę ambiwalencję chwytą inny wątek przywołanego wyżej artykułu. Bull opisał starania John Harveya Kellogga, który próbował zreformować w dość radykalny sposób teologiczną myśl Adwentystów Dnia Siódmego, kierując ją w stronę swoistej panteistycznej biolatry. Kellogg sugerował mianowicie, by miast „święcić dzień święty”, poświęcić się (nomen omen) wypełnianiu reguł zdrowia. Bull przywołuje dalej znamienne słowa teologa Kościoła Adwentystów, Jacka Provonshy, który stwierdził: „To że chrześcijańska etyka staje się etyką zdrowia nie oznacza, że samo bycie chorym jest grzechem. Może jednak oznaczać, że grzechem jest doprowadzenie się do choroby [dokładniej zaś – dopuszczenie do stanu choro-

⁷ Jako przykład takiej kontroli Conrad przywołuje zjawisko anoreksji, które w opinii cytowanego przez niego historyka stanowi typ zsekularyzowanego zbawienia, świecki rodzaj poświęcenia, perfekcjonizmu w dążeniu do osiągnięcia idealnego cielesnego, w przeciwieństwie do dążeń zmierzających do osiągnięcia duchowego ładu. [Conrad 1992: 214].

bowego, który nie musiał wystąpić. Innymi słowy, grzechem jest zaniedbać zdrowia. – R.M.]”⁸ [Tamże: 17, 19]. Te słowa wskazują, że dbałość o owo zdrowotne optimum zyskuje „realność”, która wcześniej przysługiwała religijnej dewocji zorientowanej na potwierdzanie zbawienia [Por. Berger 2005: 181].

RELIGIJNE IDIOMY MEDYCYNY ALTERNATYWNEJ

Określenie, czym jest zdrowie, pociąga za sobą, jak zaznaczyliśmy na samym początku, konieczność usytuowania owej kategorii w jakimś systemie ideologicznym. Przyjmując potrzebę odwołania się do pojęcia ideologii, idziemy śladem autorów *Rytualnego chaosu*, którzy, mówiąc o ideologiach politycznych, traktują je nie jako jednoznacznie określone doktryny, lecz „względnie płynne zasoby interpretacji, czyli dostarczone przez kulturę repertuary kategoryzacji, symboli i argumentacji, które uzyskują konkretny sens tylko wówczas, gdy zostają w określonej sytuacji zastosowane (»uruchomione«) oraz odpowiednio dopasowane do sytuacji” [Czyżewski, Kowalski, Piotrowski 1997: 25]. W naszym wypadku wyróżniamy dwa takie ideologiczne, symboliczne układy odniesienia: religijną perspektywę holistycznego ujmowania życia ludzkiego i zdrowia oraz medyczną perspektywę redukcjonistycznego ujmowania tych kategorii.

Uchwycona przez Maxa Webera zależność, między zmianami w dziedzinie religii a kształtowaniem się etyki gospodarczej, miała swoje dalekosiężne i trwałe następstwa wykraczające poza domenę ekonomii. Da się wykazać, że owe następstwa odcisnęły swoje piętno także na sferze medycyny. Dlatego refleksja autora *Etyki protestanckiej i ducha kapitalizmu* poświęcona analizie etyki gospodarczej religii światowych, rejestrując szereg czynników sekularyzacji, podsuwa schemat lokalizowania idiomów medykalizacji. Jednocześnie, dzięki temu, że Weber skonstruował etykę protestancką z etykami innych religii światowych, schemat ten pozwala również identyfikować idiomy demedykalizacji. Pewne charakterystyczne idiomy orientacji życia typu konfucjańskiego będą dalej służyć opisowi demedykalizującego potencjału tzw. medycyny alternatywnej (inaczej: niekonwencjonalnej). Z kolei typ orientacji racjonalizującej świat w akcie jego ascetycznego odrzucenia będzie służyć opisowi medykalizującego potencjału i ograniczeń medycyny konwencjonalnej.

⁸ W oryginalnej wypowiedzi Provonshy brzmiała: „A Christian ethic becomes an ethics of health... That does not mean that it is a sin to be sick; but it could mean that it would be a sin to be sicker than you need to be”.

Etyka tego, co Weber nazywał „czarodziejskim ogrodem”, była zorientowana na bezwzględna afirmację świata i dostosowanie się do niego [Weber 2006: 185]. Wynika to z przekonania, że sam świat jest uporządkowany i skończony, a więc nie wymaga zmiany. Innowacje są czymś groźnym, bo stwarzają zagrożenie „wzburzenia duchów” [Weber 2006: 163]. Życia ludzkie, nie zintegrowane przez czynnik, jakim w kulturze Zachodu stało się pojęcie osobowości, było jedynie serią zdarzeń. Człowiek nie jest więc autonomiczną jednostką. Racjonalizm, który nim kieruje, jest racjonalizmem porządku, ale porządku zewnętrznego wobec jednostki, który ją przenika, choć z niej wypływa. Weber przywołał tu znamienne słowa Cheng Ki Tonga: „lepiej żyć jak pies w czas pokoju, niż jako człowiek pośród anarchii” [Weber 2006: 144]⁹. To nastawienie implikowało holistyczne podejście do rzeczywistości. Dlatego „człowiek optymalnie dostosowany, w swym sposobie życia zracjonalizowany jedynie na miarę potrzeb owego dostosowania się, nie jest wszakże systematyczną jednością, lecz kombinacją pojedynczych użytecznych cech” [Weber 2006: 189]. Jest częścią większej kosmicznej całości. Stąd też nacisk na umiar i zrównoważenie, z drugiej zaś strony na tłumienie namiętności, które „w każdej postaci, także radości, zakłócają równowagę duszy i jej harmonię: fundament wszelkiego dobra” [Weber 2006: 135]. Wszystkie wskazane zabiegi miały na celu osiągnięcie stanu harmonii – zestrojenia ze sobą i ze społeczeństwem, i jako takie były działaniami na rzecz zachowania porządku społecznego, stanowiącego jedynie szczególny przypadek porządku kosmicznego. I odwrotnie – równowagę duchową, obok pokoju w państwie, można było osiągnąć wyłącznie przez włączanie się w ów harmonijny sam w sobie kosmos. „Zło absolutne” nie istniało, a jedynie „błędy” [Weber 2006: 132–133, 135]. W praktyce leczenia główne role odgrywają magiczne techniki terapeutyczne, oparte na założeniu podstawowej relacji między kosmosem i mikrokosmosem, żywiołami, porami roku, smakami. Dużą wagę wydawało się mieć – z punktu widzenia akceptowalnego dla tej orientacji przedłużania sobie życia – przede wszystkim „oszczędne i racjonalne obchodzenie się z najbardziej widocznym nośnikiem życia – oddechem”. Stąd też „technika oddychania, mająca na celu «gromadzenie» w ciele oddechu jako nośnika [owego] życia [...], a wraz z nią odpowiednia gimnastyka, stosowana była nadal jako metoda leczenia”. Tu znów odrzucano „namiętności jako zagrożenie dla prawidłowego oddechu” [Weber 2006: 149, 162]. Wreszcie wiara w związek choroby z boskim gniewem zawinionym przez samego człowieka miała swoje implikacje diagnostyczne. Sytuowanie

⁹ Weber odnotowuje, że „tao”, kategoria konstytutywna również dla konfucjanistów, to wieczny porządek kosmosu, a zarazem jego bieg [Weber 2006: 151].

winy w chorym sprzyjało tłumieniu wszelkich przejawów współczucia z cierpiącymi. Nie istniała więc wspólnota cierpienia, która pozwoliłaby na zobiektywizowanie w języku różnorodności jego przejawów, które są dziś dla badającego symptomem pozwalającym jeżeli nie identyfikować rodzaj dolegliwości, to co najmniej niuansować jej obraz. W przeciwieństwie do tego w diagnostyce starano się przypisać chorobę rodzajowi gniewu (piętnowanej silnej namiętności), który zaburzał równowagę duszy [Weber 2006: 187–188].

Podsumowując wątek, można powiedzieć, że świat „zaczarowanego ogrodu” jest tak dobry, że w swej ontycznej dobroci, w naturalny sposób staje się wrogiem każdego świata potencjalnie lepszego. Koncepcja bricolage’u, stworzona przez Claude’a Lévi-Straussa, dobrze obrazuje specyfikę bariery rozwojowej, jaką tworzy taka rzeczywistość. Światem nieodczarowanym, podobnie jak światem narzędzi bricoleura, rządzi magia, która postuluje przyczynowość ogólną i integralną. Choć dzięki temu możliwe są operacje łączące ze sobą zjawiska z poziomów różnicowanych przez naukę, to w efekcie nie ma możliwości wyjścia poza ten holistyczny układ. Technika pozostaje w nim „wysublimowaną, ale bezpłodną empirią” [Weber 2006: 131]. Początkowa rozległość materiału zostaje radykalnie ograniczona przez celowość przedmiotów. Również zmiana, jeżeli zachodzi, ma charakter celowy, jest swoistą grą według wcześniej ustalonych i niezmiennych reguł [Lévi-Strauss 1969: 30–39]. Ograniczenia możliwości wypracowania nowej perspektywy wynikają więc z tabuizowania perspektywy w ogóle. Jak ważna jest zmiana paradygmatu, pokazują opisane przez Ludwika Flecka losy pojęcia kiły [Fleck 2006].

HOLIZM MEDYCyny ALTERNATYWNEJ KONTRA REDUKCJONIZM MEDYCyny KONWENCJONALNEJ

W przypadku problematyki zdrowia język stabilizuje „naturalną” światopoglądową logikę i taksonomię, która ma charakter sejentystyczny [por. Luckmann 1996: 90–91; Berger 2005: 50–51]. To, co zasadniczo rozróżnia obie perspektywy, to asymetria ich usytuowania względem owej dominującej logiki światopoglądowej. Mamy to do czynienia z sytuacją analogiczną do tej, jaką Sergiusz Kowalski uchwycił w analizie głosów „ustrojowego optymizmu” i „ustrojowego pesymizmu” [Kowalski 2010]. Współistnienie w sferze publicznej perspektywy holistycznej i redukcjonistycznej jest tym samym rodzajem paradoksu, którym jest „kohabitacja w prawomocnym obszarze dyskursu publicznego dwóch dyskwalifikujących się nawzajem perspektyw, z których jednak, co istotniejsze,

dyskwalifikuje także sam ład, z którego dobrodziejstw korzysta (po to m.in., żeby go dyskwalifikować)” [Kowalski 2010: 47]. Perspektywa redukcjonistyczna, ze względu na swoje strukturalne usytuowanie wykazuje podobieństwo do głosu „ustrojowego optymizmu”, zaś perspektywa holistyczna zajmuje miejsce zbliżone do tego, z którego wydobywa się głos „ustrojowego pesymizmu”. Dla porządku rzeczy należy wszakże zastrzec, że podobieństwa te są jedynie częściowe.

O ile bowiem przestrzeń debaty publicznej, jako miejsce względnie równorzędnej konfrontacji ścierających się ze sobą poglądów, upodabnia oba przykłady sporu, o tyle w przypadku konfliktu między perspektywą redukcjonistyczną a holistyczną istnieje arena debaty ściśle specjalistycznej, na której potencjalne spory mogą być toczone wyłącznie według reguł stanowiących integralny element jednej z nich – mianowicie perspektywy redukcjonistycznej. W głównym, merytorycznym nurcie specjalistycznej debaty mogą zatem uczestniczyć, w sposób kompetentny, jedynie przedstawiciele zawodów medycznych, którzy przy okazji mogą prezentować różne poglądy na alternatywne metody leczenia. Ewentualne uczestnictwo przedstawicieli perspektywy religijnej możliwe jest jedynie w przypadku tych kwestii, które zahaczają o problemy etyczne. Stąd też krytyka redukcjonistycznego punktu widzenia z perspektywy holistycznej nie przybiera, przynajmniej otwarcie, form tak radykalnych jak to ma miejsce w przypadku krytyki „ustrojowego optymizmu” z punktu widzenia „ustrojowego pesymizmu”. Nastawienie „holistów” wobec „redukcjonistów” cechuje ambiwalencja. Totalna krytyka oznaczałaby w istocie zakwestionowanie prawomocności samego języka, czyli pozbawienie się głosu, gdyż w przypadku problematyki zdrowia tylko wypowiedzi w kategoriach scjentystycznych, związanych z perspektywą redukcjonistyczną, mają sens. Próba wypowiedzi w kategoriach holistycznych jest, w najlepszym razie, narażona na zbagatelizowanie jako nie wnosząca niczego wartościowego do sprawy. Formuła „według badań”, w różnych wariantach, stała się w dzisiejszym języku debaty publicznej odpowiednikiem religijnej formuły „wola boża”. Dlatego krytyka medykalizacji życia przebiega dwutorowo, pozwalając na stworzenie rysu holistycznej kosmologii.

Pierwszy kierunek wyznacza krytyka „cudotwórczego” potencjału medycyny konwencjonalnej. Wskazuje się więc, że efekty działań medycyny są rozczarowujące, a same działania są zbyt skomplikowane na jednym zadaniu, jakim jest przedłużanie życia, którego w efekcie i tak, mimo olbrzymich nakładów nie daje się osiągnąć. W tekście opublikowanym na stronie internetowej Świadków Jehowy czytamy: „PONAD 2700 lat temu pewien prorok zapowiedział, że w przyszłości znikną wszelkie choroby. [...] Czy te zapowiedzi na pewno się ziszczą? Czy doczekamy czasów, gdy rodzaj ludzki będzie się cieszyć czerstwym zdrowiem

i znikną wszystkie choroby? Oczywiście już dzisiaj sporo mieszkańców ziemi ma się pod tym względem lepiej niż wcześniejsze pokolenia. Ale lepsze zdrowie nie oznacza jeszcze całkowitego zdrowia. Choroby wciąż zbierają żniwo” [http://www.watchtower.org/p/200701/article_01.htm, dostęp: 19.12.2011].

Wszystko to wiąże się z dodatkowym kosztem jakim jest odpodmiotowanie osób poddawanych procedurom medycznym. W informacji zamieszczonej na stronie Chrześcijańskiej Służby Charytatywnej¹⁰ (dalej ChSch), pod odsyłaczem „Pomoc zdrowotna” czytamy: „Niewydolność medycyny naprawczej (interwencji lekarskiej i leczenia farmaceutycznego), dbałość nie tylko o długowieczność, ale i o jakość życia sprawiają, że coraz więcej osób rezygnuje z roli biernego konsumenta oferowanych usług medycznych i podejmuje świadome wysiłki w celu ochrony własnego zdrowia” [<http://www.zdrowie.chsch.pl/>. Dostęp: 20.12.2011].

Działania medycyny są nie tylko rozczarowujące, ale potencjalnie groźne, gdyż otwartość tego systemu prowadzi do powstawania negatywnych skutków ubocznych. Przykładem takich problemów są prace nad żywnością modyfikowaną genetycznie. W artykule, o niepokojącym tytule *Karma Frankensteina*, autorka cytuje: „«Szkodliwe wpływy inżynierii genetycznej nie mogą być przewidziane ani skontrolowane» – ocenia Fagan. Zgadza się z nim Sue Meyer, szefowa niezależnej grupy naukowej Genewatch: «Modyfikacje genetyczne wcale nie są precyzyjnym, czystym procesem. Są wręcz niechlujne. Naukowcy nie są w stanie kontrolować ilości wprowadzanych genów, kolejności wprowadzania ich do DNA ani tego, gdzie się znajdują»” [<http://znakiczasu.pl/o-tym-sie-mo-wi/219-karma-frankensteina>, dostęp: 18.12.2011]. Warto tu odnotować, że oba przywołane w cytowanym fragmencie krytyczne głosy należą do naukowców, dzięki czemu zyskują legitymizację. Nie mniej ważna jest również pozytywna ocena ich „niezależności”. Kolejny przykład odnosi się do niebezpieczeństwa, jakie niesie ze sobą nanotechnologia. W tekście poświęconym tematowi szczepień czytamy: „Nanocząstki są tak małe, że przenikają właściwie wszystkie struktury komórkowe – przedostają się do jądra komórkowego i do materiału genetycznego. Badania naukowe dowiodły, że nanocząstki stosowane w medycynie mogą niszczyć DNA i powodować mutacje, których skutkiem będzie cały szereg chorób, na przykład choroby degeneracyjne albo nowotworowe. Albo inne nieznanne nam schorzenia, niewystępujące w sposób naturalny, bo nanocząstki są sztucznie stworzone” [<http://znakiczasu.pl/wywiad/157-szczepionki-ukrywane-fakty>, dostęp: 18.12.2011]. W obu przytoczonych przykładach źródłem niebezpieczeństwa jest w istocie wysoce innowacyjna technologia. Innowacyjność może stworzyć

¹⁰ ChSch jest organizacją humanitarną związaną z Kościołem Adwentystów Dnia Siódmego.

tylko rzeczy nienaturalne, modyfikowane, co dodatkowo obniża wartość tych rozwiązań jako środków w procesie leczenia człowieka.

Niedoskonałość procedur medycznych ma głębokie antropologiczne przyczyny. Człowiek, który je tworzy i posługuje się nimi jest niedoskonały w ogóle, zaś w człowieku współczesnym ta „skaza” jest wyraźniejsza. Profesor Majewska, indagowana w cytowanym wyżej wywiadzie informuje: „Kombinacja szczepionek i konsekwencje tych kombinacji są nieznane i mogą być groźne. Liczba powikłań i zgonów poszczepiennych niemowląt w Polsce jest nieznana, bo tych zdarzeń się nie rejestruje. Polscy lekarze szczepiący oraz sanepid notorycznie odmawiają rejestracji ewidentnych przypadków powikłań poszczepiennych. W rezultacie Polska raportuje do Światowej Organizacji Zdrowia zero przypadków takich powikłań, podczas gdy inne kraje europejskie raportują tysiące” [tamże]. Obok zwykłej słabości coraz częściej pojawiają się cynizm i wyrachowanie, czemu sprzyja zdehumanizowany świat nowoczesnej nauki. Majewska sugeruje jakie mogą być „prawdziwe źródła” epidemii świńskiej grypy: „Wydaje się, że obecny szczep grypy A/H1N1 pojawił się nagle, choć inne podobne szczepy są endemiczne dla ludzkich populacji. Istnieją przypuszczenia, a pochodzą one od naukowców, że wirus mógł zostać sztucznie stworzony w laboratoriach. I nie są to podejrzenia do zignorowania. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Amerykańskie Centrum Kontroli Chorób Zakaźnych (CDC), zaczęły mówić o pandemii już w marcu, kwietniu, gdy pojawiły pierwsze zachorowania i praktycznie nic nie wiadomo było jeszcze o tej chorobie. CDC przyznało się też do tego, że jego naukowcy odtworzyli wirusa hiszpanki – grypy, która zabiła w roku 1918 podobno około 50 milionów ludzi. Dlaczego to zrobili, pozostaje znakiem zapytania” [tamże]. Stopień bezmyślności i cynizmu mainstreamu środowiska lekarskiego osiągają taki poziom, że uderzają rykoszetem w samych lekarzy. W artykule pod wieloznacznym tytułem „Martwi lekarze nie kłamią” znajdujemy następujące rady, odkrywające sekrety długowieczności: „Jeśli chcecie dożyć 120 lat, musicie zrobić tylko dwie rzeczy [...]. Po pierwsze nie ulec wypadkowi, unikać picia i palenia, rosyjskiej ruletki i *lekarzy* [wyróżnienie moje – R.M.], po drugie zażywać witaminy i minerały”. Skąd tak radykalny postulat? Wyjaśnienie pojawia się dalej. „W przytoczonym przez Wallacha raporcie stwierdzono, że «300 tysięcy ludzi rocznie było zabijanych w szpitalach amerykańskich z powodu złe wykonywanej pracy lekarzy». Jeśli Amerykanie używają słowa «zabijani», to rozumieją je dosłownie – tłumaczy Wallach. Chodzi na przykład o sytuacje, gdy lekarz pomylił przecinki, zaordynował złe lekarstwo czy postawił złą diagnozę” [<http://znakiczasu.pl/szlachetne-zdrowie/165-martwi-lekarze-nie-kami>, dostęp: 18.12.2011].

Taka sytuacja nie budzi zresztą zdziwienia, ponieważ rozwiązanie wskazanych problemów leży poza zasięgiem ludzkich możliwości. W tekście pt. *Już wkrótce nie będzie chorób!* anonimowy autor wyjaśnia: „Nauka osiąga znaczące sukcesy w zwalczaniu chorób. Ale ich przyczyna jest zbyt skomplikowana, by naukowcom udało się je całkowicie wyeliminować. Dla wnikliwych czytelników Biblii nie jest to żadnym zaskoczeniem, gdyż znają oni natchnione słowa Boga: «Nie pokładajcie ufności w dostojnikach ani w synu ziemskiego człowieka, do którego nie należy wybawienie» (Psalm 146: 3)” [http://www.watchtower.org/p/200701/article_03.htm, dostęp: 19.12.2011]. Jednak rozbrat między religijną perspektywą widzenia zdrowia a punktem widzenia medycyny konwencjonalnej nie jest całkowity. W artykule pt. *Religia a zdrowie* autor pisze: „Choć jako chrześcijanie jesteśmy na tej ziemi pielgrzymami, jest wiele rad zdrowotnych, które przyjmujemy, aby uczynić nasze życie nieco łatwiejszym, bardziej efektywnym i mniej uciążliwym. Począwszy od wyboru odżywiania aż po wybór Boga, któremu ufamy, wszystko jest ważne” [<http://znakiczasu.pl/szlachetne-zdrowie/225-religia-a-zdrowie>, dostęp: 18.12.2011].

Drugi kierunek, kształtujący nastawienie perspektywy religijnej do świata medycyny konwencjonalnej, to próba odwojowania rangi religijnego punktu widzenia poprzez wskazywanie podobieństw występujących między nauką a religią. Różne aspekty standardów świata nauki wyznaczają ramy w pełni wartościowego mówienia o rzeczywistości. Stąd tak wysoką rangę posiadają wszelkie oznaki unaukowienia takie jak tytuły naukowe i formalne związki z instytucjami, które mają status naukowy. Klarownie pokazuje to nota przedstawiająca rozmówczynię w wywiadzie poruszającym temat szczepionek. Dowiadujemy się z niej co następuje: „Rozmowa z profesorem nauk medycznych Marią Dorotą Majewską, biochemikiem i neurobiologiem, która przez ponad 25 lat pracowała w USA w różnych instytucjach naukowych, m.in. w Uniwersytecie Harvarda oraz w Narodowym Instytucie Zdrowia. W latach 2006–2009 pracowała jako wizytujący profesor, kierownik katedry Marii Curie Unii Europejskiej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, kierując sponsorowanym przez UE projektem badawczym, w którym badane były powiązania między autyzmem a dodawanym do szczepionek związkiem rtęci – thimerosalem” [<http://znakiczasu.pl/wywiad/157-szczepionki-ukrywane-fakty>, dostęp: 18.12.2011]. Powyższa prezentacja jest ciągiem oznak konotujących niezwykle wysoką wartość wypowiedzianych opinii¹¹.

¹¹ Mamy tu więc: prestiżowy tytuł profesora, dwa wymagające fakultety, 25-letni staż, w USA – kraju wiodącym w badaniach, mówiąc metaforycznie – Mekce naukowców z całego świata, Ha-

Teksty „holistów” koncentrują się na zgodnym ze standardami naukowego dyskursu wskazywaniu fałszywości powszechnego obrazu religii jako instytucji z istoty konserwatywnej, propagującej wsteczność, głównego hamulca postępu. W tych enuncjacjach właśnie nauka pojawia się jako instytucja, która posługuje się stereotypami zaciemniającymi fakty. Ponadto odsłaniane są metafizyczne fundamenty gmachu nowoczesnej wiedzy naukowej. W tekście pt. *Kiedy nauka odrzuciła Boga* autor przypomina: „Prawie wszyscy główni przedstawiciele nowożytnej nauki, tacy jak Kepler, Galileusz, Newton, Pascal, gorąco wierzyli w Boga i Biblię. W swoich publikacjach często odwoływali się do Boga i Jego działania w przyrodzie. Nie widzieli konfliktu między wiarą a nauką, ponieważ wierzyli, że to Bóg stworzył prawa natury, które oni tylko naukowo badają” [<http://znakiczasu.pl/punkt-widzenia/168-kiedy-nauka-odrzucia-boga>, dostęp: 18.12.2011]. Wspólne metafizyczne korzenie owocują podobieństwem przeszkód, na które natykają się w swym działaniu poznanie naukowe i poznanie religijne. Taką przeszkodą jest problem paradoksów, z którymi musi się zmagać nie tylko religia, ale również nauka. W tekście pt. *Kot Schrödingera. Prosty bożek czy Bóg paradoksu?* anonimowy autor pokazuje na przykładzie tytułowego eksperymentu myślowego Erwina Schrödingera z kotem, że nauka musi rozstrzygać kwestie nie mniej zawiślane od tych, którymi zajmuje się religia. Czytamy tam: „Tak. Paradoksów wspomnianych wyżej i innych nie da się z Biblii usunąć, gdyż trzeba by było usunąć całą Biblię. [...] W latach 30. XX wieku wobec podobnych paradoksów związanych z następstwem czasu, wyprzedzaniem przyczyny przez skutek, napięciem między wolną wolą a prawami fizyki stanął austriacki uczonec, filozof i fizyk kwantowy – Erwin Schrödinger. Nie poszukiwał co prawda odpowiedzi na postawione wcześniej pytania nurtujące chrześcijan, ale na pytania bardzo podobne. Starł się zrozumieć i zobrazować rozbieżności między codziennym, tzw. naiwnie realistycznym postrzeganiem świata a tym, które odsłaniała przed nim burzliwie rozwijająca się fizyka kwantowa” [<http://znakiczasu.pl/miedzy-nauka-a-wiara/113-kot-schroedingera-prosty-bozek-czy-bog-paradoksu>, dostęp: 18.12.11]. Taka sytuacja oznacza, że odpowiedzi udzielane przez naukę w tradycyjny dla jej nowoczesnego etapu sposób są nie tylko niepełne, ale nieadekwatne. W przeciwieństwie do myśli religijnej nauka nie może zamknąć żadnej kwestii odwołaniem się do dogmatu. Dlatego nowoczesna nauka powinna wrócić do źródeł i do „otwartości z czasów, kiedy pionierzy nowożytnej nauki dopuszczali

rward – najlepszą uczelnią na świecie, wreszcie na końcu, choć na bez znaczenia, pracę na polskiej uczelni – znajomość lokalnych warunków.

ideę Boga w naukowej interpretacji przyrody” [<http://znakczasu.pl/punkt-wiznienia/168-kiedy-nauka-odrzucia-boga>, dostęp: 18.12.2011].

Pozostaje wreszcie jeszcze zasygnalizowanie problemu znaczenia miejsca, w jakim przeciwstawne stanowiska światopoglądowe są konfrontowane, a mianowicie sfery publicznej. Wiąże się on, w przypadku zderzenia racji stojących za stosowaniem medycyny konwencjonalnej z tymi, które optują za medycyną alternatywną, z zamianą sposobów prezentowania całej argumentacji. Jak zauważyli autorzy *Rytualnego chaosu*, w przypadku analogicznego sporu, który odbywa się w debacie politycznej na forum publicznym, dyskutanci dużą część swojej uwagi skoncentrowali na wykreowaniu „inscenizacji” o wysokim poziomie dramatyzmu, która w swym oddaleniu od pragmatyzmu była sporem „bezkonkludownym” [Czyżewski, Kowalski, Piotrowski 1997: 16]. Przykład wypowiedzianych w sferze debaty dotyczącej metod leczenia pokazuje ciekawą odmienność. Reprezentanci stanowiska religijnego starają się unikać języka zbyt emocjonalnego i starają się posługiwać suchymi formułami, odwołującymi się do badań, obserwacji, statystyk. W przeciwieństwie do tego głos medycznego profesjonalisty jest głosem pamfletu, ostrym, nieprzebiegającym w słowach, pełnym ironicznych uwag i złośliwych komentarzy. Styl jego wypowiedzi dobrze ilustrują dwa komentarze autora pod zdjęciami zamieszczonymi w artykule. Pierwszy opatruje zdjęcie zatytułowane *Medycyna alternatywna*. Czytamy w nim: „Fragment internetowej reklamy salonu «medycznego» XXI wieku. Dyrektor salonu jest fanem elektronicznej homeopatii, równoważenia energii komórek, regeneracji w pentagramie, «zappingu» bakterii żerujących w człowieku, harmonizowania meridiany potrójnego ogrzewacza, płukania kiszki stolcowej i kilku innych alternatywnych metod terapii, zgodnych oczywiście z holistycznym paradygmatem leczniczym. W powyższej, jakże trafnie dobranej «super-całościowej» konstelacji zabiegów jedyną niewiadomą są setery irlandzkie¹². Co one tu robią?... Pilnują wyników leczenia?” Z kolei w komentarzu pod zdjęciem prezentującym autora w takcie badania pacjenta czytamy: „Na zdjęciu chłopiec w trakcie wieloetapowego leczenia wrodzonego skrócenia kończyny dolnej (ponad 40 cm). Stosowane wcześniej u tego pacjenta akterantyczne terapie energetyczne XXI wieku nie przyniosły efektu; noga – o dziwo! – nie urosła. Trzeba było zastosować dłuto,

¹² Ponieważ czytelnik nie widzi opisywanego zdjęcia, więc trzeba wyjaśnić, że ostatnia złośliwość w komentarzu odnosi się do graficznego układu omawianej strony internetowej. „Box” zawierający informację o seterach irlandzkich jest zapewne reklamą, która znalazła się na owej stronie obok informacji dotyczących bezpośrednio oferty medycznej.

młotek i aparat Ilizarowa” [<http://www.gazetalekarska.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2004/n200405/n20040510>, dostęp: 21.12.2011].

Można powiedzieć, że oba rodzaje wypowiedzi są zgodne z istotą stojących za nimi perspektyw. „Holiści” stosują komunikacyjną „homeopatię” – medycyna, która w dużych dawkach (zawierających scjentystyczną ideologię) jest szkodliwa, w małych i rozcieńczonych (kiedy pozostaje jedynie retoryka bazująca na żargonie naukowym, medycznym) może służyć „uzdrowianiu”, czyli wyprowadzaniu ze stanu fałszywej świadomości poprzez informowanie o ograniczeniach medycyny, jako segmentu nauki, oraz o nieprzewidywalnych, negatywnych efektach zmedykalizowania życia. „Redukcyjniści”, dosłownie i w przenośni, redukują problem metod alternatywnych do absurdu.

Zasadniczy paradoks, który ukazuje konfrontacja dwóch perspektyw kształtujących patrzeć na zdrowie, polega na tym, że choć magiczno-religijne techniki uzdrawiania były – oczywiście, gdy przyjmiemy dzisiejszy punkt widzenia przeciętnego człowieka – skrajnie nieefektywne, to jednak, poprzez swą substancjalność i teleologię, oferowały czytelny plan i precyzyjną instrukcję jego czytania, umożliwiające w konsekwencji faktyczne osiągnięcie upragnionego celu – uzdrowienia (ustanowienia harmonii lub zbawienia). W przeciwieństwie do nich, konwencjonalne metody nowoczesnej medycyny, sformalizowane i wyjęte z celowościowego układu odniesienia, nie są w stanie osiągnąć tego rodzaju efektywności. Słabość metod konwencjonalnych dobrze pokazuje problematyka profilaktyki. Ponieważ u podstaw efektywności działań profilaktycznych musi leżeć pewien rodzaj samodyscypliny, potrzebny jest bodziec na tyle silny, by ją wywołać, a następnie utrzymać. Nauka nie jest w stanie dać wiarygodnej odpowiedzi na fundamentalne pytanie „dlaczego”, religia – tak, gdyż wciąż łączy działanie prozdrowotne ze zobowiązaniem moralnym, przekraczającym wagą celowanie w optimum dostosowania.

BIBLIOGRAFIA

- Berger P.L. [2005], *Święty baldachim. Elementy socjologicznej teorii religii*, przeł. W. Kurdziel, Kraków: Nomos.
- Bull M. [1987], *The Medicalization of Adventism*, „Spectrum”, Vol. 18, Issue 3.
- Bull M. [1990], *Secularization and Medicalization*, „The British Journal of Sociology”, Vol. 41, No. 2.
- Conrad P. [1992], *Medicalization and social control*, „Annual Review of Sociology”, Vol. 18.
- Conrad P. [2005], *The Shifting Engines of Medicalization*, „Journal of Health and Social Behavior”, Vol. 46, Issue 1.

- Conrad P., Schneider J.W. [1995], *Medicine as an Institution of Social Control: Consequences for Society*, [w:] Herman N. J. (ed.), *Deviance: a symbolic interactionist approach*, Dix Hills, N.Y.: General Hall
- Czyżewski M., Kowalski S., Piotrowski A. [1997], *Rytualny chaos. Studium dyskursu publicznego*, Kraków: Aureus.
- Digler H. [2009], *Doing Better? Religion, the Virtue-Ethics of Development, and the Fragmentation of Health Politics in Tanzania*, "Africa Today", Vol. 56, Issue 1.
- Fleck L. [2006], *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, [w:] L. Fleck, *Psychosocjologia poznania naukowego. Powstanie i rozwój faktu naukowego oraz inne pisma z filozofii poznania*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Jütte R. [2001], *Historia medycyny alternatywnej. Od magii do naturalnych metod leczenia*, przeł. K. Jachimczak, E. Ptaszyńska-Sadowska, Warszawa: W.A.B.
- Kowalski S. [2010], *Konstrukcja i dekonstrukcja III RP. Symetrie i asymetrie*, [w:] M. Czyżewski, S. Kowalski, T. Tabako, *Retoryka i polityka. Dwudziestolecie polskiej transformacji*, Warszawa: WAiP.
- Krause N., Wulff K.M. [2004], *Religious Doubt and Health: Exploring the Potential Dark Side of Religion*, "Sociology of Religion", Vol. 65, Issue 1.
- Lévi-Strauss C. [1969], *Myśl nieoswojona*, przeł. A. Zajączkowski, Warszawa: PWN.
- Luckmann T. [1996], *Niewidzialna religia. Problem religii we współczesnym społeczeństwie*, przeł. L. Bluszcz, Kraków: Nomos.
- Lujan J., Campbell H.B. [2006], *The Role of Religion on the Health Practices of Mexican Americans*, "Journal of Religion and Health", Vol. 45, No. 2.
- Mannheim K. [1986], *Myśl konserwatywna*, przeł. S. Malaga, Warszawa: Kolegium Otryckie.
- Mannheim K. [2008], *Ideologia i utopia*, przeł. J. Miziński, Warszawa: Aletheia.
- Nath J. [2010], 'God is a vegetarian': *The food, health and bio-spirituality of Hare Krishna, Buddhist and Seventh-Day Adventist, devotees*, "Health Sociology Review", Vol. 19, No. 3.
- Prokopiuk J. [2001], *Przedmowa do wydania polskiego. Medycyna alternatywna: renesans świętej medycyny?*, [w:] R. Jütte, *Historia medycyny alternatywnej. Od magii do naturalnych metod leczenia*, przeł. K. Jachimczak, E. Ptaszyńska-Sadowska, Warszawa: W.A.B.
- Weber M. [2006], *Socjologia religii. Dzieła zebrane. Etyka gospodarcza religii światowych*, przeł. T. Zatorski, G. Sowiński, D. Motak, Kraków: Nomos.
- Weber M. [2010], *Etyka protestancka i duch kapitalizmu. Protestanckie „sekty” a duch kapitalizmu*, przeł. B. Baran, P. Miziński, Warszawa: Aletheia.
- Wieczorkowska M. [2008], *Świat jako klinika. Medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Łódź: Uniwersytet Medyczny.
- Wolniewicz B. [2001], *O tzw. bioetyce*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, V, Suplement I do nr 1.
- Zola I.K. [1972], *Medicine as an Institution of Social Control*, "The Sociological Review", Vol. 20, Issue 4.

Źródła internetowe

- Bonnefoy J. et al., *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*, Novber 2007. http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf [dostęp 20.12.2011].

„Gazeta Lekarska”, <http://www.gazetalekarska.pl/xml/nil/gazeta/numery> [dostęp 21.12.2011].
Watchtower. Oficjalna strona internetowa Świadców Jehowy, Kategoria: „Zdrowie, medycyna i krew”, <http://www.watchtower.org/p/archives/index.htm#medical> [dostęp 19.12.2011].
„Znaki czasu”, <http://znakiczasu.pl/> [dostęp 18.12.2011].

Rafał Mielczarek

THE CONTRAST BETWEEN RELIGIOUS PERSPECTIVE OF ALTERNATIVE MEDICINE AND MEDICALIZATION OF LIFE

Abstract

The article is an attempt at describing the role of religious factors in defining health categories. These factors have again become a significant element of contemporary reflection on the quality of human life. The text refers to a number of arguments for such a direction of this analysis. First, there is a Weberian trail that leads the reflection through the relation between religious ethics and the economic system to the relation between ethics of that kind and actions in the domain of health care. Regarding Max Weber's analysis of Confucian ethics one can discover certain similarities to that religious system which occur in the ideological plane of so-called alternative medicine. On the other hand, one can spot an analogous situation in the case of conventional medicine. Finally, the perspective of the sociology of knowledge offers theoretical instruments which allow one to capture religious idioms present in selected public statements on the health issue.

Key words: religion, health, medicalization, secularization.

KRZYSZTOF ROSA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

(NIE)WIARYGODNOŚĆ DANYCH STATYSTYCZNYCH DOTYCZĄCYCH ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH. PERSPEKTYWA TEORETYCZNA I PRAKTYKA SPOŁECZNA

Streszczenie

Wiarygodne dane statystyczne na temat różnych aspektów zachowań samobójczych (m.in. skali, struktury) są istotnym elementem społecznej diagnozy zjawiska oraz niezbędnym warunkiem do sprawowania, przynajmniej w ograniczonym zakresie, jego kontroli. W odniesieniu do zachowań samobójczych, podobnie jak i w przypadku, innych zjawisk dezorganizacji społecznej, (np. przemocy w rodzinie, bullyingu, prostytucji, korupcji, zaburzeń psychicznych), wiarygodność oficjalnych statystyk budzi poważne wątpliwości.

W tekście, w oparciu o teoretyczne i metodologiczne założenia badania wskaźników zarejestrowanych zachowań dewiacyjnych proponowane przez J. Kitsusego i A. Cicourela, zostanie przedstawiona krytyczna analiza wiarygodności danych na temat samobójstw w Polsce, dostępnych w oficjalnie publikowanych statystykach. Zostały omówione następujące zagadnienia: źródła danych na temat zachowań samobójczych, błędy występujące w publikowanych danych (odnoszące się przede wszystkim do skali zjawiska), przyczyny występowania takiego stanu rzeczy oraz postulaty zmierzające do zwiększenia poprawności zbierania danych.

Słowa kluczowe: zachowania samobójcze, dokumenty urzędowe, wiarygodność danych.

* Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: ksor8@wp.pl

WPROWADZENIE

Dokumenty urzędowe stanowią jedno ze źródeł informacji o różnych aspektach życia społecznego. Pomimo istniejącego wśród socjologów przekonania, że są podstawowym i wartościowym zasobem danych, ich faktyczne wykorzystanie w socjologii jest rzadsze niż można byłoby oczekiwać [Sulek 2002: 103]. Jedną z istotnych przyczyn takiego stanu rzeczy jest problem stosunkowo niskiej ich wiarygodności i rzetelności, zwłaszcza w odniesieniu do tych zjawisk społecznych, które są trudne do badania, na przykład ze względu na ograniczony do nich dostęp lub stanowią społeczne tabu. Inny powód, to fakt, że dokumenty urzędowe nie są dostosowane do celów analizy naukowej.

Problem rzetelności i wiarygodności jest szczególnie istotny, gdy dokumenty urzędowe mają być wykorzystane do analiz zjawisk i zachowań z obszaru szeroko rozumianej dezorganizacji czy dewiacji społecznej. Próba precyzyjnego określenia np. skali rozpowszechniania w populacji ogólnopolskiej takich zachowań jak: korupcja, bullying, aborcja, różne kategorii przestępczości (np. gwałty, kradzieże dzieł sztuki u prywatnych kolekcjonerów), czy występowania zaburzeń i chorób psychicznych, w oparciu o analizę danych znajdujących się w dokumentach urzędowych, jest zabiegiem z góry skazanym na porażkę. Podobny problem dotyczy zachowań samobójczych.

Artykuł omawia problem wykorzystania dokumentów urzędowych do analizy zjawiska samobójstw dokonanych i prób samobójczych. Tekst ma trzy cele. Po pierwsze, przedstawienie źródeł danych, w tym danych urzędowych, jakie są gromadzone w Polsce na temat zachowań samobójczych. Po drugie, dokonanie krytycznej analizy rzetelności danych urzędowych i ukazanie przyczyn występowania błędów, po trzecie, zaproponowanie postulatów zmierzających do zwiększenia poprawności zbierania danych dotyczących zachowań samobójczych. W tekście zostanie przedstawiona także krótka charakterystyka dokumentów urzędowych jako źródła danych ze szczególnym uwzględnieniem teoretycznych i metodologicznych dyrektyw Johna Kitsusego i Arona Cicourela w odniesieniu do analizy zarejestrowanych wskaźników zachowań dewiacyjnych oraz wyniki niektórych krytycznych badań danych urzędowych dotyczących samobójstw. Zostaną także omówione wybrane aspekty zachowań samobójczych (definicje i klasyfikacja, socjologiczne koncepcje samobójstw).

DOKUMENTY URZĘDOWE JAKO ŹRÓDŁO DANYCH

„Dokumenty urzędowe” to termin obejmujący różne materiały, sprawozdania, protokoły, zestawienia liczbowe, wykazy, zapisy, opisy spisy, przepisy wytworzonych przez urzędy, instytucje organizacje. Usystematyzowaną wiedzę na ich temat przedstawia Antoni Sułek [Sułek 2002: 103–162]. Autor wskazuje na różne wymiary ich zróżnicowania, zastosowanie w badaniach społecznych, sposoby interpretacji oraz ograniczenia i trudności w korzystaniu z nich, podnosi także kwestię ich wiarygodności i rzetelności. Wśród najistotniejszych cech tego rodzaju źródła danych wymienia się fakt, że są to dane zastane, badacz nie tworzy ich, znajduje gotowe w różnych instytucjach, które są faktycznymi ich autorami. Po drugie, dokumenty urzędowe można podzielić na pierwotne (bezpośredni zapis faktów, który jest sporządzony przez ich uczestników, świadków) i dokumenty wtórne (opracowane na podstawie relacji świadków i uczestników, lub w wyniku analizy dokumentów pierwotnych). Po trzecie, dane urzędowe są zróżnicowane w wymiarze czasu. Niektóre z nich rejestrują dane zdarzenie w sposób ciągły, inne zapisują wydarzenia w określonym rytmie, ale wszystkie mają dynamiczny charakter. Po czwarte, dokumenty urzędowe mogą być zastosowane do różnych poziomów analizy socjologicznej, do poziomu indywidualnego i grupowego. Po piąte, dane urzędowe są zwykle danymi „obiektywnymi” tzn. dotyczą zachowań, rozpoznawalnych cech, atrybutów tych cech, czasami również dyspozycji, rzadziej stanów świadomości. Po szóste, dane urzędowe mają charakter jakościowy i ilościowy. Po siódme, specyficzną kategorię dokumentów urzędowych są akty normatywne, czyli przepisy prawne, regulaminy, statuty, reguły. Wskazują one normatywne ramy życia społecznego na poziomie instytucji, w których powstają, ale też w szerszym środowisku społecznym.

Dokumenty urzędowe jako źródło informacji są analizowane w trzech płaszczyznach. Pierwszą z nich jest wnioskowanie o faktach, do których się odnoszą, ewentualnie znając empirycznie stwierdzone związki tych faktów z innymi, wnioskuje się także o nowych faktach. Druga płaszczyzna, to treści przemilczane. Brak treści w dokumentach jest podstawą do wysnuwania wniosków o np. niewystępowaniu danego zjawiska, jego spowszechnieniu w takim stopniu, że przestało zwracać uwagę, czy też istnieniu negatywnych lub wstydlivych dla władzy lub opinii publicznej sprawach. Przemilczane mogą też być dane dotyczące zjawisk stanowiących społeczne tabu. Trzecią płaszczyzną analizy dokumentów urzędowych to forma dokumentów: ich język, kategorie opisu statystycznego. Na podstawie ich analizy wnioskuje się o autorach, np. o poziomie administracji,

czasami również szerszym kontekście społecznym, np. języku stosowanym w życiu publicznym.

W literaturze socjologicznej wymienia się kilka sposobów zastosowania danych urzędowych [Sulek 1998: 139; 2002: 108–117]. Dokumenty urzędowe służą do rejestracji i opisu zjawisk społecznych, przede wszystkim w sytuacji, gdy nie są one dostępne za pomocą obserwacji bezpośredniej, mają ukryty charakter lub ich skala utrudnia dokonanie obserwacji. Dane pochodzące z takich dokumentów są także wykorzystywane do badania długofalowych procesów społecznych. Inne możliwe zastosowania to: zwrócenia uwagi na nowe problemy, źródło formułowania nowych hipotez, opis normatywnych ram życia społecznego i funkcjonowania opartych na nich zbiorowościach

Do najważniejszych zalet danych urzędowych zalicza się, po pierwsze to, że już istnieją i nie należy ich wywoływać, co znacznie redukuje czas i nakłady finansowe. Po drugie, dokumenty takie są dostępne wielokrotnie, co oznacza, że proces badania może być powtarzany. Po trzecie, ten typ danych nie jest obciążonych reaktywnością, dokumentami urzędowymi można uzupełniać i zastępować wyniki badań, w których osoby badane mają świadomość, że są przedmiotem badania, co może modyfikować ich zachowania.

Wykorzystanie dokumentów urzędowych do badań społecznych jest związane z występowaniem kilku istotnych ograniczeń. Jedno z nich wynika z faktu, że dane urzędowe nie są zbierane na potrzeby realizacji badań naukowych. Oznacza to, że definicje i kryteria klasyfikacji danych nie muszą być zgodne z kategoriami stosowanymi w procesie naukowego poznania. Ponadto, stosowane kryteria i definicje są różne w różnych instytucjach, zmieniają się też w czasie, co może stanowić poważne utrudnienie w dokonaniu porównań i analizy dynamiki danego zjawiska. Inną przeszkodą to brak kontroli nad okolicznościami zapisu danych. Nieznajomość sposobu zapisywania danych powoduje, że nie można ich uwzględnić w procesie ich interpretacji. Kolejne ograniczenie to selektywny charakter danych urzędowych. Dane urzędowe nie zawsze obejmują całą zbiorowość jednostek. Regułą jest selektywne ich gromadzenie i przechowywanie, np. niektóre rodzaje przestępstw są rzadziej rejestrowane niż inne. Inny ważny problem to rzetelność danych urzędowych. Przyczyny występowania takiego stanu tkwią w społecznym charakterze tworzenia danych urzędowych. Ważnymi jego elementami są między innymi cechy takie jak: wartości, wiedza, poglądy, przekonania religijne, motywacja osób dokonujących rejestracji faktów, cechy informatorów, z którymi przedstawiciele danej instytucji wchodzi w interakcje przy rejestracji interesujących ich faktów, cechy samej instytucji dokumentującej

dane. Na przykład, Policja dbając o wysoki wskaźnik wykrywalności przestępstw mniej chętnie rejestruje drobne przestępstwa, które są trudne do wykrycia.

Przy tworzeniu danych urzędowych znaczenie mają także uwarunkowania makrospołeczne, np. poziom zaufania obywateli do instytucji społecznych, działanie różnych form kontroli społecznej [Sulek 1998: 140].

DOKUMENTY URZĘDOWE JAKO FAKTY SPOŁECZNE. KONSTRUOWANIE DANYCH URZĘDOWYCH JAKO PROCES SPOŁECZNY

Ostatnie z wymienionych ograniczeń stosowania danych urzędowych (rzetelność) wymaga szerszego omówienia.

Wpływ interakcjonizmu symbolicznego i myśli fenomenologicznej w socjologii końca lat sześćdziesiątych spowodował, że przedmiotem zainteresowania stał się również proces tworzenia i organizowania dokumentów [Sulek 2002: 124]. W takim ujęciu, instytucje nie tylko prowadzą dokumentację zachowań ludzi i faktów, ale też kreują i „tworzą” ją wg określonych reguł i w określonych warunkach społecznych. W tej perspektywie, dokumenty urzędowe są „konstrukcjami” procedur społecznych, i jako takie, stają się samodzielnym przedmiotem analiz socjologicznych. Na gromadzenie danych w instytucjach, przede wszystkim zestawień statystycznych, można spojrzeć jak na proces, w którym stają się produktami warunków społecznych, w których są wytworzone. Nie stanowią zapisów zewnętrznych zdarzeń, faktów, ale same stają się faktami społecznymi. Oznacza to, że np. akt samobójczy okazuje się tylko tym, co w procesie nadawania i negocjacji znaczeń, zostaje zdefiniowane jako samobójstwo.

Jedną z istotniejszych koncepcji teoretycznych próbujących wyjaśnić mechanizmy powstawania nierzetelności w dokumentach urzędowych dotyczących samobójstw w oparciu o takie założenia, jest teoria społecznych znaczeń samobójstw Jacka Douglasa [1967]. Według niej, samobójstwo staje się taką społeczną konstrukcją, w której podstawową rolę odgrywa definicja sytuacji. Przyczyna śmierci określona jako „samobójstwo” podlega procesowi negocjacji znaczeń jaki przeprowadzają różne strony „uwikłane” w sytuację, w której trzeba dokonać kwalifikacji przyczyny zgonu. Może to być rodzina osoby zmarłej, lekarz, który stwierdza zgon, prokurator, policjant prowadzący śledztwo, które ma ustalić przyczynę śmierci. Od tego, jakie znaczenie zostanie nadane konkretnemu przypadkowi zgonu, taki będzie zapis w dokumencie urzędowym, np. karcie zgonu.

Błędy w danych urzędowych dotyczących samobójstw są popełniane na samym początku tworzenia dokumentacji. Kwalifikowanie zgonu samobójczego jako „wypadku”, „zgonu z przyczyn nieznanych” wynika, albo z celowego działania tych, którym zależy na ukryciu prawdziwej przyczyny śmierci, albo niewiedzy, niekompetencji, uprzedzeń różnych osób, które decydują o ostatecznej formie zapisu w dokumencie. Douglas uważał, że problem nierzetelności danych urzędowych na temat samobójstw powinno się wyjaśniać w oparciu o założenie socjologii rozumiejącej Maksa Webera oraz założeń fenomenologii i etnometodologii.

Zidentyfikowane błędy i zniekształcenia w dokumentach urzędowych, jeśli zostaną wyjaśnione, stają się istotnymi faktami społecznymi, które nabierają wartości jako takiej. Dostarczają także wiedzy o mniej widocznych, czy ukrytych aspektach funkcjonowania społeczeństwa.

Taki sposób analizowania dokumentów urzędowych został zastosowany w odniesieniu do danych statystycznych dotyczących zachowań dewiacyjnych, które są zazwyczaj traktowane, po pierwsze, jako źródło wiedzy o ich skali, dynamice i strukturze, po drugie, jako miara reakcji społecznej na zjawiska odbiegające od normy i, po trzecie, jako produkt stygmatyzacji i etykietowania innych [Kitsuse, Cicourel 1963: 131–139, za: Siemaszko 1993: 276–282]. John Kitsuse i Aron Cicourel dowodzili, że rejestry zachowań patologicznych nie odnotowują faktyczne ich liczby. Zaproponowali by błędy i nierzetelności w nich występujące, uznać za zmienną zależną w socjologii dewiacji. Można postawić pytanie, dlaczego niektóre osoby określone mianem dewiantów (przestępców, narkomanów, niedoszłych samobójców, chorych psychicznie) trafiają do oficjalnych statystyk, a inne nie? Jeśli nie każde zachowanie dewiacyjne zostaje umieszczone w statystykach rejestrujących różne patologie społeczne, to proces klasyfikacji, w wyniku którego określone zachowania zostają potraktowane „w sposób urzędowy” jako patologiczne, i są umieszczone w dokumentach tworzących statystyki, a inne nie, zasługują na wnikliwą analizę. Głównym celem badań Kitsusego i Cicourela było „wyjaśnianie różnic we współczynnikach zarejestrowanych zachowań dewiacyjnych” [Kitsuse, Cicourel 1963: 93, za: Siemaszko 1993: 278–279]. Każde oficjalne rejestry statystyczne dokumentujące zachowania dewiacyjną są sporządzane wg swoistych reguł. Dlatego należy analizować procesy, w wyniku których niektóre przypadki zachowań są odnotowane jako patologiczne, a inne nie. O zakwalifikowaniu danego zdarzenia jako „dewiacyjne” decydują konkretna osoba w określonych instytucjach (policjant, sędzia, prokurator, lekarz, koroner, kurator sądowy). Od rzetelności zebranych przez nią danych pierwotnych, w największym stopniu zależy rzetelność zbiorczych danych znajdujących się

w zestawieniach statystycznych. Na proces uznania danego przypadku jako „patologia”, „dewiacja” wpływają, z jednej strony, cechy i postawy urzędników danej instytucji dokonującej procesu kwalifikacji określonych zachowań, zdarzeń (np. ich nadgorliwość, lenistwo, służbistość, uprzedzenia rasowe, religijne, obyczajowe, stereotypy), a z drugiej strony, zachowania informatorów, czyli osób, których dane zdarzenie, zachowanie bezpośrednio dotyczy lub byli ich świadkiem, i których wypowiedzi są pierwotnym źródłem informacji. Takim informatorem może to być np. osoba chora psychicznie, sprawca przestępstwa, niedoszły samobójca. Osoby takie, w imię obrony własnego interesu lub kierując konformistyczną motywacją w zakresie tego, co społecznie zostaje uznane za poprawne, mogą w sposób świadomy zniekształcać prawdę, ukrywać ją.

Kitsuse i Cicourel byli zdania, że skala zachowań dewiacyjnych przedstawianych w oficjalnych statystykach jest wynikiem [...] „działań podejmowanych przez przedstawicieli instytucji, którzy definiują, klasyfikują i odnotowują pewne zachowania jako dewiacyjne. Jeżeli dane zachowanie nie zostanie zinterpretowane jako dewiacyjne, nie znajdzie się w żadnym rejestrze” [Kitsuse, Cicourel 1963: 93, za: Siemaszko 1993: 279]. W oparciu o taką argumentację wspomniani autorzy uznali, że nie istnieje zależność pomiędzy prawdziwą skalą zjawisk patologicznych a jej odzwierciedleniem w oficjalnie publikowanych zestawieniach statystycznych. Ich zdaniem, tylko nieznaczna część takich zachowań zostaje zarejestrowanych w urzędowych statystykach¹. Z tego powodu dane takie nie powinny stanowić podstawy do formułowania teoretycznych hipotez dotyczących ich etiologii.

WIARYGODNOŚCI I RZETELNOŚĆ DOKUMENTÓW URZĘDOWYCH DOTYCZĄCYCH SAMOBÓJSTW JAKO PRZEDMIOT BADAŃ

Dokumenty urzędowe dotyczące samobójstw były przedmiotem refleksji teoretycznych i badań empirycznych wielu badaczy, nie tylko suicydologów.

Lincoln Day zweryfikował twierdzenia Durkheima dotyczące różnic w skali samobójstw wśród protestantów i katolików [Day 1977, za: Sułek 2002: 136]. Jak wiadomo, Durkheim odkrył, że w zbiorowości katolików rejestrowano istotnie mniej samobójstw w porównaniu ze społecznościami protestantów. Day badając statystyki śmiertelności w Szwajcarii, Prusach i Holandii ustalił, że wśród katoli-

¹ Kryminologia jest dyscypliną naukową, która potrafiła zidentyfikować czynniki, tworzące „ciemną liczbę w przypadku niektórych kategorii przestępstw. Zob. Hołyst [2007: 104–108].

ków odnotowywano odpowiednio więcej przypadków zgonów, które w dokumentach były klasyfikowane jako „zgony nagłe”, „zgony z przyczyn nieznanych” czy „zgony przypadkowe”. Zdaniem Daya, nie było żadnych powodów by katolicy umierali częściej niż protestanci w sposób „przypadkowy”, „nagły”, „z nieznanych przyczyn”. Jednak istniały powody by wśród katolików ukrywać przed społecznością i władzami kościelnymi samobójczy charakter śmierci. Potępienie samobójstwa przez kościół katolicki, które w konsekwencji mogło skutkować zakazem pochowania bliskiej osoby „w niepoświęconej ziemi” było realnym zagrożeniem. Niedopuszczenie do takiej sytuacji, uniknięcie wstydu rodziny zmarłego przed sąsiadami były wystarczająco ważnymi powodami by zafałszować dane co do prawdziwej przyczyny śmierci. Day podważył tezę Durkheima o wpływie religii katolickiej na zmniejszenie liczby samobójstw, zwracając uwagę, że w parafiach katolickich nie odnotowywano rzadziej zgonów samobójczych, tylko częściej je ukrywano w porównaniu z gminami protestanckimi.

Maurice Halbwachs opisał zreformowane sposoby gromadzenia danych na temat samobójstw w XIX w. [Halbwachs 1930, za: Sułek 2002: 127]. Dane urzędowe stały się bardziej rzetelne, gdy w Prusach po reformie w 1868 r., państwo przejęło od kościołów rejestrowanie zgonów samobójczych. Podobna sytuacja miała miejsce po reformie przeprowadzonej w 1883 r. Zmiana sposobu rejestracji samobójstw spowodowała ich wzrost o 23%. Podobna prawidłowość wystąpiła także w Austrii po reformie przeprowadzonej w 1872 r.

Z badań przeprowadzonych w Kanadzie wynika, że katolicycy lekarze rzadziej niż niekatolicycy orzekali samobójstwo jako przyczynę zgonu. [Jarvis, Northcott 1987: 813–824; Jarvis, Boldt, Butt 1991: 115–133]. Może to oznaczać, że przekonania religijne i sankcje religijne mogą mieć znaczenie w takiej procedurze.

Postawy kulturowe mogą być kolejnym czynnikiem wpływającym na urzędowy proces dokumentowania samobójstw. Badania analizując ten sam materiał, pokazały, że koronerzy duńscy w bardziej jednoznaczny sposób kwalifikowali jako samobójstwa większą liczbę zgonów niż ich angielscy odpowiednich [Atkinson, Kassel, Dalgaard 1975: 247–256]. Zdaniem autorów badania, różnice mogą częściowo być spowodowane tym, że w Danii określenie przyczyny zgonu odbywa się w kontekście medycznym, a nie prawnym. Inny powód to fakt, że w Anglii samobójstwo było przestępstwem do 1961 r., podczas gdy w Danii zniesiono sankcje karne za jego popełnienie już dwieście lat wcześniej. Ponadto Duńczycy w mniejszym stopniu niż Anglicy stygmatyzują najbardziej suicydogenne choroby psychiczne (depresję, psychozę maniako-depresyjną, schizofrenię), tym samym również mniej stygmatyzują sam zamach samobójczy [Jamison, 2004: 34].

Inne badanie nad wskaźnikami samobójstw zostało przeprowadzone w latach 1970–1971 przez Bernice Pescosolido i Roberta Mendelsohna. Sprawdzono, czy społecznie definiowane wskaźniki zgonów samobójczych są błędnie wykorzystywane do odkrycia społecznych przyczyn zjawiska samobójstwa [Pescosolido, Mendelsohn 1986, za: Sułek 2002: 145]. Autorzy badania uznali, że przypadki samobójstw są rejestrowane nierzetelnie i ma to związek z instytucjami, w których są tworzone takie dane urzędowe. Nierzetelne rejestrowanie zgonów samobójczych ma trudniejszy do dostrzeżenia wpływ na zależność między poziomem samobójstw a takimi zmiennymi jak: status społeczny, rozwód, które są stosowane w socjologicznych teoriach zachowań samobójczych.

Z kolei Jobes i współpracownicy analizując brytyjskie statystyki samobójstw uznali, że z różnych powodów zaniżają rzeczywistą skalę zjawiska [Jobes, Ber- man, Josselson 1986: 177–189]. Niektórzy koronerzy mogą unikać kwalifikowania danego przypadku zgonu jako śmierci samobójczej, np. pod wpływem presji rodziny zmarłego czy też obaw, że bliscy zaskarżą wyrok.

Barraclough zwraca uwagę na rozbieżności w wysokości wskaźnika zgonów samobójczych w Anglii, Walii i Szkocji wyjaśniając, że ich przyczyną mogą być odmienne procedury prawne i śledcze. [Barraclough 1971, za: O'Connor, Sheehy 2002: 28–29], np. w Szkocji niektóre zgony jako samobójcze kwalifikuje prokurator, inne urząd stanu cywilnego.

McCarthy i Walsh, poddali analizie sprawozdania koronera w Dublinie (Irlandia) w celu oceny rozbieżności pomiędzy jego orzeczeniami, narodowymi danymi statystycznymi na temat samobójstw, które zostały zgromadzone na podstawie jego werdyktów oraz kliniczną oceną prawdopodobieństwa, że w określony przypadek śmierci był zgonem samobójczym. Medyczną ocenę takiego prawdopodobieństwa przeprowadzili lekarze psychiatrzy [McCarthy, Walsh 1975: 301–308] Ustalono, że pomimo iż odsetek samobójstw jest niski, to nie jest tak niski jak to wynikało z oficjalnych statystyk.

W innych badaniach Kelleher ustalił, że prawdopodobnie rzeczywisty wskaźnik samobójstw w Irlandii jest wyższy o 15–20% [Kelleher 1991: 40–41]. Ten sam autor na podstawie późniejszych badań zauważa, że wbrew powszechnemu przeświadczeniu, że naciski społeczne i religijne prowadziły do zaniżania danych w Irlandii, problem ten występuje w większej skali w Anglii i Walii [Kelleher et al 1996: 14–15].

Steven Taylor przedstawił różne stanowiska wobec rzetelności danych urzędowych dotyczących samobójstw [Taylor 1982]. Jedno z nich akcentuje ostrożność wobec posługiwania się wskaźnikami zgonów samobójczych w celu dokonywania porównań między różnymi krajami, tym bardziej na poziomie porównań mię-

dzykulturowych. Pozostałe trzy perspektywy ukazują różne stopnie akceptacji danych, od dużej akceptacji w odniesieniu do danych porównawczych, poprzez wyraźny sceptycyzm w przypadku sposobów definiowania i rejestrowania przypadków śmierci jako zgonów samobójczych, do całkowitego odrzucenia analizy wskaźników samobójstw w oparciu o założenia fenomenologii i etnometodologii.

DEFINICJE I KLASYFIKACJA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Na gruncie suicydologii (interdyscyplinarna nauka zajmująca się badaniem różnych aspektów samobójstw) do określenia przedmiotu badań używa pojęcia „zachowania samobójcze”. Termin ten obejmuje niejednorodną, zróżnicowaną wewnątrznie kategorię zachowań o samobójczych intencjach. W literaturze suicydologicznej można spotkać wiele klasyfikacji aktów samobójczych stworzonych w oparciu o różne kryteria, np. poziom integracji społecznej i kontroli społecznej [Durkheim 2006: 194–350], dynamikę rozwoju myśli i tendencji autodestrukcyjnych [Hołyst 1983: 121–123]. Jednak Kryteria Operacyjne dla Określenia Determinacji Samobójstwa (ang. *Operational Criteria for the Determination of Suicide*) za najważniejsze uznają trzy elementy: a) fakt, że człowiek sam wyrządził sobie krzywdę, b) intencję odebrania sobie życia, c) skutek samobójczego zachowania [Rosenberg et al. 1988: 1445–1455]. W oparciu o tak sformułowane kryteria, do zachowań samobójczych zalicza się trzy najważniejsze kategorie. Pierwsza to myśli samobójcze – wstępny etap rozwoju tendencji samobójczych, czyli wyobrażenia i przemyślenia na temat samobójstwa (np. wyobrażenia bycia martwym, wyobrażenie zadawania sobie bólu), życzenia i impulsy do podjęcia aktu samobójczego, planowanie samobójstwa).

Druga kategoria to próba samobójcza (ang. *suicidal attempt*) – „akt nie powodujący śmierci, dobrowolnie podjęty i wykonany przez daną osobę, doprowadzający do samouszkodzenia lub mogący do niego doprowadzić bez interwencji innych” [Hołyst 2002: 43]. W literaturze suicydologicznej funkcjonuje również termin „zamierzone samouszkodzenie” (ang. *deliberate self-harm*) zawierający pojęcia: „próba samobójcza” i „parasamobójstwo” (ang. *suicidal attempt, parasuicide*) określający działania podjęte bez tragicznego zakończenia życia, w których jednostka rozważa: zapoczątkowanie nietypowego zachowania bez udziału osób drugih, mogącego doprowadzić do samouszkodzenia ciała albo przyjęcia substancji w celu osiągnięcia zmiany poprzez aktualne (już wywołane) lub oczekiwane fizyczne konsekwencje [Gmitrowicz, Lewandowska 2009–2010: 78]. Do tej kategorii zalicza się np. uszkodzenia powierzchni ciała (cięcia, przy-

palanie), przyjmowanie leków w ilościach przekraczających dawki terapeutyczne. Definicja ta nie rozstrzyga jednak, czy występują intencje samobójcze.

Ostatnia kategoria to samobójstwo dokonane – „akt o skutku śmiertelnym, który zmarły ze świadomością o oczekiwaniu takiego stanu sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądanym” [Hołyst 2002: 39].

Analizowane w tekście zagadnienia dotyczą przede wszystkim danych dotyczących samobójstw dokonanych i prób samobójczych, w mniejszym stopniu myśli samobójczych.

SOCJOLOGICZNE KONCEPCJE SAMOBÓJSTW

Na gruncie socjologii zagadnienia samobójstwa ma status szczególny, ponieważ odnosi się do warunków brzegowych porządku społecznego. Akt samobójczy, z socjologicznego punktu widzenia, jest rezygnacją jednostki z uczestnictwa w życiu społecznym. Nie jest przypadkiem, że literatura dotycząca samobójstwa jest szczególnie obfita, a różne szkoły socjologicznego myślenia znajdują swoje odzwierciedlenie w odmiennych sposobach badania problemu samobójstw [Cuff, Payne (eds.) 1984: 44–45]. Społeczna perspektywa badania zachowań samobójczych jako główny cel poznawczy wyznacza ustalenie społecznych źródeł i uwarunkowań determinujących powstawanie i nasilanie tego typu działań autodestrukcyjnych. Za punkt wyjścia analizy przyjmuje się społeczeństwo, a nie jednostkę [Jarosz 1997: 44–45]. Klasyk socjologicznej analizy samobójstw, E. Durkheim, dowodził, że samobójstwa nie są efektem indywidualnych (psychologicznych) cech jednostek, lecz zjawiskiem determinowanym w największym stopniu cechami grup społecznych, z których wywodzą się osoby podejmujące zachowania samobójcze i typem społeczeństwa, w którym żyją [Durkheim 2006: 378].

Współcześnie w socjologii wyróżnia się trzy główne perspektywy teoretyczno-badawcze, w obrębie których można określić najistotniejsze społeczne czynniki ryzyka zachowań samobójczych [Stack 2000: 145–162, 163–174; Bille-Brahe 2000: 193–207]. Pierwszą z nich jest perspektywa społecznej integracji. Jej twórcą jest E. Durkheim, który analizował zjawisko samobójstwa, nieco upraszczając, w dwóch zasadniczych wymiarach: stopnia integracji jednostki ze społeczeństwem, grupą społeczną oraz stopnia kontroli społeczeństwa nad zachowaniami jednostek.

Druga perspektywa – model modernizacyjny – koncentruje się na analizie wpływu różnych aspektów procesu modernizacji (industrializacji, urbanizacji, edukacji) na wzrost wskaźników samobójstw, zwracając przede wszystkim uwagę

na negatywne konsekwencje pierwszej fazy szybkiej industrializacji [Simpson, Conkklin 1989: 945–964; Danigells, Stack 1990].

Trzecia perspektywa analizy zachowań samobójczych – model kulturowych norm, wartości i postaw społecznych – akcentuje sposób funkcjonowania norm społecznych i kulturowych, przede wszystkim religijnych, etycznych oraz ich uczeniu się w procesie socjalizacji. Zachowania samobójcze są kształtowane i realizowane w ramach określonych stylów życia w konkretnych społecznościach i kręgach kulturowych stanowiąc behawioralna formę internalizacji określonego systemu norm i wartości [Brodniak 2005: 14–20; Makinen 1997; Philips 1974: 340–354]. W ramach opisywanego modelu istotne miejsce zajmuje nurt badań analizujących wpływ sposobu rozpowszechniania przez mass media informacji o przypadkach samobójstw/prób samobójczych na zwiększenie liczby takich zachowań. Wykorzystując teorie naśladownictwa zwraca się uwagę na wystąpienie mechanizmu powielenia wzorów zachowań samobójczych (tzw. „efekt kuli śniegowej” albo „efekt Wertera”) przez niektóre grupy społeczne (np. młodzież, osoby mające już myśli samobójcze, wahające się czy dokonać aktu samobójczego, osoby chore psychicznie). Pionierem takich badań był E. Durkheim, współcześnie, z powodzeniem ten nurt empirycznych dociekań kontynuują D. Philips, A. Schmidtke i H. Haffner [Philips 1974: 340–354; Schmidtke, Haffner 1988: 665–676].

W ramach każdej perspektywy teoretycznej są wyodrębniane czynniki ryzyka zachowań samobójczych. Przy ich analizie warto zaznaczyć, że czynników warunkujących zachowania samobójcze nie należy ujmować w abstrakcyjnym oderwaniu od kontekstu ich oddziaływania [Czyżewski, Rosa 1996: 117–129]. Warto tu wspomnieć o dwóch wymiarach kontekstu oddziaływania owych czynników: umiejscowieniu w czasie i społecznej interpretacji.

ŹRÓDŁA DANYCH NA TEMAT ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Źródła, z których pochodzą dane dotyczące zachowań samobójczych zostaną przedstawione, po pierwsze, z wykorzystaniem ich klasyfikowania na trzy wyżej wymienione kategorie (myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwa dokonane), po drugie – dotyczą polskiej rzeczywistości.

Myśli samobójcze

Informacje o różnych aspektach występowania myśli samobójczych (treści, częstotliwości) pochodzą przede wszystkim od osób, które je doświadczają. Dane takie mogą znajdować się w dokumentacji instytucji, w których takie osoby

szukają pomocy medycznej, psychologicznej, terapeutycznej, socjalnej (historie choroby, konsultacje psychiatryczne, konsultacje psychologiczne, diagnozy pedagogiczne, wywiady środowiskowe). Są to dokumenty: a) placówek medycznych (oddziały psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego, pogotowie ratunkowe, prywatne gabinety psychiatryczne), b) instytucji świadczących pomoc psychologiczną, terapeutyczną (np. poradnie psychologiczno – pedagogiczne, ośrodki interwencji kryzysowej, ośrodki pomocy rodzinie, prywatne gabinety psychologiczne), których pacjentami/klientami są osoby z myślami samobójczymi, c) ośrodków pomocy społecznej.

Innymi źródłami wiedzy o tej kategorii zachowań samobójczych są dokumenty osobiste tych, którzy mają myśli samobójcze (listy, pamiętniki, dzienniki, notatki, testamenty), a także relacje osób z ich najbliższego otoczenia (rodzina, przyjaciele, znajomi).

Ostatnim źródłem informacji są badania naukowe. Ważną ich część stanowią te, które są realizowane na reprezentatywnych populacjach. W Polsce zrealizowano przynajmniej trzy takie badania [Hołyst 2002: 1016–1017; Gmitrowicz, Dubla 2001: 236–243; Rosa, Merecz 2005: 92–97], w tym jedno na próbie ogólnopolskiej [Hołyst 2002]. Badania suicydologiczne są też realizowane na mniejszych populacjach, z zastosowaniem specyficznych dla analizowanej problematyki, metod badawczych [np. Młodożeniec, Jarema, Szafranski 2009–2010: 15–28; Rosa, Sobala 2010: 265–293].

Próby samobójcze, zamierzone samouszkodzenia

W odniesieniu do tej kategorii zachowań samobójczych, źródła danych są prawie takie same jak w przypadku myśli samobójczych. Wypowiedzi osób, które usiłowały popełnić samobójstwo dostarczają wiedzy o różnych aspektach takiego zachowania: np. okolicznościach aktu samobójczego (miejscu, czasie, zdarzeniach bezpośrednio go poprzedzających), motywacji i przyczynach zamachu, metodzie, stanie psychicznym przed i po zamachu, czy też ocenie, tego co się zdarzyło. Dane takie znajdują się w dokumentach wspomnianych już instytucji, przede wszystkim medycznych, w których są hospitalizowani niedoszli samobójcy (oddziały ratunkowe, chirurgiczne, toksykologiczne, psychiatryczne szpitali), albo tych instytucji, z których pomocy medycznej korzystali bez konieczności hospitalizacji (pogotowie ratunkowe, poradnie podstawowej opieki zdrowotnej). Usiłowania popełnienia samobójstwa dokumentują również wspomniane ośrodki świadczące pomoc psychologiczną, terapeutyczną, socjalną. Niewielką część usiłowań samobójczych rejestruje też Policja. Należy jednak pamiętać,

że wymienione dokumenty dotyczą tylko ujawnionych przypadków prób samobójczych, znaczna część osób, bardzo trudna do oszacowania, nie ujawnia faktu podjęcia zamachu na swoje życie. Pozostałe źródła to: dokumenty osobiste niedoszłych samobójców (listy, dzienniki, pamiętniki), wypowiedzi, relacje osób z ich bliskiego otoczenia².

Badania suicydologiczne dotyczące prób samobójczych, podobnie jak w przypadku myśli samobójczych, rzadko są w Polsce realizowane na próbach reprezentatywnych [np. Hołyst 2002, Gmitrowicz, Dubla 2001, Rosa, Merecz 2005]. Znacznie więcej badań zostało przeprowadzonych na populacjach dobranych w sposób celowy [np. Czabański 2001; Filipiak, Worobiej 2009–2010: 138–145; Rosa 1996, 2007: 24–30].

Światowa Organizacja Zdrowia zaniepokojona wzrostem zachowań samobójczych obserwowanych w większości krajów europejskich założyła w 1985 r. Europejski Zespół Ośrodków do Badań nad Próbami Samobójczymi (WHO/Euro Multicenter on Parasuicide) [WHO 1986]. Jednym z jego celów było monitorowanie tendencji w epidemiologii prób samobójczych, wraz z identyfikacją czynników ryzyka. W niektórych krajach europejskich (Słowenia, Irlandia) istnieją ogólnokrajowe rejestry takich zachowań. W Polsce nie ma ogólnokrajowego systemu dokumentowania przypadków prób samobójczych

Samobójstwa dokonane

W porównaniu z wcześniej omawianymi kategoriami zachowań samobójczych, przypadki samobójstw dokonanych są najlepiej udokumentowane. Istnieją cztery, czasami pięć kategorii dokumentów urzędowych sporządzanych w takiej sytuacji. Jeden z nich – „Zgłoszenie o zamachu samobójczym Stp-10” – jest jedynym dokumentem urzędowym, sporządzanym tylko i wyłącznie do rejestracji zamachów samobójczych, przede wszystkim dokonanych. Formularz jest bardzo rzadko używany do dokumentowania przypadków prób samobójczych. Wypełniają go policjanci prowadzący postępowanie wyjaśniające charakter zgonu. Dokument zawiera dane dotyczące: a) ofiary samobójstwa (dane osobowe, płeć, wiek, stan cywilny, liczba posiadanych dzieci, informacje o pracy, nauce, źródle utrzymania, stanie świadomości w chwili popełnienia samobójstwa, zdrowiu psychicznym, historii ewentualnego leczenia psychiatrycznego, toczących się postępowaniach karnych, sądowych, liczbie wcześniejszych prób samobójczych, b) okolicznościach zamachu (godzina, rodzaj miejscowości, miejsce, metoda

² Listy osób, które usiłowały popełnić samobójstwo są m. in. zawarte w książce Hołysta [1991: 242–345].

samobójstwa), c) rodzaju zamachu (samobójstwo dokonane, próba samobójcza, d) prawdopodobnych przyczynach zamachu, e) efektu działania samobójczego sprawcy (zamach zakończył się/ nie zakończył się zgonem, udzielenia pomocy po akcie samobójczym).

Zanim funkcjonariusze Policji wypełnią taki dokument, muszą wykonać szereg czynności śledczych. W przypadku zgonu są to m.in. oględziny miejsca znalezienia ciała z udziałem technika kryminalistyki, oględziny ciała z udziałem lekarza medycyny sądowej, przeprowadzenie wywiadów: z rodziną, w środowisku zamieszkania, miejscu pracy lub w szkole, na uczelni. Ostatnim etapem poprzedzającym wypełnienie formularza, jest udział w prokuratorskiej sekcji zwłok, która ma ostatecznie potwierdzić lub wykluczyć samobójstwo jako przyczynę śmierci. Po zakończeniu procedury śledczej, dokument trafia do Sekcji Statystyki w Komendach Wojewódzkich Policji.

Innym dokumentem będącym źródłem informacji o samobójczym zgonie jest „Protokół sądowo-lekarskiej sekcji zwłok”, sporządzany przez lekarza medycyny sądowej. Zawiera on trzy rodzaje informacji. Pierwszy, dotyczy osoby zmarłej, są to jej dane osobowe (imię, nazwisko, płeć, wiek, data urodzenia, podstawa ustalenia tożsamości). Druga kategoria obejmuje: okoliczności zgonu podane przez prokuraturę prowadzącą postępowanie, godzinę dostarczenia ciała do zakładu medycyny sądowej, datę zgonu, dane osoby, która przeprowadziła oględziny zwłok w miejscu ich znalezienia, dane osób, które przeprowadzały i nadzorowały autopsję, datę jej przeprowadzenia. Ostatnia kategoria to informację o charakterze medycznym, np. oględziny ciała i opinia o przyczynie zgonu.

Kolejne dokumenty to „Karta zgonu” i dołączona do niej „Karta statystyczna do karty zgonu”. Obydwie są wypełniane przez lekarza, który stwierdza śmierć człowieka. Może nim być lekarz Pogotowia Ratunkowego, lekarz medycyny sądowej, lekarz oddziału, w którym zmarła osoba w wyniku obrażeń poniesionych na skutek zamachu samobójczego. Pierwszy dokument rejestruje dane osobowe zmarłego, datę i miejsce zgonu, ostatnie miejsce zamieszkania, przyczynę zgonu. Drugi formularz zawiera dane osobowe zmarłego, datę urodzenia, miejsce zamieszkania, datę zgonu, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, trzy kategorie przyczyn zgonu (przyczynę wyjściową, przyczynę wtórną, przyczyną bezpośrednią), miejsce zgonu oraz informację o osobie, która stwierdziła zgon.

Pozostałe dokumenty urzędowe to akta prokuratorskie oraz historia choroby (gdy osoba przeżyła akt samobójczy i była hospitalizowana, ale zmarła w wyniku odniesionych obrażeń).

Inne źródło informacji o samobójstwach dokonanych i ich ofiarach to dokumenty osobiste (listy, pamiętniki, notatki, dzienniki)³.

Wiedzę o różnych aspektach zjawiska samobójstw przynoszą też badania polskich suicydologów, przede wszystkim M. Jarosz [1997, 2004] i B. Hołysta [1983, 1991, 2002].

Nierzetelność publikowanych w Polsce urzędowych danych statystycznych na temat samobójstw

Uwagi przedstawione w tej części tekstu dotyczyć będą przede wszystkim danych na temat samobójstw dokonanych, w znacznie mniejszym stopniu prób samobójczych.

W Polsce oficjalne dane statystyczne dotyczące zgonów samobójczych publikują dwie instytucje: Policja i Główny Urząd Statystyczny.

Policja swoje statystyki sporządza w oparciu o zbiorcze dane zebrane z formularzy „Zgłoszenie o zamachu samobójczym Stp-10”. Dane są publikowane na stronach internetowych⁴. Na ich podstawie GUS upowszechnia informacje na temat zamachów samobójczych w *Rocznikach Statystycznych* (dział „Ludność. Wyznania religijne”, tabela „Zamachy samobójcze zarejestrowane przez Policję”) [*Rocznik Statystyczny 2010*: 232].

GUS prowadzi także rejestrację zgonów samobójczych, która jest dokonywana na podstawie „Karty zgonu” i załączonej do niej „Karty statystycznej”. Formularze wypełnia lekarz, który stwierdził zgon lub przeprowadził prokuratorsko-sądową sekcję zwłok. Dane zgromadzone w taki sposób są publikowane w *Rocznikach Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego* w tabeli „Zgony wg wieku i płci oraz przyczyn” [*Rocznik Demograficzny 2010*: 326] i na stronach internetowych⁵. W tej samej tabeli znajduje się też liczba zgonów samobójczych, które nie zostały stwierdzone przez lekarzy.

Analiza rzetelności urzędowych danych statystycznych dotyczących zamachów samobójczych publikowanych w Polsce wykazała występowanie czterech rodzajów nieścisłości i błędów. Istnieją duże rozbieżności w zakresie skali zjawiska pomiędzy danymi gromadzonymi przez Policję i GUS. W tabeli 1. pokazano, jak istotne są to różnice.

³ Listy osób, które zmarły śmiercią samobójczą można znaleźć w książce Hołysta [1983: 463–473].

⁴ www.policja.pl [Dostęp 4.01. 2012].

⁵ www.stat.gov.pl [Dostęp 4.01. 2012].

TABELA 1. Dane dotyczące skali zgonów samobójczych w latach 2000–2009 wg statystyk Policji i GUS

Rok	Dane Komendy Głównej Policji	Dane GUS	Różnice w liczbie zgonów samobójczych w statystykach Policji i GUS
2000	4947	5841	894
2001	4971	5855	884
2002	5100	5924	824
2003	4634	5834	1200
2004	4893	6071	1178
2005	4621	6043	1422
2006	4090	5805	1715
2007	3530	5282	1752
2008	3964	5681	1717
2009	4384	6474	2090

Źródło: www.policja.pl, www.stat.gov.pl [dostęp 10.01.2012]; *Roczniki Demograficzne* [2001–2006]; *Roczniki Statystyczne* [2000–2006], obliczenia własne.

Różnice w liczbie rejestrowanych zgonów samobójczych są zaskakująco duże. Największa, dotycząca 2009 r., wynosi ponad 32%. Rozbieżności wynikają przede wszystkim z odmiennych metod zbierania danych, prawdopodobnie nie bez znaczenia jest też cel gromadzenia danych [Brodniak 2001]. Policja w większym stopniu jest zainteresowana ustaleniem przyczyny śmierci, która nie była spowodowana przez inne osoby, np. czy nie miało miejsce zabójstwo, nieumyślne spowodowanie śmierci. Jeśli wyklucza się udział osób trzecich i wyniki sekcji zwłok wskazują na śmierć samobójczą, kwalifikacja przyczyny zgonu jako samobójstwo jest zakończona.

GUS gromadzi dane na podstawie informacji zawartych w „Kartach zgonów” i dołączanych do nich załączników, robi to bardziej rzetelnie. Prawdopodobnie nie każda samobójcza śmierć jest przedmiotem zainteresowania Policji, np. gdy zgon nie nastąpił od razu, tylko po kilku dniach czy nawet miesiącach na skutek odniesionych obrażeń w wyniku zamachu samobójczego. Pierwotną przyczyną śmierci jest akt samobójczy, wtórną – urazy powstałe w jego wyniku. Zastanawiające jest jednak, dlaczego jedna instytucja (GUS) publikuje tak rozbieżne dane w swoich materiałach. Po drugie, w oficjalnie publikowanych przez Policję danych statystycznych jest podawana drastycznie zaniżona liczba prób samobójczych. W tabeli 2. przedstawiono skalę usiłowań samobójczych odnotowywanych przez Policję. Takie dane publikuje również GUS w *Rocznikach Statystycznych*, tabela „Zamachy samobójcze zarejestrowane przez Policję”.

TABELA 2. Skala prób samobójczych w Polsce w latach 2000–2009 wg Policji i GUS

Rok	Liczba prób samobójczych wg danych Policji
2000	674
2001	741
2002	828
2003	833
2004	1000
2005	1004
2006	1062
2007	1128
2008	1273
2009	1529
2010	1369

Źródła: www.policja.pl [dostęp: 7.01.2012], *Roczniki Statystyczne 2000–2009*, obliczenia własne.

Dane dotyczące liczby prób samobójczych publikowane w oficjalnych zestawieniach statystycznych w niewielkim stopniu odzwierciedlają skalę zjawiska. Suicydologowie zwracają uwagę, że liczba aktów samobójczych niezakończonych śmiercią jest wielkością szacunkową. Określa się ją na podstawie proporcji w odniesieniu do liczby samobójstw dokonanych. Przyjmuje się, bardzo ostrożnie, że minimum 10–20 razy więcej jest prób samobójczych niż samobójstw dokonanych [Fleischman, Bertolote 2003: 67–78]. Przyjęcie takich proporcji oznacza, że według ostrożnych szacunków w Polsce, w 2009 r. było od 65 do 130 tysięcy przypadków prób odebrania sobie życia. Badania przeprowadzone na próbie reprezentatywnej mieszkańców regionu łódzkiego potwierdzają słuszność zastosowania takich proporcji [Rosa, Merecz 2005: 97].

Zasadność przedstawionych krytycznych uwag potwierdzają jeszcze inne dane. Tylko w jednym z oddziałów szpitalnych (Klinika Ostrego Zatrucia Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi), w którym są hospitalizowane osoby po podjętych próbach samobójczych, tylko w roku 2004 przyjęto 776 pacjentów – niedoszłych samobójców⁶.

⁶ Oddział hospitalizuje tylko osoby po ciężkich zatruciach, również samobójczych, z regionu województwa łódzkiego i niektórych ościennych województw. Oznacza to, że trafiają tam tylko ci niedoszli samobójcy, którzy wybrali zatrucie, najczęściej lekami, jako metodę popełnienia

Przyczyn tak dużych rozbieżności jest kilka. Jedną z nich stanowi brak obowiązku rejestrowania dokonanych prób samobójczych/prób samouszkodzeń. Tylko nieznaczna część osób, które podjęły próby samobójcze korzysta z pomocy medycznej i tym samym ich przypadek podlega jakiegokolwiek urzędowej rejestracji. Niektóre badania wskazują, że tylko około 25% niedoszłych samobójców korzysta z pomocy lekarskiej [Diekstra, Garnefski 1995: 36–57].

Innym powodem są niejednako procedury klasyfikowanie danego zdarzenia jako „próby samobójczej”, przez personel medyczny różnych placówek. Proces kwalifikacji zależy nie tylko od istnienia jednoznacznych kryteriów, ale też rzetelności w ich stosowaniu. Naciski ze strony samych zainteresowanych i ich bliskich, by nie kwalifikować danego przypadku jako „samobójczego” są tu istotnym czynnikiem. Osoby podejmujące próbę samobójczą mają powody, by ukrywać to zdarzenie. Wśród najważniejszych przyczyn takich obaw wymienia się lęk przed uznaniem za osobę chorą psychicznie, lęk przed hospitalizacją w szpitalu psychiatrycznym, lęk przed negatywną reakcją otoczenia (odrzućenie, ośmieszenie, pogarda), lęk przed poniesieniem negatywnych konsekwencji np. zawodowych, religijnych, finansowych.

Nierzetelność w prowadzeniu dokumentacji medycznej może mieć też inną postać. Przypadki prób samobójczych podejmowanych w oddziałach szpitalnych, zwłaszcza w oddziałach psychiatrycznych, są traktowane jako przejaw choroby i jako takie zostają odnotowane w historii choroby, nie będąc oddzielnie dokumentowane⁷. Dane statystyczne dotyczące skali usiłowań samobójczych, pochodzące z dokumentów urzędowych zawierają znikomą, z pewnością niereprezentatywną ich część.

Po trzecie, w statystykach Policji i tej części danych, które publikuje GUS w *Rocznikach Statystycznych* podaje się w sposób łączny dla samobójstw dokonanych i usiłowań samobójczych różne szczegółowe informacje dotyczące zamachów, np. strukturę wg płci i wieku [*Rocznik Statystyczny* 2010: 232]. Jest to istotny błąd zniekształcający obraz zjawiska. Pomiedzy obydwoima kategoriami zachowań występują istotne różnice. Najważniejsze z nich to: stopień ich wykrywalności, cechy demograficznymi osób je podejmujących (niedoszli samobójcy i osoby, które zginęły śmiercią samobójczą to dwie różne pod względem charak-

samobójstwa i mieszkają w regionie funkcjonowania Kliniki. Osoby, które zastosowały inną metodę i przeżyły zamach samobójczy, były hospitalizowane w innych oddziałach, np. oddziałach ratunkowych, chirurgicznych. Autor tekstu był pracownikiem Klinik Ostrych Zatruciu Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

⁷ Badania zrealizowane w USA pokazują, że od 5 do 10% wszystkich zamachów samobójczych jest podejmowanych w szpitalach psychiatrycznych. Zob. Jamison [2004: 330–331].

terystyk społeczno-demograficznych zbiorowości), motywy samobójczego działania i jego skutki, również niektóre czynniki ryzyka [Beautrais 2001: 837–845]. Łączne publikowanie danych dla samobójstw dokonanych i prób samobójczych jest całkowicie nieuprawnione.

Po czwarte, w danych Policji, w różnych szczegółowych kwestiach dotyczących zamachów samobójczych, występują istotne braki danych (przedstawiono to w tabeli 3).

TABELA 3. Skala braków danych dotyczących zgonów samobójczych w statystykach Policji (w %)

Cecha osoby, która popełniła samobójstwo/ cecha aktu samobójczego	2002	2009	2010
Wiek	0, 9	0, 9	0, 7
Stan cywilny	8, 7	9, 5	11, 3
Wykształcenie	51, 2	65, 4	90, 3
Źródło utrzymania	28, 8	33, 2	47, 0
Sposób popełnienia zamachu	-	47, 5	-
Stan świadomości w chwili zamachu (obecność środka psychoaktywnego)	77, 5	63, 1	85, 0
Przyczyna zamachu	54, 1	64, 0	65, 1

Źródło: www.policja.pl [dostęp: 7.01.2012], obliczenia własne.

Skala braków danych w odniesieniu do niektórych cech jest bardzo duża. Zastanawia też fakt, że Policja publikuje tylko niewielką część spośród danych, które są gromadzone w opisywanym wcześniej formularzu, np. nie są publikowane dane o wcześniejszych zachowaniach samobójczych, środowisku zamieszkania, czy też przeszłości karnej osób, które zginęły śmiercią samobójczą.

Próbując wyjaśnić tak dużą skalę braku danych trzeba mieć na uwadze fakt, że istnieje rozbieżność w priorytetach funkcjonariuszy Policji i badaczy zachowań samobójczych. Wiele informacji, które są istotne dla badacza-suicydologa, (np. wykształcenie) nie musi być przedmiotem żmudnych dociekań policjanta prowadzącego postępowanie. Z jego punktu widzenia konieczny jest ustalenie przyczyny zgonu i potrzebuje do tego informacji, (np. dokładnego czasu zgonu, informacji o sposobie popełnienia samobójstwa, a przede wszystkim tych danych potwierdzają lub wykluczają udział osób trzecich). Takie dane nie zawsze w pierwszej kolejności muszą interesować badacza. Konieczność wyjaśniania wielu trudnych do wyjaśnienia wątków związanych z samobójstwem (np. przyczyna zamachu) i ustalenia różnych faktów w krótkim odstępie czasu, w sytuacji

gdy charakter śmierci jako samobójczy jest określony, często nie jest priorytetem prowadzących postępowanie. Czasami jest to spowodowane brakiem czasu w sytuacji, gdy policjant prowadzi jednocześnie kilka spraw i możliwości rzetelnego zbadania wszystkich wątków danego samobójczego zgonu jest mocno ograniczona. Wypełniając formularz rejestrujący przypadki zgonów samobójczych, wygodniej jest np. zaznaczyć wśród kategorii „Przyczyny zamachu” opcję „inna przyczyna” niż prowadzić żmudne i pracochłonne śledztwo w tej sprawie, jeśli już wiadomo, jaka jest przyczyna śmierci⁸. Czasami również występują różne naciski na osobę prowadzącą postępowanie wyjaśniające ze strony otoczenia, w którym funkcjonuje policjant.

Oprócz odmiennych priorytetów dotyczących Policji i badaczy samobójstw są jeszcze inne przyczyny występowania tak istotnych błędów w danych policyjnych. Nie można do końca wykluczyć niedostatecznie rzetelnej pracy policjantów, którzy zajmują się wyjaśnianiem przyczyny zgonu.

Inny czynnik ma charakter hipotetyczny. Z oczywistych powodów funkcjonariusze mają jako pierwsi dostęp do różnych źródeł informacji w przypadku zgonu samobójczego, w tym również do rodziny zmarłego. Czy są jednak dostatecznie przygotowani od strony umiejętności prowadzenia rozmowy z bliskimi samobójcy, by uzyskać wszystkie ważne informacje? Być może osoba dobrze przygotowana do prowadzenia takich rozmów i mająca wiedzę suicydologiczną (np. psycholog, socjolog) byłaby bardziej skuteczna w zdobyciu istotnych informacji. Tylko kto, poza rodziną i otoczeniem osoby, która odebrała sobie życie i niewielką grupą suicydologów zjawiska jest tym zainteresowany?

Przedstawione przykłady ograniczonej wiarygodności danych na temat samobójstw skłaniają do zadania pytania o to, czy w jednakowym stopniu urzędowe statystyki są niewiarygodne? Za najbardziej niewiarygodne uznałbym dane Policji, dotyczące przede wszystkim liczby zgonów samobójczych i prób samobójczych, także dane dotyczące niektórych cech ofiar zamachów (np. wykształcenie, źródła utrzymania), niektórych cech charakterystyki aktów samobójczych (np. przyczyny zamachu). W świetle przedstawionych danych, za bardziej wiarygodne dane można uznać statystyki GUS w oparciu o „Karty zgonów” i załączniki, które są publikowane w *Rocznikach Demograficznych*. Dane GUS są zdecydowanie bardziej rzetelne w zakresie liczby samobójstw dokonanych i – jak sugeruje Brodniak – również struktury według płci, wieku i środowiska zamieszkania (miasto/wieś) oraz metody popełnienia samobójstwa,

⁸ Problem rzetelności w wypełnianiu formularza „Zgłoszenie o zamachu samobójczym Stp-10” był m.in. przedmiotem badań Mirosława Pileckiego [2010: 88–90].

z wyjątkiem okresu zmiany Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób z ICD-9 na ICD-10 w latach 1997–1998 [Brodniak 2001].

Zasadne jest pytanie, w jaki sposób można poprawić rzetelność dokumentów urzędowych dotyczących samobójstw? Po pierwsze, należy oddzielnie klasyfikować dane dotyczące samobójstw dokonanych i prób samobójczych. Po drugie, powinny być sformułowane i stosowane w praktyce jednolite definicje dwóch kategorii zachowań samobójczych niezakończonych zgonem: a) zachowań z intencją śmierci (akty, które miały zakończyć się zgonem), b) zachowań bez intencji śmierci (samouszkodzenia) oraz jednolite kryteria klasyfikacji takich przypadków. Po trzecie, należy rozważyć możliwość stworzenia procedur monitorowania/rejestrowania przypadków prób samobójczych.

ZAKOŃCZENIE

Badanie zachowań samobójczych nie należy do najłatwiejszych. Są to bardzo rzadkie zachowania (w 2008 r. samobójstwa były przyczyną 1.3% ogółu zgonów w Polsce), zazwyczaj objęte silnym społecznym tabu. Pomimo że suicydologowie posługują się zróżnicowanymi metodami badania zjawiska, problem rzetelności i wiarygodności w zakresie gromadzonych danych jest otwarty. Każda z metod: analiza oficjalnych statystyk, analiza dokumentów i raportów z dochodzeń, podłużne badania wybranej grupy, analiza listów samobójczych, wywiady z osobami po podjętych próbach samobójczych, ma swoje zalety i wady [O'Connor, Sheehy 2002: 38–44]. Z drugiej strony, badania nad danymi na temat samobójstw, dostępnymi w oficjalnych statystykach stanowią istotny wkład w krytyczną analizę przydatności dokumentów urzędowych w badaniach społecznych.

Czy pomimo przytoczonych w literaturze socjologicznej, suicydologicznej dowodów ograniczonej wiarygodności urzędowych danych statystycznych na temat różnych aspektów zjawiska samobójstwa, skrajnie sceptyczny pogląd dotyczący naukowej rzetelności takich danych wyrażony przez Georga Zillboorga jest uzasadniony? „Ci, którzy zabijają się w wypadkach samochodowych, nie zostają uchwyceni jako samobójcy. Ci, którzy po usiłowanym samobójstwie umierają tygodnie lub miesiące później z odniesionych obrażeń lub wynikłych infekcji, nie są rejestrowani jako samobójcy; wiele przypadków tuszują rodziny. Usiłowania samobójcze, wszystko jedno jak poważne, nigdy nie znajdują drogi do tabel statystycznych. Jest oczywiste, że w tych okolicznościach dostępne dane statystyczne zawierają najmniejszą i prawdopodobnie najmniej reprezentatywną

liczbę samobójstw. Jest przeto usprawiedliwione odrzucenie ich jako prawie beużytecznych w naukowej analizie problemu” [cyt. za: Cygielska 1976: 391].

BIBLIOGRAFIA

- Atkinson M.W., Kessel N., Dalgaard J.B. [1975], *The Comparability of Suicides Rates*, “British Journal of Psychiatry”, Vol. 127.
- Barracough B. [1971], *Suicide in the elderly*, [w:] D. Kay, A. Walks (eds.), *Recent Developments in Psychogeriatrics*, Ashort, Kent: Headly, Royal Medico-Psychological Association.
- Beautrais A. [2001], *Suicides and serious suicide attempts: two population or one?*, “Psychological Medicine”, Vol. 31.
- Bille-Brahe U. [2000], *Sociology and Suicidal Behavior*, [w:] K. Hawton, K van Heeringen (eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester: Wiley and Sons.
- Boldt M. [1988], *The meaning of suicide: implication for research*, “Crisis”, Vol. 9.
- Brodniak W.A. [2001], *Analiza wiarygodności statystyk samobójstw zakończonych zgonem. Porównanie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Komendy Głównej Policji*, Niepublikowany referat wygłoszony na III Konferencji Suicydologicznej, Łódź, 26–27 kwietnia 2001.
- Brodniak W.A. [2005], *Kontrowersje wokół socjologicznych koncepcji samobójstw*, „Suicydologia”, vol. 1.
- Cuff E.C., Payne G.C. (eds.) [1984], *Perspectives in Sociology*, London: Allen and Unwin.
- Cygielska K. [1976], *Samobójstwo*, [w:] A. Podgórecki (red.), *Zagadnienia patologii społecznej*, Warszawa: PWN.
- Czabański A. [2001], *Spoleczne i jednostkowe determinanty zachowań samobójczych młodzieży*, Poznań: Pomost.
- Czyżewski M., Rosa K. [1996], *Samobójstwa w okresie transformacji. Fakty i interpretacje*, „Kultura i Społeczeństwo”, vol. 2.
- Day L.H. [1977], *Durkheim on Religion and Suicide: a Demographic Critique*, “Sociology”, Vol. 21, No. 3.
- Diekstra R.F., Garnefski N. [1995], *On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective*, “Suicide and Life – Threatening Behavior”, Vol. 25.
- Douglas J. [1967], *Social Meanings of Suicide*, Princeton: Princeton University Press.
- Durkheim E. [2006], *Samobójstwo. Studium z socjologii*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Filipiak S., Worobiej D. [2009–2010], *Obraz siebie u osób po próbach samobójczych*, „Suicydologia”, vol. 5–6.
- Fleischmann A., Bertolote M. [2003], *Suicidal behavior in Global Public Health Perspective*, “International Journal of Mental Health”, Vol. 32, No. 1.
- Gmitrowicz A., Dubla W. [2001], *Zachowania samobójcze w reprezentatywnej grupie młodzieży z terenu Łodzi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, vol. 3.
- Gmitrowicz A., Lewandowska A. [2009–2010], *Charakterystyka uczniów dokonujących zamierzonych samouszkodzeń*, „Suicydologia”, vol. 5.
- Halbwachs M. [1930], *Les causes du suicide*, Paris: Alcan.
- Hołyst B. [1983], *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa: PWN.

- Hołyst B. [1991], *Przywróceniu życia*, Warszawa: PWN.
- Hołyst B. [2002], *Suicydologia*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis/Nexis.
- Hołyst B. [2007], *Kryminologia*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis/Nexis.
- Jamison K.R. [2004], *Noc szybko nadchodzi. Zrozumieć samobójstwo, by mu zapobiec*, Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- Jarosz M. [1997], *Samobójstwa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jarosz M. [2004], *Samobójstwa – ucieczka przegranych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jarvis G.K., Boldt M., Butt J. [1991], *Medical Examiner and Manner of Death*, “Suicide and Life – Threatening Behavior”, Vol. 21.
- Jarvis G.K., Northcott H.C. [1987], *Religion and Differences in Mortality and Morbidity*, “Social Science and Medicine”, Vol. 25.
- Jobes D.A., Berman A. L., Josselon A.R. [1986], *The impact of psychological autopsies on medical examiner’s determination of manner of death*, “Journal of Forensic Science”, Vol. 31.
- Kelleher M.J. [1991], *Suicide in Ireland*, “Irish Medical Journal”, Vol. 84.
- Kelleher M.J. et al. [1996], *Improving procedures for recording suicide statistics*, “Irish Medical Journal”, Vol. 89.
- Kitsuse J., Cicourel A. [1963], *A note on the Uses of Official Statistics*, “Social Problems”, Vol. 11.
- Makinen I.H. [1997], *The Importance of Culture for Suicide Mortality*, Stockholm: Almqvist and Wisell International.
- McCarthy P., Walsh D. [1975], *Suicide in Dublin: I Under – reporting of suicide and the consequences for national statistics*, “British Journal of Psychiatry”, Vol. 126.
- Meerlo J. [1962], *Suicide and Mass Suicide*, New York: Grune and Stratton.
- Młodożeniec A., Jarema M., Szafranski T. [2009–2010], *Polska wersja skali do oceny obecności i nasilenia myśli i tendencji samobójczych u chorych na schizofrenię*, „Suicydologia”, vol. 5–6.
- O’Connor R., Sheehy N. [2002], *Zrozumieć samobójcę*, Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Pescosolido B.A., Mendelsohn R. [1986], *Social Causation or Social Construction of Suicide? An Investigation into the Social Organization of Official Rates*, “American Sociological Review”, Vol. 51, No. 1.
- Philips D.P. [1974], *The influence of suggestion on suicide*, “American Sociological Review”, Vol. 39.
- Pilecki M. [2010], *Samobójstwa w regionie łódzkim w latach 2000–2009 w danych statystycznych Policji*, Niepublikowana praca magisterska., Łódź: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Pope W., Danigellis N., Stack S. [1990], *The effect of modernization on suicide: a time series analysis 1974–1990*, Referat wygłoszony na posiedzeniu Amerykańskiego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstwom, Detroit.
- Rocznik Demograficzny* [2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2010], Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej* [2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2010], Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Rosa K. [1996], *Próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*, Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

- Rosa K. [2007], *Młodzież podejmująca próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*, „Przegląd Lekarski”, vol. 64, nr 1.
- Rosa K, Merez D. [2005], *Międzynarodowy Program Badań nad Zachowaniami Samobójczymi – SUPRE-MISS*, „Suicydologia”, vol. 1.
- Rosa K., Sobala W. [2010], *Mysli i próby samobójcze młodzieży. Wybrane aspekty zjawiska*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Łódź: Uniwersytet Medyczny.
- Rosenberg M.L. et al. [1988], *Operational criteria for the determination of suicide*, “Journal of Forensic Science”, Vol. 32.
- Schmidtke A., Haffner H. [1988], *The Werter effect after television films: new evidence for an old hypothesis*, “Psychological Medicine”, Vol. 18.
- Siemaszko A. [1993], *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Warszawa: PWN.
- Simpson M., Conklin G. [1989], *Socioeconomics development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide*, “Social Forces”, Vol. 67.
- Stack S. [2000a], *Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors*, “Suicide Life Threatening Behavior”, Vol. 30.
- Stack S. [2000b], *Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: Modernization and Social integrations perspectives*, “Suicide Life Threatening Behavior”, Vol. 30.
- Sulek A. [1998], *Dokumenty urzędowe*, [w:] Z. Bokszański, K. Gorlach, T. Krauze i in. (red.), *Encyklopedia socjologii*, t. 1, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Sulek A. [2002], *Ogród metodologii socjologicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Taylor S. [1982], *Durkheim and Study of Suicide*, London: The Macmillan Press.
- WHO [1986], *Working Group on Preventive Practice in Suicide and Attempted Suicides: Summary Report (ICP/PSF 017 6525)*, Copenhagen, Denmark: WHO, Regional Office for Europe.
- www.policja.pl
www.stat.gov.pl

Krzysztof Rosa

(UN)RELIABILITY OF STATISTICS CONCERNING SUICIDAL BEHAVIOR. THE THEORETICAL PERSPECTIVES AND SOCIAL PRACTICE

Abstract

Reliable statistics on different aspects of suicidal behavior such as the scale and structure for instance are an important element of social diagnosis of this phenomenon. Such statistics are also an indispensable condition of control (even if limited) over suicidal behavior.

It appears that the reliability of all official statistics in relation to suicidal behavior similarly to other social disorders such as domestic violence, bullying or prostitution, corruption as well as the occurrence of some disease and mental disorders, raises serious doubts. In the text to follow which is based on theoretical and methodological assumptions based on the studies of registered data of deviant behaviors as suggested by J. Kitsuse and A. Cicourel there shall be revealed a criti-

cal analysis of the reliability of statistics concerning the problem of suicides in Poland available in the officially published statistics.

The following issues shall be discussed: the sources of data concerning suicidal behavior, errors occurring in the published data (especially the scale of the phenomenon), the reasons of this and the potential solutions which could lead to increasing the correctness of collecting data.

Key words: suicidal behavior, institutional date, reliability of statistics.

RECENZJE

Stefan Elbe, *Security and Global Health. Toward the medicalization of Insecurity*, Cambridge, UK, Malden, MA, USA: Polity Press, 2010.

Polityka to nic innego jak medycyna na wielką skalę – motto zapożyczone od Rudolfa Virchowa celnie określa myśl przewodnią recenzowanej książki *Security and Global Health* [Bezpieczeństwo i zdrowie globalne]. Jej autor, Stefan Elbe, profesor zajmujący się problematyką stosunków międzynarodowych (Uniwersytet Sussex) wydał już wcześniej dwie inne publikacje o zbliżonej tematyce: *Virus Alert: Security, Governmentality and the AIDS Pandemic* (2003) i *Strategic Implications of HIV/AIDS* (2009). W omawianej pracy Elbe prezentuje nowy sposób myślenia o zagadnieniach ochrony czy raczej „bezpieczeństwa” zdrowia globalnego. Odmienność i oryginalność tego podejścia polega na tym, że w dotychczasowej literaturze przedmiotu analizowane są głównie przypadki pandemicznych i endemicznych chorób naszych czasów oraz prowadzi się dyskusję na temat różnorodnych międzynarodowych form działań podejmowanych w celu zapobiegania i zapewnienia ochrony przed tymi chorobami, zaś autor stawia inne, pomijane dotąd pytanie – zastanawia się, w jakim stopniu same te debaty zmieniają poczucie zagrożenia i bezpieczeństwa we współczesnej polityce światowej.

„Zdrowie ludzi jest fundamentalnym elementem pokoju i bezpieczeństwa” – taka deklaracja znajduje się już w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), uchwalonej w Nowym Jorku 22 VII 1946 r. Przez wiele następných dekad nie traktowano połączenia zdrowia i bezpieczeństwa nazbyt serio. Pojęcie bezpieczeństwa łączyło się raczej z użyciem i kontrolą sił zbrojnych w relacjach międzynarodowych i kwestie zagrożenia ogniskowały się wokół zagadnień militarnych. Jak przypomina autor, zaledwie dwa lata po utworzeniu WHO sekretarz stanu USA George Marshall twierdził, że zwycięstwo nad chorobami zakaźnymi jest już właściwie osiągnięte. Ten optymizm lat powojennych, związany z gwałtownym rozwojem medycyny i technologii, wkrótce okazał się płonny. Dopiero teraz, w pierwszej dekadzie XXI w., zalecenie WHO z 1946 r. o łączeniu *zdrowia z bezpieczeństwem* jest brane pod uwagę naprawdę poważnie.

W aktualnych pracach na temat bezpieczeństwa zdrowia autorzy posługują się rozwijaną od początku lat 90. (głównie w dziedzinie stosunków międzynarodowych, a wyjściowo w sferze bankowości) i ugruntowaną w filozoficznej teorii aktu mowy Austina i Searla teorią sekurytyzacji (*securitization*). Teoria sekurytyzacji skłania do myślenia o zaletach i wadach międzynarodowej ochrony zdrowia, pomaga analizować, jak nasze praktyki dotyczące bezpieczeństwa rozwijają się w połączeniu z kwestiami zdrowia międzynarodowego. Profesor Elbe odchodzi od tego stanowiska. Uważa je za nieadekwatne, gdyż – jego zdaniem – nie uwzględnia ono transformatywnego aspektu bezpieczeństwa. Autor posiłkuje się teorią symbolicznego interakcjonizmu i koncepcją medykalizacji M. Foucaulta.

Książka składa się z sześciu rozdziałów. W pierwszym zaprezentowano historię rozwoju koncepcji „bezpieczeństwa” zdrowia, wyjaśniono skrótowo filozoficzne podstawy pojęcia sekurytyzacji i przedstawiono możliwość zastosowania w jej miejsce koncepcji „medykalizacji bezpieczeństwa”. Zwracając się w stronę medykalizacji, autor wprowadza zagadnienie będące głównym wątkiem pracy, tj. kwestię ciągłego rozszerzania się społecznej jurysdykcji profesjonalistycznej w naukach medycznych. Medykalizacja, jego zdaniem, prowadzi do traktowania medycyny jak „wszechmocnej” instytucji społecznej, odgrywającej współcześnie rolę zagwarantowaną w przeszłości dla religii. Z jednej strony medycyna jest postrzegana jako opresyjna i społecznie dominująca siła, z drugiej – jako instytucja zbawienna, gdyż zapobiegająca niebezpiecznym zagrożeniom.

Krytykom medykalizacji autor przeciwstawia Foucaultowską koncepcję dyskursu medycznego, postrzeganego w kategoriach konstruktywnego systemu wiedzy/władzy, umożliwiającego rozumienie i doświadczanie własnych ciał. Podkreśla, że nie ma już możliwości powrotu do jakiegoś pierwotnego stanu sprzed medykalizacji, jest ona coraz bardziej naszą terażniejszością, a najprawdopodobniej i przyszłością.

Praktyka współczesnej medycyny stanowi wynik współdziałania dwóch podstawowych systemów władzy – jednej dyscyplinującej, drugiej biopolitycznej – oddziałuje więc na nas w wymiarze indywidualnym, jednostkowym i kolektywnym, zbiorowym; kształtuje nas samych i to, jak będziemy/powinniśmy żyć. „Medykalizacja bezpieczeństwa” sprawia, że nasza koncepcja zagrożenia w polityce międzynarodowej jest częściowo redefiniowana jako problem medyczny – debata na temat ochrony (bezpieczeństwa) zdrowia zaczyna konstruować pojęcie zagrożenia jako czegoś, co nie jest już dłużej związane z możliwościami militarnymi i wrogimi politycznymi interwencjami innych państw. Teraz łączy się (również) z kwestią warunków medycznych istniejących w danej populacji, czy to w wyniku np., wybuchu epidemii grypy, zakażeń antraksem, cierpień i śmierci

z powodu malarii, czy z powodu chorób spowodowanych... otyłością. Poczucie zagrożenie bezpieczeństwa zaczyna mieć medyczne źródła. Co więcej, samo odczuwanie zagrożenia staje się jednym z „zaburzeń” (*disorder*) powodowanych występowaniem chorób. Główna część książki poświęcona jest właśnie analizie sposobów w jakie debaty prowadzone na różnych poziomach systemów zarządzania (*governance*) bezpieczeństwem zdrowia również wpływają na takie redefiniowanie poczucie zagrożenia.

W kolejnych rozdziałach autor analizuje różnorodne elementy medykalizacji bezpieczeństwa, ilustruje je konkretnymi, aktualnymi rozstrzygnięciami. Zaczyna od debat na temat pandemii i bezpieczeństwa narodowego, w kontekście zagrożenia wywołanego przez takie śmiertelne choroby zakaźne jak: HIV/AIDS (pierwsza światowa pandemia uznana w latach 90. jako zagrożenie dla bezpieczeństwa narodowego), zespół niewydolności oddechowej SARS (początek reakcji międzynarodowej – rok 2003), i grypa H5N1 (dotąd raczej potencjalne niż rzeczywiste zagrożenie). Wydarzenia te wpłynęły na utworzenie całej sieci instytucji monitorujących przebieg i prognozy zachorowań, takich jak np. Global Public Health Intelligence Network założony w Kanadzie, zbierający informacje w 7 językach, funkcjonujący 24 godziny na dobę i wydający co 3 godziny alerty o stanie zdrowia (wyniki dostępne dla zainteresowanych odpłatnie), Global Outbreak Alert i Response Network (pod auspicjami WHO), czy European Centre for Disease Prevention and Control (z bazą w Sztokholmie). A ochrona zdrowia idzie w parze z powiększającą się władzą legislacyjną przyznawaną krajowym lub międzynarodowym agencjom przeznaczonym dla podejmowania działań w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. W USA sekretarz departamentu zdrowia służby socjalnej ma władzę zarządzania kwarantanny wobec obywateli zarażonych, wytypowanymi przez siebie, chorobami zakaźnymi (m.in. cholera, dyfterytem, ospą). W wyniku wystąpienia wyżej wymienionych epidemii/pandemii i uznania ich za zagrożenie bezpieczeństwa publicznego, rozpoczęto produkcję i składowanie lekarstw i szczepionek na skalę globalną. WHO zobowiązało się do przygotowania w najbliższych latach szczepionek przeciwko H5N1 dla 50 ml. osób. W kontekście tych działań pojawia się więc kwestia stopnia możliwości/nieвозмоści zabezpieczenia się przed ewentualnymi epidemiami w różnych krajach, zwłaszcza tych słabiej ekonomicznie rozwiniętych i zorganizowania dla nich pomocy przez kraje bardziej zasobne (oczywiście także we własnym interesie).

W rozdziale trzecim autor kieruje uwagę na międzynarodowe regulacje dotyczące bioterroryzmu i biobezpieczeństwa i na instytucje zaangażowane w tworzeniu systemu ochrony na wypadek użycia broni biologicznej. Wskazuje zarazem

na wyjątkowe trudności w monitorowaniu, kontroli produkcji i użycia takich środków (zabezpieczeniu podlegać muszą rządy, ludność cywilna, jak również zwierzęta hodowlane, uprawy rolne i produkty żywnościowe). Dotychczasowa historia uchwalanych zakazów produkcji i składowania materiałów służących do produkcji broni biologicznej wskazuje na ich permanentne niedotrzymywanie. Wagę niebezpieczeństwa sytuacji wzmagają także okoliczności związane z produkcją takich środków dla obywateli własnych krajów w postaci powtarzających się wypadków pomyłkowego przesyłania skażonych materiałów do niewłaściwych adresatów, przypadków kradzieży, czy zaginięcia (uwolnienia się) zwierząt doświadczalnych zakazanych testowanymi wirusami. Elbe przypomina, że traktaty zakazujące produkcji i stosowania broni biologicznej z 1972 i 1993 roku nie zostały podpisane przez wszystkie kraje, a dodatkowo obejmowały tylko agencje państwowe, nie stosując się do niepaństwowych grup terrorystycznych. Dopiero traktat z 2005 r. objął wszystkie kraje i zobowiązał je do nadzorowania grup terrorystycznych pochodzących z własnych krajów. Te bioochronne regulacje zwiększyły obszar medycznej redefinicji zagrożenia w stosunkach międzynarodowych i jeszcze bardziej wzmożyły wkład ekspertów medycznych.

W rozdziale czwartym Elbe analizuje punkty styknięcia zdrowia i bezpieczeństwa, które pojawiają się w kontekście bezpieczeństwa jednostki, zarówno wobec takich zagrożeń jak AIDS, jak i „starych” już chorób – gruźlicy i malarii – i również dramatycznych skutków tych chorób dla sytuacji ekonomicznej osób w dotkniętych nimi krajach, czy obszarach. Jak zauważa autor, sfera bezpieczeństwa jednostek narażonych na te choroby zakaźne nie jest wprawdzie nowym zjawiskiem, ale to co jest w tej sytuacji nowego, to decyzja uprzywilejowania jednostki ludzkiej jako obiektu ochrony. Koncepcja „bezpieczeństwa człowieka” określona została w raporcie United Nations Development Program w 1994 r., a następnie rozwinięta przez Commission on Human Security w 2003 roku. Komisja utożsamia pojęcie *human security* z ochroną podstawowych wolności ludzkich przed katastrofami i powszechnym zagrożeniem. Tak ekstensywne poszerzenie koncepcji bezpieczeństwa budzą wątpliwości analityków bezpieczeństwa co do realnej możliwości organizowania efektywnego systemu bezpieczeństwa na dłuższą metę i zdobywania na ten cel środków finansowych. Jednym z rozwiązań zastosowanych przez niektóre kraje jest dodatkowe opodatkowanie biletów lotniczych (tak postępuje m.in. Francja od 2006 r.). Obecnie głównym źródłem finansowania lekarstw i szczepionek są najbogatsze kraje i prywatne fundacje (największe to fundacje małżeństwa Melindy i Billa Gatesów).

Rozdział piąty przedstawia wzrastający niepokój wywołany przez współczesne style życia: palenie tytoniu, korzystanie z fastfoodów, nadmierne spoży-

wanie alkoholu, i związane z tym choroby. Jak wynika ze statystyk, liczba ofiar śmiertelnych związanych z tymi zjawiskami równa się łącznej rocznej liczbie ofiar AIDS, gruźlicy i malarii (dane z 2008 r.). Autor podkreśla, że rozpatrując to zjawisko w perspektywie medykalizacji, wojna wytaczana papierosom i tytoniowi, jak i otyłości sama również zaczyna przedstawiać problem – społeczna jurysdykcja profesjonalistów medycznych jeszcze bardziej się rozszerza. Otwierają się nowe obszary życia społecznego poddane regulacjom norm medycznych. Medyczni profesjonaliści nie ograniczają się do naprawiania ciał, ale także aktywnie zachęcają nas do bardziej „zdrowego” życia. Pojawiają się pytania, czy będzie to związane z koniecznością ograniczenia wolności obywatelskich, a także dotyczące możliwości manipulacji ze strony rządu dla własnych partykularnych interesów politycznych, np., kiedy lider partii politycznej sam wybiera, czy przedstawić imigracje jako zagrożenie bezpieczeństwa czy jako kwestię praw człowieka, lub czy uznać problematykę zdrowia jako interes publiczny i problem rozwoju, czy jako zagadnienie międzynarodowego bezpieczeństwa. A także – międzynarodowa idea ochrony zdrowia może podważać polityczną neutralność państw, zwłaszcza gdy organizacje militarne staną się bliżej zaangażowane w sferę zdrowia.

Ostatni rozdział dotyczy podsumowania implikacji medykalizacji bezpieczeństwa dla praktyki bezpieczeństwa w XXI w. Wobec przedstawionego wcześniej materiału autor zastanawia się jak praktyka bezpieczeństwa zdrowia zmienia się kiedy staje się połączona z logiką medykalizacji. Jak wzrost bezpieczeństwa zdrowia transformuje łączenie kwestii bezpieczeństwa pomiędzy państwem i jednostkami, jak medykalizacja bezpieczeństwa skłania rządy do ochrony swojej populacji. Elbe podkreśla, że krytycy współczesnego systemu bezpieczeństwa zdrowia wskazują na kwestie zajmowania się nagłaśnianiem rozprzestrzeniających się chorób, a nie ich przyczynami, czyli nadmierną turystyką, destrukcją nieużytków, powszechną urbanizacją i postawianiem megaslamsów, koncentracją hodowli zwierząt w gęsto zaludnionych osiedlach ludzkich, i bardziej generalnie, zachodnią ekspansją, korporacyjną zachłannością i korupcją politycznych elit. Czyli bezpieczeństwo nie jest lokowane w szerszym społecznym i politycznym poziomie, nie koncentruje się na rzeczywistych powodach, czyli na ekonomicznych, geograficznych, społecznych i kulturowymi czynnikami endemicznych chorób, ale zamiast tego skupia się wyłącznie na rozwoju medycznych przeciwdziałań. Elbe nie ocenia jednak wprost zachodzących zjawisk czy zaobserwowanych i przedstawionych przez siebie tendencji. Zebrane i w systematyczny sposób zaprezentowane zjawiska pozostawia do rozważenia czytelników (i w ewentualnie organów decyzyjnych). Natomiast sam zauważa, że przyszłość będzie dominowana przez praktykę technicznych medycznych podejść i farmakologicznych inter-

wencji i – jak metaforycznie kończy swoją książkę – „obywatele będą pacjentami państw, które będą bardziej przypominać olbrzymie szpitale, i bezpieczeństwo stanie się technologią kontroli medycznej”, na dobre czy na złe.

Książka Stefana Elbe jest cennym wkładem w problematykę współczesnej medykalizacji. Napisana w jasny i przystępny sposób, zawiera bogatą bibliografię, zaadresowana jest do wszystkich osób zainteresowanych prognozami przeobrażenia naszej rzeczywistości.

Rec. Ewa Hyży-Strzelecka

Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej, red. W. Piątkowski, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 2010, ss. 239.

Czytelnik, który zetknie się z książką *Socjologia z medycyną*, zapewne zwróci uwagę na pierwsze zdanie, które widnieje na jej okładce. Włodzimierz Piątkowski, redaktor tego tomu, pisze, że „socjologia zdrowia, choroby i medycyny jest uznawana za jedną z najszybciej rozwijających się subdyscyplin”. Z takim twierdzeniem można się spotkać w pracach wielu badaczy zajmujących się zagadnieniami zdrowia, choroby i medycyny. Potwierdzeniem takiego stanowiska jest niewątpliwie znaczna liczba publikacji z tego zakresu, które ukazały się w ciągu ostatnich lat. Tematyka w nich poruszana dokumentuje rozwój tej dyscypliny oraz rozszerzanie jej pola badawczego, które sprawia, że obecnie nie mówi się już tylko o socjologii medycyny, ale o socjologii zdrowia, choroby i medycyny. *Socjologia z medycyną* jest kolejną publikacją reprezentujących ten typ wydawnictw.

Recenzowana książka jest szóstą¹ monografią z zakresu socjologii medycyny, która ukazała się z inicjatywy socjologów skupionych wokół Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Z punktu widzenia analizy zawartości tej publikacji istotne jest podkreślenie specyfiki środowiska naukowego, w jakim ona powstała. Autorami

¹ Wcześniejsze publikacje: *W stronę socjologii zdrowia*, red. W. Piątkowski, A. Titkow, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002; *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piątkowski, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002; *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, red. W. Piątkowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004; *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W. Brodny, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Społeczno-Gospodarczej w Tyczynie, Tyczyn 2005; *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Wydawnictwo Arboretum, Wrocław 2008.

większości tekstów są przedstawiciele socjologii medycyny, których działalność naukowa w różnym stopniu była związana z osobą Profesor Magdaleny Sokołowskiej, twórczyni polskiej i współtwórczyni światowej socjologii medycyny.

Artykuły składające się na książkę *Socjologia z medycyną* zawierają dwa równoległe elementy. Po pierwsze, został w niej opisany rozwój kluczowych obszarów zainteresowań współczesnej socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Po drugie, chyba bardziej istotne z punktu widzenia autorów tekstów, została w niej dokonana rekapitulacja dorobku naukowego M. Sokołowskiej, przy uwzględnieniu zmian, jakie miały miejsce w rozważaniach z zakresu socjologii medycyny w ciągu przeszło 20 lat od jej śmierci.

Omawiana publikacja zawiera kilka istotnych części. We *Wstępie* Włodzimierz Piątkowski przybliży czytelnikowi powody, które stały się przyczynkiem do powstania tego tomu. Autor pisze o tym w następujący sposób: „bezpośrednim powodem skłaniającym redaktora i autorów do przygotowania książki *Socjologia z medycyną*. *W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej* była potrzeba spłacenia długu wdzięczności, jaki mamy wobec twórczyni polskiej i współtwórczyni europejskiej socjologii medycyny – Profesor Magdaleny Sokołowskiej” (s. 7). Piątkowski podkreśla wyjątkowe miejsce, jakie M. Sokołowska zajmowała w historii rozwoju subdyscypliny. W dalszej części tekstu autor opisuje przebieg działalności naukowej twórczyni polskiej socjologii medycyny, zwracając szczególną uwagę na cechy i charakter prowadzonych przez nią badań, zakres zainteresowań, udział w tworzeniu instytucjonalnych ram socjologii medycyny w Polsce. Autor próbuje odpowiedzieć na pytanie, czy Sokołowska w trakcie swojej 45-letniej czynnej pracy zawodowej stworzyła spójny system, szkołę naukową. Na zakończenie jasno określa cel, jaki autorzy publikacji zamierzają zrealizować w jej ramach: „Nasza książka ma [...] formułować i proponować medycynie konkretne formy współpracy, zdefiniować nowe obszary, gdzie obie dyscypliny mogą i powinny kooperować wzajemnie się uzupełniając i w rezultacie tworzyć rodzaj wiedzy, która nie tylko objaśnia rzeczywistość, ale także pozwala ją zmieniać w pożądanym i zaplanowanym sposób” (s. 18).

Kolejne sześć rozdziałów tej publikacji tworzy odrębną całość, w ramach której czołowi przedstawiciele polskiej socjologii medycyny opisują zagadnienia, stanowiące obszar ich długoletnich zainteresowań badawczych. Każdy z tekstów przedstawia rozwój konkretnej tematyki przy uwzględnieniu dorobku naukowego prof. Sokołowskiej. Perspektywa ponad dwudziestu lat, jakie minęły od jej śmierci stanowi tło dla prób adaptacji jej koncepcji do dynamicznie zmieniającego się przedmiotu badań tej subdyscypliny w XXI w.

Antonina Ostrowska w artykule zatytułowanym *Zróżnicowanie społeczne i nierówności w zdrowiu* traktuje problem nierówności jako istotną kwestię społeczną. Równocześnie podkreśla, że ten problem nie funkcjonuje na wystarczającym poziomie w świadomości opinii publicznej i w ramach polityki społecznej. Autorka zwraca uwagę, że M. Sokołowska, już pod koniec lat 70., pomimo braku badań i danych statystycznych, pisała „o nierównościach w dostępie do zdrowia, stanowiących wyzwanie dla współczesnych społeczeństw [...], zwracając uwagę na istnienie nierówności związanych z zajmowaną pozycją społeczną, a szczególnie ubóstwem” (p. 24). W dalszej części tekstu Ostrowska opisuje etapy rozwoju zainteresowania nierównościami związanymi ze zdrowiem. Omawia sposoby wyjaśniania mechanizmów społecznych leżących u ich podstaw. Jednak najwięcej miejsca poświęca na zaprezentowanie społeczno-kulturowych determinant zdrowia. W toku wywodu sprowadza je do czterech podstawowych wymiarów: „efektu różnic w stylach życia, różnic w wartościach otaczających zdrowie i w kulturze medycznej, różnic kapitału społecznego, a zwłaszcza dostępnego wsparcia społecznego oraz jako skutku słabości i nieadekwatności systemów medycznych” (s. 34–35).

Kolejny rozdział – *Badania nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia* – autorstwa Beaty Tobiasz-Adamczyk został poświęcony przeobrażeniom, jakie miały miejsce w postrzeganiu pojęcia jakości życia uwarunkowanej zdrowiem na przestrzeni blisko czterech dekad jego obecności w naukach zajmujących się zdrowiem człowieka. Autorka podkreśla, że jeszcze przed pojawieniem się koncepcji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia omawiane w jej ramach zjawiska miały swoje miejsce w rozważaniach dotyczących rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych. Tobiasz-Adamczyk stwierdza, że „w Polsce do prekursorów tej orientacji badawczej należała Magdalena Sokołowska, która wraz ze swoim zespołem prowadziła pionierskie badania nad rehabilitacją społeczną i zawodową osób po zawale serca, a wśród poruszanych tematów znalazły się między innymi życie rodzinne inwalidów, a także readaptacja zawodowa tych chorych” (s. 49). Rozwój badań nad jakością życia uwarunkowaną zdrowiem autorka łączy ze zmianami w definiowaniu i postrzeganiu niepełnosprawności. Dodatkowo omawia zmiany w teoretycznym i empirycznym podejściu do tego pojęcia, stwierdzając na zakończenie, że „badania nad jakością życia doprowadziły do holistycznego podejścia do chorego, przyczyniając się do wyparcia modelu biomedycznego na rzecz modelu biopsychospołecznego” (s. 58–59).

Zofia Słońska w tekście: *Spoleczne natura zdrowia: teoria i praktyka* określa, co oznacza stwierdzenie, że zdrowie można rozpatrywać z punktu widzenia jego społecznej natury. Odwołuje się do rozróżnienia pomiędzy czynnikami

obiektywnymi (m.in. sytuacja gospodarcza, rozmiar nierówności społecznych) i subiektywnymi (m.in. kulturowe uwarunkowanie definicji zdrowia, zdrowie jako wartość deklarowana i realizowana), z których abstrahowana jest społeczna natura zdrowia. Autorka stwierdza, że „Magdalena Sokołowska, lekarz i socjolog, we wszystkich swoich pracach podkreślała konieczność uwzględniania i docenia- nia faktu społecznej natury zdrowia, przestrzegając przed ograniczaniem się do biomedycznej perspektywy w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych” (s. 65). Słońska przedstawia przejście od negatywnej do pozytywnej definicji zdrowia. Opisuje etapy tej ewolucji, powody zmiany paradygmatu oraz miejsce społecznej natury zdrowia w tych dwóch ujęciach. Podkreśla fakt, że zmiana definicji zdrowia z negatywnej na pozytywną zrewolucjonizowała optykę zjawiska zdrowia i cho- roby. Dzięki tej zmianie stał się możliwy zwrot ku społecznej naturze zdrowia. Tekst ten stanowi swoisty postulat konieczności uwzględniania społecznej natury zdrowia w rozważaniach dotyczących zdrowia, choroby i medycyny, ponieważ „mimo, że ranga uwzględniania społecznej natury zdrowia w działaniach na rzecz jego rozwoju i ochrony nie powinna być kwestionowana, nadal istnieje konieczność kontynuacji pogłębionej refleksji nad tym zagadnieniem” (s. 57).

Artykuł Zofii Kawczyńskiej-Butrym *Migracje – wyzwanie dla socjologii zdrowia i medycyny* ukazuje problematykę, która ze względu na obiektywne czynniki społeczne i ustrojowe nie mogła się znaleźć w bezpośrednim zasięgu zainteresowań i projektów badawczych M. Sokołowskiej. Jednak pomimo tego, jak stwierdza sama autorka, decyzja Sokołowskiej o umieszczeniu w książce *Socjologia a zdrowie* tekstu traktującego o migracjach i ich konsekwencjach zdrowotnych „w sposób niejako symboliczny podkreślało rangę tego tematu” (s. 85). Jak tytuł rozdziału wskazuje, autorka traktuje migrację jako wyzwanie dla socjologii zdrowia i choroby, w tym znaczeniu omawia wybrane problemy ilustrujące powiązanie migracji i zdrowia. Do opisywanych przez Kawczyńską-Butrym zagadnień należą: ryzyko zdrowotne migrantów i ich stan zdrowia w wymiarze zachorowalności na choroby zakaźne, występowanie zaburzeń zdrowia psychicznego oraz stan zdrowia fizycznego i psychosomatycznego osób migrujących. Autorka porusza także kwestie relacji pomiędzy migracjami a systemem medycznym, a mianowicie rozpatruje uwarunkowania korzystania migrantów z opieki medycznej, koszty usług medycznych oraz transfer tzw. „białego personelu” i opieki.

Mirona Ogryzko-Wiewiórowska w artykule: *Szaleństwa ponowoczesności ze śmiercią w tle* porusza tematykę, która zajmowała istotne miejsce w twórczości M. Sokołowskiej, a mianowicie zagadnienia dotyczące socjothanatologii. Autorka nie odwołuje się bezpośrednio do myśli Sokołowskiej. Jej rozważania o umiera-

niu i śmierci wpisują się w dyskurs ponowoczesności. Ogryzko-Wiewiórowska konfrontuje czytelnika ze współcześnie występującymi sprzecznościami związanymi z tymi zjawiskami. Pisze o tym, że z jednej strony śmierć staje się tematem tabu, oderwanym od naturalnego środowiska społecznego ludzi, z drugiej jest wszechobecna, skomercjalizowana, stanowi element niemal każdego komunikatu medialnego. Owe umieszczone w tytule artykułu „szaleństwa ponowoczesności”, zdaniem autorki, zmieniają definicje umierania i śmierci. Przemiany te omawia na postawie paradoksu śmierci dziecka. Dodatkowo stara się pokazać, jak rozwój medycyny wpływa na fakt, że współcześnie dostęp do technologii i nowoczesnych metod diagnostycznych wyznacza szanse jednostek na zdrowie. Pokazuje dwa skrajne podejścia do śmierci, czyli opiekę paliatywną i eutanazję. Sygnalizuje także coraz powszechniejsze próby uniknięcia definitywnego stanu, jakim jest śmierć poprzez stosowanie zabiegów kriogenicznych.

Rozdział, który zamyka część książki poświęconą rekapitulacji dorobku twórczyni polskiej socjologii medycyny przez jej współpracowników i uczniów został napisany przez Włodzimierza Piątkowskiego. Artykuł zatytułowany *Badania socjologiczne nad „inną medycyną”* w najszerszym zakresie prezentuje dorobek Sokołowskiej. Umieszczony przez autora podtytuł: *Inspiracje Profesor Magdaleny Sokołowskiej* zapowiada treść tekstu, w którym Piątkowski skupia się na przedstawieniu zainteresowań Sokołowskiej lecznictwem niemedyceznym. Autor stwierdza, że problematykę lecznictwa niemedyceznego, którą Sokołowska podejmowała przez prawie 20 lat swojej działalności naukowej, można uznać za jeden z głównych elementów jej pracy. W toku wywodu Piątkowski, poza przedstawieniem wątków związanych z lecznictwem niemedyceznym, które dominowały w twórczości Sokołowskiej, stara się wyjaśnić przyczyny jej zainteresowania tą tematyką. Stwierdza, że „można odnieść wrażenie, że jej ostatecznym celem był plan budowy nowej holistycznej, antropocentrycznie zorientowanej medycyny, gdzie respektuje się fakt, że pluralizm cierpień chorego może prowadzić do akceptacji swobodnego wyboru metod terapeutycznych, również takich, które w danej chwili nie są tolerowane przez medycynę” (s. 133). Następnie autor skupia się na omówieniu trzech wyraźnie dominujących w twórczości prof. Sokołowskiej wątków dotyczących lecznictwa niemedyceznego. Zdaniem Piątkowskiego, były to rozważania nad medycyną alternatywną i komplementarną, inspirowane projektami WHO (lata 1980–1983), po drugie – socjologiczna interpretacja „fenomenu Clive’a Harrisa” (lata 1978–1980). Ostatnim elementem łączącym Sokołowską z tą tematyką było jej zainteresowanie „medycyną nieoficjalną” w krajach euroamerykańskiego kręgu kulturowego (lata 1986–1987).

Artykuł Antoniny Doroszewskiej *Współpraca pomiędzy medycyną a socjologią – możliwość czy konieczność?* stanowi kolejny istotny element publikacji *Socjologia z medycyną*. Jak napisał Włodzimierz Piątkowski we *Wstępie* do tej publikacji, „chcielibyśmy też pokazać sposoby recepcji myśli naukowej Sokołowskiej przez najmłodszych adeptów naszego kierunku” (s. 18). Sama Doroszevska pisze o sobie, że jest przedstawicielką pokolenia, które nie miało okazji współpracować z prof. Sokołowską, jednak wybrało socjomedyczną specjalizację jako obszar swojej pracy. Z tej perspektywy autorka omawia elementy dorobku M. Sokołowskiej, które znajdują się współcześnie w kręgu zainteresowania owego „najmłodszego pokolenia” adeptów socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Na początku analizuje etapy nawiązywania współpracy nauk społecznych z medycyną, następnie przedstawia wybrane zagadnienia związane z przemianami w medycynie, które stanowiły i stanowią wyznawanie dla socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Do wybranych przez nią kwestii należą: przemiany w ramach szpitala jako przykładu instytucji medycznej oraz przeobrażenia zawodów medycznych (przy podkreśleniu roli pielęgniarek). Na zakończenie sygnalizuje ewolucję, jaka dokonała się w relacji lekarz – pacjent. Podsumowując podkreśla, że to właśnie „Sokołowska w swoich prekursorskich pracach nakreśliła zakres problematyki, którą do dziś zajmuje się socjologia zdrowia, choroby i medycyny” (s. 161).

Swoistą klamrę zamykającą rozważania poświęcone twórczości M. Sokołowskiej stanowi tekst Stanisława Kosińskiego *Udział Magdaleny Sokołowskiej w rozwoju lubelskiej socjologii medycyny*. Artykuł ten jest wyrazem wdzięczności za wsparcie naukowe i organizacyjne, jakie polska i lubelska socjologia medycyny otrzymała od prof. Sokołowskiej. Autor na wstępie podkreśla, że napisany przez niego tekst ma charakter wspomnieniowy, którego podstawę stanowią „autorefleksja, weryfikowana i wzbogacana wywiadami, archiwaliami oraz materiałami i dokumentami urzędowymi” (s. 168). Jak sam pisze, tekst składa się z czterech merytorycznych części. Taki układ ma w sposób uporządkowany pokazać związki działalności naukowej M. Sokołowskiej z tworzącą się lubelską socjologią medycyny. Na początku Kosiński czyni kilka uwag dotyczących ogólnych faktów z dziejów socjologii, które poprzedzały narodziny lubelskiej socjologii medycyny. Następnie odtwarza proces powstawania więzi pomiędzy Sokołowską a lubelskimi socjologami. Po trzecie pisze o doświadczeniach wynikających ze współpracy z twórczynią polskiej socjologii medycyny w trakcie przygotowywania grupy socjomedycznej na V Ogólnopolski Zjazd Socjologiczny w Krakowie w 1977 r. „Wreszcie czwarty, ostatni wątek dotyczy kwestii w niej najistotniejszej, bo promowania lubelskich doktorów i doktorów habilitowanych

z udziałem Profesor, której uczniowie, co najmniej od ćwierćwiecza, dominują w rosnących liczebnie zespołach socjologicznych Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej” (s. 169).

Postowie i Epilog książki *Socjologia z medycyną* stanowią element podkreślający charakter prezentowanej książki. Włodzimierz Piątkowski w *Postowiu* odwołuje się jeszcze raz do istotnej roli, jaką odegrała twórczyni polskiej socjologii medycyny w powstaniu i rozwoju tej subdyscypliny. Stwierdza, że działalność tej uczzonej jest „rodzajem zobowiązania i zarazem wyzwania do pracy nad utrzymaniem pozycji polskiej socjologii medycyny w Europie oraz w regionie środkowowschodnim” (s. 201). Z kolei Anna Titkow w *Epilogu* w sposób bardzo osobisty pisze o M. Sokołowskiej jako naukowcu, ale przede wszystkim jako o człowieku. Zwraca uwagę na szereg cech Pani Profesor, które sprawiły, że po dwudziestu latach od jej śmierci nadal obecna jest w pamięci i ma wpływ na działalność naukową osób, które miały z nią kontakt. Stwierdzenie autorki: „[...] mówienie o jej nieobecności wśród nas wydaje się czymś niestosownym i nieuzasadnionym” (s. 205) oddaje wagę życia i twórczości naukowej Sokołowskiej dla tego środowiska i subdyscypliny.

Ostatnią częścią książki jest wykaz publikacji M. Sokołowskiej z lat 1950–2009, przygotowany przez Annę Sadowską. Struktura materiału uwzględnia podział jej dorobku ze względu na poruszaną przez nią tematykę (prace ogólne, socjologia choroby, leczenia, rehabilitacji, zawody medyczne, instytucje medyczne, opieka medyczna, społeczeństwo a zdrowie, przemysł, medycyna pracy, choroby przemysłowe) oraz podział ze względu na charakter autorstwa dzieł (autorstwo, redakcja naukowa, współautorstwo).

Wymienione na początku tej recenzji dwa elementy zawarte w treści omawianej publikacji stanowią o jej specyfice. Z pewnością wyróżniają one książkę *Socjologia z medycyną* na tle publikacji z zakresu socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Zastosowana w jej ramach optyka łączy w sobie dwie wartości. Po pierwsze opis istotnych obszarów zainteresowania socjologii zdrowia, choroby i medycyny zaprezentowany przez kluczowych specjalistów, zajmujących się opisywanymi zagadnieniami. Ten element sprawia, że książka stanowi cenne źródło podstawowych informacji z tej subdyscypliny, szczególnie wartościowe dla osób, które chciałby zapoznać się z tematyką omawianą w ramach socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Sposób opisu omawianych treści umożliwia ich odbiór nie tylko przez czytelników o przygotowaniu socjologicznym. Dzięki temu możliwe jest zrealizowanie jednego z celów, przyświecających twórcom tej książki, a mianowicie ukazanie obszarów badawczych, w których współpraca interdyscyplinarna jest możliwa i pożądana. Oczywiście bardziej szczegółowe

analizy omawianych zjawisk można znaleźć we wcześniejszych pracach autorów, których teksty tworzą tę publikację. Drugim wartościowym elementem książki jest niewątpliwie rekapitulacja i próba adaptacji dorobku naukowego twórczyni socjologii medycyny do współczesnego kontekstu i wyzwań, jakie pojawiają się przed tą subdyscypliną. Sposób, w jaki jest to czynione z pewnością zainteresuje osoby, które na obszar swojej pracy naukowej wybrały akurat tę dziedzinę socjologii. Specyfika polskiej socjologii medycyny, która po przeszło dwudziestu latach od śmierci M. Sokołowskiej jest nadal silnie determinowana przez jej dorobek, wymaga dokładnej znajomości jej dokonań. Jednak chyba cenniejsze z punktu widzenia adepta tej subdyscypliny jest poznanie Sokołowskiej nie tylko jako naukowca, lecz także jako człowieka pełnego pasji i zaangażowania. Dzięki takiej wiedzy, która przechowywana jest we wspomnieniach jej współpracowników i uczniów możliwe jest lepsze zrozumienie dzieła jej życia – polskiej socjologii medycyny.

Rec. *Katarzyna Walentynowicz-Moryl*

Victoria Pitts-Taylor, *Cultural Encyclopedia of the Body*, Greenwood Press 2008, s. 577.

Zagadnienie cielesności człowieka podlega obecnie nie tylko refleksji z perspektywy biologii czy medycyny. Problematyka ciała zaznacza swoją obecność we wszystkich nurtach współczesnej refleksji humanistycznej. Cielesności przyglądają się takie dziedziny nauki jak antropologia, filozofia, historia czy sztuka. Przez stulecia ciało pozostawało niedostrzegalne. Takiemu stanowi rzeczy sprzyjał kartezjański pogląd na rozdzielność duszy i ciała, które postrzegano na podobieństwo maszyny i wartościowano negatywnie. Tymczasem ponowoczesność uczyniła z ciała źródło licznych problemów politycznych, społecznych i osobistych. W związku z rosnącym zainteresowaniem problematyką ciała mamy do czynienia ze znacznym przyrostem opracowań i analiz dotyczących powyższej tematyki. Wiele z nich wpisuje się w zakres dyscypliny zwanej socjologią ciała, która zapoczątkowała naukowy renesans zainteresowania się ciałem. Zwraca się uwagę na zjawisko społecznego i kulturowego konstruowania ciała, poddawania go praktykom kontrolnym i dyscyplinującym². Przedmiotem uwagi czyni się również problem wpływu cielesności na tożsamość jednostki oraz

² Ch. Barker, *Studia kulturowe. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005, s. 147.

przeobrażenia, którym współcześnie poddawane jest ludzkie ciało, uwypuklając związek między modyfikacjami ciała i rozwojem technologicznym. Tematyka ciała przejawia się także pod postacią studiów nad różnego rodzaju zagrożeniami wynikającymi z charakterystycznego dla kultury współczesnej kultu ciała. Wiele z tych zagadnień jest rozproszonych w różnorodnych publikacjach z zakresu socjologii, antropologii kulturowej, psychologii, historii czy nawet medycyny. Nie ulega wątpliwości, że zarysowane powyżej zagadnienia stanowią coraz częściej przedmiot badań interdyscyplinarnych, w ramach których mamy niejednokrotnie do czynienia ze współlistnieniem pojęć odnoszących się do różnych dyscyplin naukowych. Jednostka jako ucieleśniony aktor społeczny podlega wpływom kulturowego kontekstu, w którym funkcjonuje. Kulturowe ujęcia cielesności muszą zatem uwzględniać wzajemne wpływy ciała, społeczeństwa, historii i systemów wiedzy, którym ciało podlega, takich jak medycyna czy biotechnologia. Integracja tych wątków z pewnością wydaje się trudna i pracochłonna w obrębie jednego opracowania. Publikacja pod redakcją Victorii Pitts – Taylor, profesor socjologii z Queens College w Nowym Jorku, wydaje się spełniać te oczekiwania. *Kulturowa encyklopedia ciała (Cultural Encyclopedia of the Body)* zawiera bowiem opracowanie haseł kluczowych dla współczesnego rozumienia kwestii cielesności na gruncie różnorodnych dyscyplin naukowych.

Książka składa się z dwóch tomów obejmujących łącznie sto dziesięć rozdziałów, w tym czterdzieści trzy hasła odnoszące się wyłącznie do samych części ciała (zaczynając od *Abdomen* – brzuch po *Waist* – talię) oraz ich „kulturowej historii”. Z pozoru może się wydawać, iż czytelnik ma do czynienia z atlasem anatomicznym, jednak dokładne zapoznanie się z zawartością obu tomów sugeruje, że czterdziestu pięciu Autorów, reprezentujących różne specjalności, skrupulatnie powiązało elementy konstytuujące ciało człowieka z ich złożonym kulturowym, społecznym i historycznym kontekstem (odwołując się jednocześnie do współczesnych zjawisk, które im towarzyszą). Hasła zostały opracowane w postaci mini esejów, które zdecydowanie zacierają encyklopedyczny charakter publikacji. We wprowadzeniu Redaktorka podkreśla kulturowy wymiar opracowania sprowadzający się do następujących pytań:

- jakie jest rozumienie i znaczenie ciała w społeczeństwie?
- w jaki sposób traktuje się ciało, zarządza nim i je przeobraża?
- jak ciało jest przedstawiane i reprezentowane?³

Po szczegółowym wprowadzeniu rozważającym kulturowe wyjaśnienia cielesności oraz relację pomiędzy ciałem naturalnym i społecznie konstruowanym,

³ V. Pitts-Taylor, *Cultural Encyclopedia of the body*, Greenwood Press, 2008, s. 17.

znajduje się interesujące i zarazem przydatne zestawienie chronologiczne. Począwszy od okresu górnego paleolitu (24.000 – 22.000 lat p.n.e.), skończywszy na roku 2008 dokumentuje się istotne, wybrane zjawiska i wydarzenia wiążące różne aspekty cielesności z historią rozwoju ludzkości i społeczeństw. Stwierdza się między innymi obecność różnych form modyfikacji ciała i zabiegów upiększających, które występowały już 10 tysięcy lat przed Chrystusem, przytacza wierzenia, które towarzyszyły różnym transformacjom cielesności. W odniesieniu do współczesności zaś przywołuje się, na przykład, datę wynalezienia silikonowych implantów piersi. Zestawienie uwzględnia ponadto kwestie związane z kulturowym kształtowaniem postrzegania i stosunku do ciała człowieka, postępem wiedzy medycznej w zakresie funkcjonowania organizmu ludzkiego, obyczajami związanymi ze sferą cielesności. Dobór zjawisk i wydarzeń w tej chronologii uświadamia nieprzydatność podziału na naturę i kulturę jako dwie odmienne sfery analizowane przez odrębne dyscypliny, na co zwraca uwagę m.in. Chris Shilling w „Socjologii ciała”⁴ (podkreśla to również Redaktorka we Wprowadzeniu). Obecnie najbardziej pożądanym kierunkiem dla studiów nad cielesnością wydaje się być łączenie różnych podejść teoretycznych i strategii badawczych w ramach wielu specjalności. Trudno jest bowiem analizować problemy dotyczące ciała w kontekście kulturowym i społecznym bez uwzględnienia jego biologicznego wymiaru oraz mechanizmów ewolucyjnych, które ukształtowały ludzkie ciało i miały wpływ na określanie na przykład kryteriów oceny atrakcyjności fizycznej⁵. Przenikanie się kultury i natury jest widoczne wyraźnie w doborze i opracowaniu haseł *Encyklopedii*.

Niektóre hasła są opracowane dość krótko i zwięźle (np. *Chin* – broda, podbródek), inne długością sięgają przeszło trzydziestu stron (np. *Face* – twarz). Dla większej przejrzystości dłuższe artykuły podzielone zostały na podrozdziały. Najdłuższa sekcja poświęcona skórze (*Skin*) składa się, na przykład, z części opisujących kolczykowanie (przekłuwanie) jako formę ozdabiania ciała (*Body Piercing*), skaryfikację (*Branding* – wykonywanie ozdobnych blizn przez przypalanie), tatuowanie a nawet rozstępy (*Stretch Marks*). Każde hasło jest ponadto uzupełnione o spis literatury, która może okazać się pomocna przy dalszym zgłębianiu danego zagadnienia. Tekstowi gdziekolwiek towarzyszą czarno – białe ilustracje, tymczasem liczne opisy nawiązujące do anatomii ludzkiego ciała mogłyby zostać wzbogacone o dodatkowy materiał ilustracyjny, co z pewnością

⁴ Ch. Shilling, *Socjologia ciała*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 27.

⁵ K. Kościński, *Atrakcyjność twarzy: biologiczne podłoże, społeczne konsekwencje*, Academy of Aesthetic and Anti-Aging Medicine, 2, s. 36–40.

uczyniłoby opracowanie jeszcze bardziej atrakcyjnym dla czytelnika. Drugi tom zakończony jest się obszerną bibliografią oraz indeksem haseł.

Alfabetycznie pierwsze hasło odnoszące się do elementów konstytuujących ciało człowieka to „Brzuch” (*Abdomen*), po nim następuje opis procedury chirurgicznej zwanej abdominoplastyką (*Abdominoplasty*) – plastyką brzucha. Oprócz scharakteryzowania samego zabiegu i prześledzenia historii wykonywania procedury, autor nakreśla związek pomiędzy wyglądem brzucha oraz ideałem kobiecego piękna zauważając, że pożądany kształt tej części ciała zmieniał się wraz z upływem czasu. Na kartach *Encyklopedii* swoje miejsce znalazły opisy procedur typowych dla chirurgii kosmetycznej: chirurgiczne zmniejszenie i powiększenie biustu, plastykę pośladków, kości policzkowych, uszu, nosa itp. Tak liczna reprezentacja haseł odwołujących się do konkretnych operacji estetycznych wskazuje na znaczenie, jakie obecnie przywiązuje się do wyglądu ciała i sposobów jego modyfikacji. Chirurgiczne zabiegi upiększające stały się procedurami szeroko dostępnymi, natomiast ich popularność warunkowana jest, między innymi, kultem ciała i młodości obserwowanym współcześnie oraz ponowoczesnym stosunkiem do ciała wyrażającym się w zwiększeniu wartości ciała i przypisania mu zasadniczej roli w kształtowaniu tożsamości jednostki. Wyjaśnione w ten sposób pojęcia z pewnością mogą okazać się użyteczne dla przedstawicieli różnych dziedzin nauki, pragnących dowiedzieć się nie tylko o istocie samej procedury, ale przede wszystkim zrozumieć jej umiejscowienie w kontekście kulturowych i społecznych przemian postrzegania i traktowania ciała.

Na uwagę zasługują także niektóre hasła nawiązujące do relacji ciało – zdrowie – choroba, które bada się w kontekście ich społecznych i kulturowych uwarunkowań. Omówienie pojęcia „zaburzenia odżywiania” (*Eating Disorders*) zawiera charakterystykę takich chorób jak anoreksja *nervosa* i bulimia *nervosa* z uwzględnieniem zależności, które występują pomiędzy tymi schorzeniami i normami w zakresie obowiązujących standardów urody oraz postrzeganiem obrazu własnego ciała. Autorzy haseł zapoznają czytelnika z wynikami najważniejszych badań, które przedstawiają różnorodność czynników warunkujących dane zjawisko.

W wyjaśnianiu poszczególnych terminów splata się zatem wiedza z zakresu wielu dyscyplin naukowych: historii medycyny, demografii, antropologii, socjologii, filozofii, sztuki. Niezwykle istotną rolę odgrywa tutaj właśnie wiedza medyczna, która jak przekonuje redaktorka *Encyklopedii*, jest odpowiedzialna za rozumienie mechanizmów funkcjonowania organizmu człowieka, w tym także ciała.

Niektóre hasła w *Encyklopedii* są poświęcone typowym procedurom bądź problemom medycznym np. zabiegi chirurgiczne, rak piersi, trepanacja czaszki.

Ekspozycja one raczej medyczny, demograficzny i historyczny aniżeli kulturowy aspekt opisywanego zagadnienia. Zaletą obu tomów jest przyjęcie globalnej perspektywy w ukazywaniu cielesności – wielość praktyk, rytuałów i znaczeń przypisywanych ciału oraz jego poszczególnym fragmentom obrazuje ogromne kulturowe zróżnicowanie. W Encyklopedii czytelnik nie napotka licznych odwołań do teorii, z zakresu chociażby socjologii ciała, lecz zapozna się przede wszystkim z percepcją ludzkiego korpusu w różnych kulturach świata. Wędrowka śladem poszczególnych części ciała człowieka staje się również pretekstem do poruszenia innych zagadnień, które są nierozdzielnie związane z kondycją ciała we współczesnym społeczeństwie⁶.

Niezaprzeczalną wartością omawianego opracowania jest potraktowanie ciała jako tematu multidyscyplinarnego. Uczynienie punktem wyjścia części składowych ciała pozwala na dokonanie syntezy społecznych, kulturowych, historycznych, biologicznych i medycznych perspektyw ujmowania cielesności. Dodatkowo, zebrana razem wiedza tworzy całościowy i spójny obraz zagadnienia cielesności z uwzględnieniem licznych źródeł, nie tak łatwo dostępnych w innych publikacjach z tego zakresu. Encyklopedia dostarcza wiadomości na temat zwyczajów i praktyk cielesnych zaobserwowanych w różnych kulturach i społecznościach na całym świecie. Nie mniej ważnym pożytkiem płynącym z tej pozycji jest wkomponowanie w problematykę ciała zagadnień rasy, płci, religii, etniczności, władzy czy praw człowieka. Powyższe właściwości powodują, że *Kulturowa encyklopedia ciała* stanowi opracowanie niezbędne dla wszystkich, którzy czynią temat ciała przedmiotem swoich rozważań i analiz.

BIBLIOGRAFIA

Barker Ch. [2005], *Studia kulturowe. Teoria i praktyka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Shilling Ch. [2010], *Socjologia ciała*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kościński K. [2007], „Atrakcyjność twarzy: biologiczne podłoże, społeczne konsekwencje, „Academy of Aesthetic and Anti-Aging Medicine”, nr 2, s. 36–40.

Pitts-Taylor V. [2008], *Cultural Encyclopedia of the Body*, Greenwood Press.

Rec. *Bożena Walerjan*

⁶ Pod hasłem „twarz” opisuje się na przykład historie makijażu oraz interesujący z kulturowego punktu widzenia przypadek wielokrotnie ponoć przeobrażanej ręką chirurga plastycznego „twarzy Michaela Jacksona”. Porusza się także problem zaburzeń odżywiania, operacji zmiany płci, sposobów leczenia niepłodności i wiele innych.

Kevin White, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, Sage, Los Angeles – Washington 2009, ss. 204.

Problematyka podjęta w książce Kevina White charakteryzuje się dużą aktualnością zwłaszcza współcześnie, w okresie prowadzonego dyskursu w takich obszarach jak: medykalizacja kolejnych sfer życia, wpływ środowiska społecznego na profilaktykę zdrowotną czy relacji zachodzących na poziomie państwo – system ochrony zdrowia – pacjent. Wartość omawianej publikacji jest tym większa, że podejmowane w niej zagadnienia nie znajdują swojego odpowiednika w opracowaniach polskich autorów zajmujących się problemami socjologii zdrowia i medycyny. Jedynie niektóre kwestie omawiane w tej pracy poruszane są fragmentarycznie w odrębnych artykułach naukowych. Dlatego też książka ta może być polecona nie tylko studentom nauk społecznych, ale i pracownikom naukowym, jako podręcznik do studiowania problematyki obejmującej tematy z zakresu socjologii medycyny. O popularności tej książki za granicą może świadczyć fakt, iż jest to już drugie wydanie, przy czym pierwsze z 2002 r. doczekało się dodruku w 2007 r. Ponadto, podręcznik ten odróżnia się od innych podobnych prac poświęconych socjologii medycyny⁷, które przede wszystkim podejmują zagadnienia związane na przykład z wpływem środowiska, kultury, płci na zachowania zdrowotne współczesnych społeczeństw. W niewielkim natomiast stopniu zajmują się omówieniem takich zagadnień jak na przykład: choroba, zdrowie, ciało w różnych perspektywach socjologicznych.

Konstrukcja tego podręcznika cechuje się znaczącą przejrzystością i uporządkowaniem wywodu. Autor niniejszej książki nie tylko wprowadza czytelnika w zakres omawianej tematyki, przybliżając główne pojęcia socjologiczne, ale przede wszystkim pokazuje w poszczególnych rozdziałach, jak w naukach społecznych zmieniało się podejście do tematyki zdrowia i choroby. Autor, odwołując się do głównych teoretyków nauk społecznych udowadnia, iż rozwój medycyny nie był wynikiem *stricte* rozwoju techniki, ale przede wszystkim rozwoju współczesnych społeczeństw. Jak twierdził K. White, medycyna jest wytworem stosunków społecznych i tak powinna być rozumiana.

Książka składa się z dziewięciu rozdziałów oraz krótkiego podsumowania. Pomimo iż autor w poszczególnych rozdziałach pracy dokonuje odniesień do wcześniej przedstawionych koncepcji, to jednak każdy rozdział podejmuje

⁷ Por. A. Rogers, D. Pilgrim, *A Sociology of Mental Health and Illness*, New York 2005; S. Nettleton, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge 2010; *Handbook of Medical Sociology*, ed. by Ch.E. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont, New Jersey 2000.

z założenia nowe zagadnienie. Dlatego też zasadnym wydaje się omówienie każdego z rozdziałów.

W pierwszym rozdziale, stanowiącym w rzeczywistości wprowadzenie, autor podkreślił, że celem jego pracy będzie przedstawienie, jak rozwijała się socjologia zdrowia, dokonując w tym celu przeglądu myśli socjologicznej wybranych teoretyków, zaczynając od Emila Durkheima a kończąc na współczesnej myśli feministycznej. Tym samym autor pokazał, jak wyłaniały się historycznie poszczególne podejścia do prowadzenia badań nad problematyką zdrowia. K. White w niniejszej pracy podjął się próby przedstawienia społecznego kontekstu kształtowania wciąż młodej orientacji badawczej, jaką jest socjologia zdrowia, powstającej na bazie klasycznych badań socjomedycznych.

Punktem wyjścia dla rozważań podjętych przez autora w drugim rozdziale, zatytułowanym *Społeczne znaczenie wiedzy medycznej* należy uznać założenia myśli Ludwika Flecka. Autor pracy starał się udowodnić, iż myśl L. Flecka w znaczący sposób przyczyniła się do rozwoju socjologicznej wiedzy medycznej. Teza polskiego uczonego, iż wiedza medyczna jest wytworem społecznym stała się podstawą rozważań autora nad miejscem socjologii zdrowia w obrębie socjologii wiedzy. K. White w interesujący sposób, wraz z podaniem przykładów wykazał, że medycyna nie ogranicza się *stricte* do technicznego sposobu radzenia sobie z chorobą, ale wiedza medyczna na temat choroby i ciała jest wytworem czynników społecznych, politycznych i ekonomicznych. Podobnie, odwołując się do M. Foucaulta, autor argumentował, że profesjonalizacja wiedzy medycznej i zawodu lekarza jest wynikiem społecznej i politycznej walki, gdyż stała się ona narzędziem dominacji nad społeczeństwem ze strony państwa.

W rozdziale trzecim, zatytułowanym *Rozwój socjologii zdrowia* autor dokonał przeglądu socjologii i medycyny w kontekście wzajemnych relacji zachodzących od połowy XX w. Jest to w rzeczywistości krytyczna ocena medycyny dokonana przez socjologów. Jednocześnie K. White, kontynuując rozważania podjęte w poprzednim rozdziale stwierdził, iż choroby nie można interpretować jedynie w oparciu o założenia modelu biomedycznego, bowiem powinna być ona rozumiana jako proces społeczny. Dowodem na to, iż choroba jest wytworem społecznym są opisane przez autora przypadki zachowań, które zostały w XX wieku uznane za choroby – skłonność do hazardu czy alkoholizm. Na tej podstawie autor pokazał na czym polega medykalizacja, obrazując w jaki sposób medycyna wkracza w coraz to nowe dziedziny życia, próbując przejąć nad nimi kontrolę i poddać je swojej jurysdykcji.

Kolejny rozdział – *Ponowoczesność, epidemiologia i neo-liberalizm* dotyczy rozważań na temat choroby, które wykrystalizowały się w nauce w II połowie

XX wieku. Autor wskazał, że wraz z rozwojem ponowoczesności i dominacją liberalnego modelu zarządzania państwem, a jednocześnie rozwojem postaw indywidualistycznych w społeczeństwie, zmianie uległo również podejście dotyczące tego czym jest choroba, jak ją rozumieć, jak badać, jak interpretować przyczyny jej powstawania. Ponowoczesność to także szybki rozwój techniki, czego skutki zauważalne są przede wszystkim w medycynie. Tym samym socjologiczny model choroby coraz częściej pozostaje w opozycji do dominujących współcześnie modeli wyjaśniania przyczyn choroby: medycznego i epidemiologicznego. Tymczasem, jak ciekawie pokazał K. White, jeszcze na początku XX wieku modele epidemiologiczny i socjologiczny były sojusznikami w wyjaśnianiu przyczyn choroby, kiedy to analizowane były warunki społeczne i ekonomiczne mające wpływ na powstawanie takich chorób jak cholera.

W rozdziale piątym *Materialistyczne propozycje socjologii zdrowia* autor dokonał przeglądu poszczególnych podejść w wyjaśnianiu przyczyn powstawania chorób, które skupiają się na czynnikach społeczno – ekonomicznych. Z dwóch głównych podejść, ale nie jedynych, które zostały przedstawione, najwięcej miejsca poświęcił stanowisku tych badaczy, którzy kładą nacisk na materialistyczne przyczyny powstawania chorób, rozumiane jako korelacja środowiska społecznego i ekonomicznego, tj. miejsce w którym jednostka mieszka, zawód, który wykonuje, czy też sposób w jaki się odżywia. K. White przytoczył w tym miejscu badania dotyczące wpływu środowiska (na przykład zanieczyszczonego), w którym przebywa jednostka, na śmiertelność. Autor zwrócił również uwagę na podejście marksistowskie w wyjaśnianiu przyczyn powstawania chorób. Chcąc wyjaśnić specyfikę tej koncepcji przybliżył główne założenia myśli marksistowskiej podkreślając, iż choroba i jej leczenie były rozumiane jako rezultat kapitalistycznego systemu ekonomicznego. Choroba nie była wyjaśniana w kategoriach biologicznych, ale jako produkt warunków społecznych, czyli między innymi znacznie gorszych warunków mieszkaniowych, będących skutkiem istniejących nierówności społecznych.

W rozdziale szóstym, zatytułowanym *Parsons, amerykańska socjologia medycyny i rola chorego* autor w przystępny a zarazem kompleksowy sposób podjął się przedstawienia bogatej twórczości Talcotta Parsonsa w zakresie, w którym dotyczy ona problemów socjologii medycyny. Autor podkreślił, że T. Parsons był przeciwny rozumieniu choroby jedynie w kategoriach biologicznych, podkreślając wagę kultury i norm społecznych determinujących chorobę, jak i sposób jej leczenia. K. White przybliżył czytelnikowi podejście T. Parsonsa, przedstawiając jednocześnie w zarysie główne założenia teorii funkcjonalistycznej. W ten sposób pokazał, że T. Parsons, w przeciwieństwie do reprezentantów podejścia

materialistycznego podkreślał, że nie można życia społecznego redukować do interesów ekonomicznych. Twierdził, że społeczeństwo potrzebuje do istnienia instytucji społecznych, do których należy również opieka medyczna, nie zgadzając się jednocześnie ze stwierdzeniem, że instytucje takie działają jedynie w oparciu o własne interesy. Takiemu pogładowi przeciwstawiał założenie o roli czynników altruistycznych pozwalających na sprawne funkcjonowanie takich organizacji.

W kolejnym rozdziale – *Foucault i socjologia wiedzy medycznej*, autor przedstawił podejście Michela Foucaulta, nazywane „społecznym konstruktywizmem w socjologii zdrowia i choroby”. Ustalenia francuskiego filozofa można wpisać w nurt nieklasycznej socjologii medycyny. Autor podręcznika omawiając główne założenia M. Foucaulta odniósł się do tworzonej przez myśliciela teorii dyskursu. Według M. Foucaulta, zdrowie to władza. Filozof wyróżnił dwa typy władzy nad życiem – anatomopolityczną władzę nad ciałem, której celem było w przeszłości rozwijanie technik dyscyplinarnych w stosunku do jednostki oraz biowładzę (biopolitykę populacji) – polegająca na wykorzystywaniu kategorii naukowych do regulowania życia populacji, jak i jej reprodukcji. Biowładza ma jednak szerszy kontekst, bowiem jest ona elementem władzy państwowej, która dąży do kontroli i nadzoru współczesnych społeczeństw, poprzez na przykład kontrolę urodzin, propagowanie zasad higieny itd.

W rozdziale ósmym, zatytułowanym *Zdrowie, pleć i feminizm*, autor dokonał próby omówienia czterech nurtów myśli feministycznej – liberalnego, radykalnego, marksistowskiego, foucaultowskiego – w odniesieniu do problematyki zdrowia, a zwłaszcza medykalizacji. Socjologowie feministyczni zajmujący się problematyką zdrowia twierdzą, iż dominujący w kulturze obraz kobiety jako słabszej fizycznie, a jednocześnie częściej korzystającej z pomocy medycznej jest wytworem patriarchy. K. White w swoim studium współczesnej myśli feministycznej podał ciekawe przykłady potwierdzające głoszoną hipotezę, iż kobiece choroby są zarówno konsekwencją jak i odpowiedzią na społeczeństwo patriarchalne. Odniósł się przede wszystkim do naturalnych właściwości biologicznych organizmu kobiecego, jak menstruacja czy menopauza, które z czasem uległy procesowi medykalizacji.

W ostatnim rozdziale – *Rasa, etniczność i zdrowie* autor zobrazował na podstawie konkretnych przypadków przykłady rasistowskiego podejścia do osób o innym kolorze skóry, czy członków mniejszości etnicznych. Chcąc pokazać, jak bardzo rasizm przeniknął eksperymentalne praktyki medyczne Zachodu, K. White odwołał się między innymi do powszechnych przypadków wykorzystywania osób o czarnym kolorze skóry w eksperymentach medycznych prowadzonych w połowie XX wieku w USA. Wskazał na dość liczne przypadki głoszonych

w przeszłości rasistowskich poglądów, według których osoby o czarnym kolorze skóry ze względu na swoje właściwości biologiczne są predestynowane do roli „królików” doświadczalnych.

Konkludując należy podkreślić, iż recenzowany podręcznik jest wartościową pozycją, ze względu na zakres podejmowanych zagadnień. K. White podjął się bowiem omówienia problemów – wciąż niedostatecznie omówionych – dotyczących między innymi przeglądu myśli socjologicznej w zakresie takich problemów jak: czyli społecznego postrzegania medycyny, zdrowia i choroby w teorii socjologicznej. Oczywiście należy także wskazać na pewien niedosyt dotyczący tego opracowania. Po pierwsze, autor skupił się na omówieniu myśli socjologicznej głównych teoretyków z zakresu socjologii medycyny, jednakże brakuje w pracy omówienia ogólnych założeń teoretycznych poszczególnych klasyków socjologii, jak E. Durkheima czy T. Parsonsa. Tym samym omawiane problemy mogą być trudne do zrozumienia dla osób, nie posiadających wiedzy, dotyczącej chociażby aparatu pojęciowego, którym posługiwali się poszczególni badacze. Po drugie, należy wskazać na dość ograniczone potraktowanie omawianych zagadnień, takich jak zagadnienie medykalizacji czy wpływu środowiska społecznego na chorobę i zdrowie. Autor nie dokonał przeglądu myśli społecznej wielu innych ważnych badaczy, z których należy wymienić chociażby Erwinga Goffmana, Anzelma Straussa, Anthony Giddensa.

Pomimo tych uwag, recenzowany podręcznik warty jest zarekomendowania wszystkim, którzy zajmują się społeczno – kulturowymi aspektami problematyki zdrowia i medycyny. Autor odwołując się do różnych teorii chciał przede wszystkim pokazać – i co mu się udało – wpływ klas społecznych, władzy państwowej, a także etniczności i płci na kształtowanie obrazu choroby, jak i ukazać siłę patriarchy i rasizmu w produkcji i dystrybucji choroby w społeczeństwie

Rec. Paweł Przyłęcki