

ZOFIA KAWCZYŃSKA-BUTRYM  
Lublin

## POJĘCIE ZDROWIA – OTWARCIE SIĘ MEDYCyny NA SOCJOLOGIĘ

### I. SOCJOLOGICZNE POJĘCIA W MEDYCYNIE

Socjologia nie wchodziła w obszar medycyny do czasu, kiedy pojęcia „zdrowie” i „choroba” były ujmowane jednoznacznie i wyłącznie w kategoriach medycznych. Za kryterium zdrowia przyjęto brak choroby, a stwierdzenie choroby obejmowało ocenę funkcjonowania człowieka na poziomie organizmu i dotyczyło poszczególnych jego narządów, tkanek, komórek, a także było „odbiciem lub manifestacją nieprawidłowych procesów somatycznych (biologicznych, neurofizjologicznych itp.)”<sup>1</sup>. Według tego kryterium, ocena procesów i działania związane z chorobą leżały wyłącznie w zakresie medycyny i w kompetencjach lekarza.

Dopiero definicja Światowej Organizacji Zdrowia z 1947 r. otworzyła perspektywę włączenia do oficjalnego pojęcia zdrowia również innych, pozabiofizjologicznych aspektów. Przyjęto bowiem, że zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz także dobrostan biopsychospołeczny. Obok dawnego, biologicznego wymiaru zdrowia i choroby (*disease*) pojawił się ich wymiar psychiczny (zdrowia – dobrostan psychiczny, dobre samopoczucie – *well-being*, i jego przeciwieństwo choroba – *illness*) oraz wymiar społeczny (zdrowia – dobrostan społeczny, dobre samopoczucie społeczne, i choroby – *sickness*). Uwzględnienie w definicji społecznego wymiaru zdrowia nie tylko otworzyło możliwość podjęcia problematyki społecznej w dziedzinie, która dotąd należała wyłącznie do medycyny, ale spowodowało konieczność wypracowania społecznych kryteriów analizy i pojęć, które będą w tej analizie przydatne.

---

<sup>1</sup> B. Uramowska-Żyto, *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Warszawa 1992, s. 7, IFiS PAN.

Pierwszym pojęciem socjologicznym, które zostało wprowadzone do medycyny, było pojęcie „rola społeczna”, drugim – „dewiacja”. Pojęcie „rola społeczna” zostało zastosowane przede wszystkim do zdefiniowania najważniejszych pojęć – zdrowia i choroby.

W 1951 r. T. Parsons w swojej pracy *The Social System* (New York 1951) określił zdrowie jako optymalną możliwość efektywnego pełnienia ról społecznych, natomiast chorobę – jako ograniczenie w realizacji ról i zadań społecznych jednostki, wyznaczonych przez proces socjalizacji. Społeczny i kulturowy kontekst ról społecznych, jego „osadzenie” w procesie socjalizacji powoduje, że pojęcie „zdrowie/choroba” nie ma uniwersalnych, obiektywnych kryteriów, lecz w dużym stopniu jest wyznaczone społecznym kontekstem życia jednostki, normami społecznymi obowiązującymi w konkretnym środowisku i może być zróżnicowane w zależności od społeczności, w jakiej człowiek żyje, a także oczekiwaniami stawianymi mu przez grupę.

Ten wątek analizy pojęcia „zdrowie/choroba” – w odniesieniu do pojęcia roli społecznej – pojawił się też w pracy E. Freidsona, poświęconej profesjom medycznym (*Profession of Medicine*, New York 1970). Opierając się na teorii naznaczenia społecznego (E. Lemert, *Human Deviance*, New York 1967 r.), Freidson potraktował chorobę jako rolę dewiacyjną i wyróżnił dwa aspekty dewiacji: biologiczny i społeczny. Biologiczny aspekt dewiacji nie odbiega – w jego interpretacji – od tradycyjnego rozumienia choroby w kategoriach medycznych. Kryteria oceny są tu w zasadzie obiektywne, uniwersalne, nie podlegają społecznemu zróżnicowaniu. Ocena należy do lekarza. Technika oceny (diagnoza) i technika leczenia (terapia) są zależne jedynie od fazy rozwoju medycyny i jej możliwości technicznych. Aspekt społeczny, określanany jako dewiacja społeczna, może być – według Freidsona – analizowany jako dewiacja pierwotna i wtórna. Dewiacja pierwotna to zmiany w pełnieniu ról społecznych podyktowane kondycją fizyczną człowieka w okresie choroby, czasowym ograniczeniem ich realizacji lub okresową ich modyfikacją. Dewiacja wtórna to zmiana realizacji ról społecznych, ich ograniczenie lub podejmowanie nowych ról nie tyle na skutek zmiany biologicznej, ile w wyniku takich reakcji otoczenia, które prowadzą do zmiany położenia społecznego jednostki. Przyczynę dewiacji wtórnej stanowią więc funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy, zjawiska piętnowania i naznaczenia społecznego, postawy społeczne prowadzące do izolacji, segregacji, odrzucenia. W kontekście zdrowia/choroby interesują nas te przyczyny dewiacji wtórnej, które są skupione na osobach lub grupach osób chorych, powodując ich wyodrębnienie czy nawet wyizolowanie i prowadzą do takiego sposobu ich funkcjonowania w rolach, jaki jest im wyznaczony przez środowisko.

Kategoria roli społecznej – wprowadzona do medycyny i analizowana w kontekście zdrowia i choroby przez obu autorów – otworzyła bardzo interesujący obszar badań społecznych. Ze względu na znaczenie tej kategorii dla rozwoju socjologii medycyny, która coraz częściej jest zwana socjologią zdrowia i choroby, należy bliżej omówić ten problem.

Jak wspomniano, pierwszym, który wprowadził pojęcie roli społecznej do medycyny, był Parsons. Jego koncepcja roli wiązała się z przyjętą przez niego koncepcją systemu społecznego i kontroli społecznej. Przyjmując pojęcie choroby – podobnie jak Freidson – jako roli dewiacyjnej, a więc nie w pełni zgodnej z normatywnym systemem życia społecznego, kontrolę nad tą dewiacyjną rolą pozostawił medycynie, instytucji społecznej zajmującej się chorobą, a pośrednio – lekarzowi, który jako profesjonalista ma odpowiednie kompetencje i uprawnienia do sankcjonowania tej dewiacyjnej roli<sup>2</sup>.

Równie ważnym elementem teorii roli – wprowadzonym do medycyny przez Parsonsa – była koncepcja „roli chorego”. Według tego autora, oczekiwaną społecznie reakcją człowieka na fakt zmiany biologicznej jest podjęcie roli chorego.

Choroba – jako stan, który ogranicza optymalną możliwość realizacji ról społecznych – prowadzi do wycofania się człowieka z zadań wyznaczonych mu w procesie socjalizacji i w efekcie może doprowadzić do zaburzenia równowagi systemu społecznego (np. rodziny, wybranej społeczności, społeczeństwa). Dlatego choroba musi pozostawać pod kontrolą społeczną, a człowiek chory i instytucja medyczna (jako system kontroli) mają wyznaczone konkretne zadania. W stosunku do człowieka chorego oznaczają one konieczność podjęcia nowej roli, czyli wejścia w „rolę chorego”. Mieszczą się w niej następujące założenia i oczekiwania: a) jednostka nie jest odpowiedzialna za swój stan; b) chory zostaje wyłączony z pełnienia dotychczasowych ról społecznych; c) wymaga się, aby chory uznał, że jego stan jest niepożądany i dążył do wyzdrowienia; d) oczekuje się, by w tym celu chory zwrócił się o kompetentną i profesjonalną pomoc do lekarza.

Wprowadzone przez Parsonsa pojęcie „roli chorego” spotykało się z krytyką, w której zarzucano, iż odnosi się ono do zjawisk obserwowanych jedynie w społeczeństwach zachodnich (dostęp do lekarza, możliwość czasowego ogra-

---

<sup>2</sup> Usankcjonowanie kontrolnej funkcji instytucji i zawodów medycznych w ramach systemu społecznego i zgodnie z koncepcją roli społecznej zostało szczególnie wyeksponowane w warunkach państwowej służby zdrowia, m.in. w Polsce, poprzez kontrolowanie absencji pracowniczej, piętnowania „bumelantów” oraz przyznawanie różnych przywilejów na podstawie zaświadczeń lekarskich.

niczania pracy zawodowej na podstawie zwolnienia lekarskiego) i występujących wyłącznie w związku z chorobami o ostrym i ciężkim przebiegu, wymagających interwencji medycznej.

Również zmiany, jakie zaszły w ostatnich dziesięcioleciach w koncepcjach zdrowia, prowadzą do odrzucenia założeń „roli chorego”. Takie programy Światowej Organizacji Zdrowia, jak „Twoje zdrowie w Twoich rękach”, „Zdrowie dla wszystkich 2000” wyraźnie eksponują odpowiedzialność jednostek, grup społecznych i wielkich zbiorowości ludzkich za własne zdrowie. Przyjęcie więc w rozumieniu „roli chorego” braku odpowiedzialności za swój stan stoi w sprzeczności z założeniami tych programów. Ponadto w koncepcji tej nie przewiduje się dopuszczalności korzystania z innych niż lekarskie źródeł i sposobów leczenia, np. odrzuca się metody alternatywne, „uzdrowiaczy”, samoleczenie, samoopiekę. W związku z tym, koncepcję „roli chorego” należy uznać za w znacznym stopniu zdezaktualizowaną.

Zupełnie inaczej należy spojrzeć na fakt wprowadzenia kategorii „rola społeczna”. Nie było ono krytykowane, wręcz przeciwnie, doprowadziło do co najmniej dwu pozytywnych zjawisk. Jedno z nich wiąże się z samą medycyną, drugie z socjologią. Jedno stanęło u podstaw opracowania tzw. funkcjonalnych kryteriów zdrowia, m.in. określenia sprawności w czynnościach codziennego życia (chodzeniu, możliwości wykonywania pracy), w opracowaniu „skal aktywności” na przykład osób starych, dzieci upośledzonych<sup>3</sup>. Drugie stało się podstawą rozwoju socjologii medycyny, a zwłaszcza tej grupy zagadnień, które są określane jako socjologia zdrowia i choroby.

Socjologiczna definicja zdrowia – zaproponowana przez Parsonsa – otworzyła przed socjologią możliwości podjęcia nowych badań i analiz teoretycznych i empirycznych. Problematyka zdrowia, choroby, leczenia i opieki oraz umiarkowania stała się na tyle atrakcyjna, że podejmowali ją znani przedstawiciele różnych nurtów socjologii.

Wśród problemów budzących zainteresowanie zdrowiem/chorobą i podejmowanych w socjologii znajduje się dążenie do wyjaśnienia: a) choroby, jej istoty i rozumienia w kategoriach pojęć socjologicznych<sup>4</sup>; b) stosunków, zjawisk, relacji społecznych, które prowadzą do powstawania i rozpowszechniania się

---

<sup>3</sup> T. Witkowski, *Poziom rozwoju społecznego upośledzonych umysłowo. Uwarunkowania umiejętności PAC*, Lublin 1985, RW KUL.

<sup>4</sup> Szczególnie cenną pracą na ten temat i przeglądem stanowisk dotyczących tej problematyki jest książka J. Sowy pt. *Kulturowe założenia pojęcia zdrowia w psychiatrii* (Warszawa 1984, PWN).

chorób; c) procesów, zjawisk i relacji społecznych towarzyszących chorobie, zdrowieniu (*healing*), umieraniu i śmierci.

Jedną z bardziej interesujących propozycji dotyczących niektórych z wymienionych problemów są koncepcje zdrowia i choroby w interpretacji interakcjonizmu symbolicznego i teorii naznaczenia społecznego. Obie one akcentują ogólnie społeczne reakcje – począwszy od uznania jakiegoś stanu za chorobę, skończywszy na ukazaniu reakcji środowiska społecznego i jego wpływu na zachowania jednostki.

Przedstawiciele obu tych nurtów wprawdzie uznają chorobę za „rzeczywistość fizyczną” nie podlegającą kulturowemu zróżnicowaniu, jednak eksponują konieczność uwzględniania kontekstu społecznego i kulturowych zróżnicowań, związanych z definiowaniem choroby i jej społeczną percepcją. Obejmuje ona m.in. „społeczną reakcję”, jaka może polegać zarówno na bagatelizowaniu, ignorowaniu choroby (jej zaprzeczaniu), jak i na uznaniu choroby i sankcjonowaniu związanych z nią zachowań. Przy takim założeniu pojawia się sytuacja, w której uznanie kogoś za chorego, np. chorego psychicznie, opiera się na stereotypach określonych kulturowo, natomiast wiele objawów występujących u osoby chorej jest jej reakcją na silnie stresującą sytuację społeczną, m.in. na doświadczane sankcjonowanie. Z tego też względu interakcjoniści uważają, że choroba jest funkcją procesów zachodzących w środowisku, skutkiem oddziaływania środowiska zewnętrznego, a reakcja społeczna jest podstawowym „elementem interakcjonistycznego paradygmatu choroby. Decydującym kryterium choroby lub zdrowia [...] jest to, czy udaje się w toku reakcji społecznej skutecznie przypisać jakąś kategorię choroby”<sup>5</sup>.

Zwrócono też uwagę na fakt ostrych reakcji społecznych, napiętnowania, stygmatyzowania wielu chorób (choroby weneryczne, choroby psychiczne; ostatnio przykładem jest AIDS). Reakcje te wywołują załamanie zasad komunikacji i interakcji z innymi, uniemożliwiają realizację społecznych działań, a w konsekwencji powodują przesunięcie osób chorych do takich grup społecznych, w których stan chorobowy nie jest odrzucany i nie jest uznany za coś niezwykłego (np. marginalizacja chorych, przesunięcie na margines społeczny całych grup, tworzenie wspólnot narkomanów, izolowanie i organizowanie domów dla chorych na AIDS).

Te koncepcje choroby i zachowań z nią związanych podkreślają środowiskowo-kulturowy aspekt stawania się chorym i chorowania, oczywiście z uwzględ-

---

<sup>5</sup> U r a m o w s k a - Ż y t o, dz. cyt., s. 120.

nieniem preferowanych w medycynie biologicznych aspektów choroby. Rzutuują jednocześnie na eksponowanie problematyki związanej z terapią.

Z przedstawionych stanowisk jasno wynika, że zmiana sytuacji osoby chorej nie może być dokonywana tylko i wyłącznie, jak to ma miejsce w terapii stosowanej przez lekarzy w chorobach psychosomatycznych (np. w chorobie wrzodowej, zawale) czy nawet w chorobach psychicznych (schizofrenia), poprzez terapię polegającą na biologicznej zmianie sytuacji człowieka, z uwzględnieniem wyłącznie naprawy stanu i funkcjonowania jego organizmu, układów, narządów. Pomijanie środowiskowego, społeczno-kulturowego podejścia do choroby powoduje, że „cechą charakterystyczną programów terapeutycznych jest manipulowanie człowiekiem, a nie środowiskiem, zmienianie pacjenta, nie zaś jego otoczenia, nie mówiąc o zmienianiu świadomości jego współpracowników albo zwierzników [albo członków rodziny – Z. K.-B.], gdy przecież oni stanowią po części przyczynę symptomów”<sup>6</sup>.

Zagadnienia chorowania i zdrowienia, znaczenia terapii medycznej oraz innych środowiskowych i społeczno-kulturowych aspektów przywracania zdrowia lub życia z chorobą, problemy i uwarunkowania powrotu człowieka do normalności są podejmowane przez socjologów także przy okazji zajmowania się problemami niepełnosprawności. Definiowanie niepełnej sprawności bardzo wyraźnie nawiązuje do koncepcji roli społecznej, gdyż jest określone jako współwystępujące ze zmianami fizycznymi ograniczenie funkcjonalne lub jako „naruszenie sprawności działania lub odchylenie od normy funkcjonowania”, także w zaburzeniach nerwicowych i psychozach<sup>7</sup>. Podobnie jest z definiowaniem inwalidztwa. Inwalidą jest osoba, w stosunku do której Komisja do spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia orzekła istnienie takiego ograniczenia sprawności, które powoduje niemożność wykonywania pracy zawodowej na określonym poziomie. Wprawdzie przy orzekaniu o inwalidztwie uwzględnia się głównie kryterium pracy zawodowej i zatrudnienia, to jednak i w tym przypadku odnosi się to do stwierdzenia ograniczeń i utrudnień w pełnieniu konkretnej roli społecznej. W tej sytuacji należy podkreślić dwa wnioski.

1. Kategoria roli społecznej wprowadzona na teren medycyny nie tylko otworzyła możliwość prowadzenia badań socjologicznych na gruncie nauk traktowanych wcześniej niemal wyłącznie jako nauki biologiczne, lecz do tego

---

<sup>6</sup> S o w a, dz. cyt., s. 12.

<sup>7</sup> *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL. Ekspertyza PAN*, Wrocław 1984, s. 17, Ossolineum.

stopnia w nich się zaadaptowała, że uznano ją za podstawowe kryterium ocen związanych z ograniczeniami funkcjonalnymi i zakresem tych ograniczeń.

2. Wykorzystywanie przez medycynę kategorii „rola społeczna” jako kryterium oceny stopnia inwalidztwa, niepełnej sprawności i w działaniach rehabilitacyjnych spowodowało, że najwyższy poziom otwarcia się medycyny na socjologię, a w związku z tym najliczniejsze zatrudnianie socjologów w instytucjach medycznych, obserwujemy w dziedzinie usprawniania osób niepełnosprawnych i inwalidów. Zadaniem socjologów w tym zakresie jest pomoc w rehabilitacji społecznej (w podjęciu poprzednio pełnionych ról społecznych) i zawodowej (w podjęciu tej samej lub innej pracy zawodowej) osób niepełnosprawnych.

## II. NOWE POJĘCIA ZDROWIA – NOWE ZADANIA

Wiele zmian obserwowanych w świecie – związanych z analizą wskaźników stanu zdrowia populacji, strukturą chorób, wśród których przeważają przewlekłe choroby zwyrodnieniowe, z rosnącą liczbą osób niepełnosprawnych (według szacunków w świecie jest 500 milionów takich osób; 350 milionów nie uzyskuje właściwej pomocy), nowa „filozofia” zdrowia określana jako jego promocja – prowadzi do nowych koncepcji i nowych definicji zdrowia. Coraz wyraźniej są akcentowane w nich te obszary i zakresy działania, które stają się nowym wyzwaniem dla socjologii<sup>8</sup>.

Należy tu wymienić głównie dwie, sformułowane w ostatnich latach definicje. Jedna z nich, z 1977 r., określa zdrowie jako jak najdłuższą możliwość samodzielnego, aktywnego i twórczego życia bez chorób i niepełnej sprawności lub nawet razem z nimi, jeśli nie udało się ich uniknąć.

Kryterium zdrowia jest tu samodzielne, aktywne i twórcze życie, niezależnie od tego, czy z towarzyszącą chorobą, czy bez niej. Takie kryterium zrywa więc z kategoriami medyczno-biologicznymi, choć ich do końca nie eliminuje. Choroba jest pozostawiona medycynie. Jednak nawet w sytuacji choroby, przy ograniczeniu sprawności, istotna pozostaje wartość zdrowia, które należy chronić, przywracać i wzmacniać, by zachowywać lub odzyskiwać w określonych warunkach samodzielne, aktywne i twórcze życie.

Drugą interesującą definicją jest określenie zdrowia z 1986 r. zawarte w tzw. Karcie Ottawskiej, podpisanej przez przedstawicieli 38 krajów, w tym też Pol-

---

<sup>8</sup> Z. K a w c z y ń s k a - B u t r y m, *Promocja zdrowia wyzwaniem dla socjologów*, [w:] *Socjologia medycyny w uczelni*, red. M. Latoszek, Gdańsk 1993, s. 41-49.

ski, a dotyczącej promocji zdrowia. Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym każdemu człowiekowi kontrolę/oddziaływanie na własne zdrowie oraz stwarzanie warunków dla jego ochrony i umacniania. Sformułowana koncepcja wyraźnie zrywa z tradycyjnym podporządkowaniem zdrowia/choroby niemal wyłącznie instytucjom i profesjom medycznym oraz porzedniej, medyczno-profesjonalnej nad nimi kontroli.

Przed wszystkim jednak, co należy szczególnie podkreślić, na nowo jest zdefiniowane pojęcie zdrowia. Zdrowie to potencjał jednostkowy i społeczny. Nie jest ono ujmowane jako cel człowieka, lecz jako środek, który ma służyć człowiekowi do realizacji celów i do osiągnięcia tych wartości, które uzna za cenne. Zdrowie jest interpretowane jako zasoby, którymi człowiek dysponuje i za jakie ponosi odpowiedzialność wobec siebie i innych. Ponieważ są to zasoby (potencjał) indywidualne i społeczne, mają służyć każdemu człowiekowi i całemu społeczeństwu. Potencjał, jakim jest zdrowie, odpowiada, a nawet pod wieloma względami przewyższa inne zasoby, jak np. bogactwa naturalne kraju, majątek człowieka. Zdrowie, jak i inne zasoby, należy chronić, właściwie z nich korzystać, zwiększać. Tylko wówczas będą mogły służyć człowiekowi i całym wspólnotom ludzkim do realizacji wyznaczonych celów i uznanych wartości.

Praktyczne wskazania promocji zdrowia podkreślają konieczność zmian w postawach wobec zdrowia, w zakresie zachowań mających wpływ na zdrowie, przemiany niekorzystnych dotychczas stylów życia i zlikwidowania często istniejącego konfliktu między kulturowymi wzorcami przyjemnego życia a nowymi zasadami dbania o zdrowie<sup>9</sup>. Nie jest możliwe, by zmiany te były dokonane bez współdziałania socjologów i szczegółowej socjologicznej analizy postaw związanych ze zdrowiem, chorobą i niepełną sprawnością, i ich uwarunkowań; bez analizy zakresu i rodzaju niekorzystnych dla zdrowia zachowań i ich motywacji oraz szczegółowego rozpoznania, na czym polega i czego dotyczy kulturowy wzór przyjemnego życia, a także jakie jest miejsce zdrowia w kulturowym systemie wartości.

Przyjęte przez medyczne gremia definicje zdrowia są wyzwaniem dla socjologów i wskazaniem interesujących – z punktu widzenia rozwoju teorii socjologicznych i ze względu na istniejące możliwości zastosowania uzyskanych wyników w praktyce społecznej – obszarów badań społecznych.

Kiedy na początku lat siedemdziesiątych miałam szansę i przyjemność uczestniczenia w wykładach z socjologii medycyny na KUL, prowadzonych przez prof. Teresę Kukołowicz, nie do końca byłam świadoma, jak szerokie otwierają

---

<sup>9</sup> Zob. *Uczelnia promująca zdrowie*, red. Z. Kawczyńska-Butrym, Lublin 1995.



się perspektywy przed socjologią medycyny i przede mną. Dzisiaj – jako uczennica i kontynuatorka tych wykładów – mam okazję o tym napisać i za to podziękować.

THE CONCEPT OF HEALTH  
– MEDICINE'S OPENNESS TO SOCIOLOGY

S u m m a r y

The author justifies the thesis that any changes in the definition of health points to a need for cooperation between medicine and sociology. The point of departure of the changes as the understanding of health is the definition of the World Health Organization of 1947. This definition takes health in opposition to illness as a psychological and social well-being. An answer to the above definition is to point to the social criteria of health and illness. Within the sphere of sociology the problem was discussed by T. Parsons and other sociologists. They pinpointed the social context of health and illness by applying the concept of social role in their analyses. A further change in the understanding of health questioned the latter formulation in the domain sociology. The World Health Organization formulated its new programme in the following slogan: „Your health in your hands”. This watchword opened up many new problems for which the categories of social role proved insufficient.

*Translated by Jan Kłos*