

**FILOZOFICZNE, SPOŁECZNE I PRAWNE ASPEKTY NAUK  
O ZDROWIU**



# **FILOZOFICZNE, SPOŁECZNE I PRAWNE ASPEKTY NAUK O ZDROWIU**

**CZEŚĆ PIERWSZA**

**FILOZOFICZNE I SPOŁECZNE ASPEKTY NAUK O ZDROWIU**

**POD REDAKCJĄ:**

**AGATY JANASZCZYK, LUBOMIRY WENGLER, PIOTRA POPOWSKIEGO, PIOTRA  
PIETRZAKA, IZABELI ADRYCH – BRZEZIŃSKIEJ, EWY ADAMSKIEJ – PIETRZAK,  
KRZYSZTOFA SOBCZAKA, EWY BANDURSKIEJ**

**WYDANIE I**



**POLSKIE TOWARZYSTWO  
PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH**

**Gdańsk 2012**

© Copyright by Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych

Gdańsk 2012

**Autorzy części I:**

Ewa Bandurska, Magdalena Gajewska, Agata Janaszczyk, Joanna Jassem – Bobowicz, Łukasz Karczyński, Piotr Krakowiak, Katarzyna Leoniuk, Halina Nowakowska, Jolanta Olszewska, Agnieszka Paczkowska, Krzysztof Sobczak, Paweł Sut, Ewa Wojdak-Haasa, Marzena Zarzeczna-Baran

**Redakcja:**

Agata Janaszczyk, Lubomira Wengler, Piotr Popowski, Piotr Pietrzak, Izabela Adrych – Brzezińska, Ewa Adamska – Pietrzak, Krzysztof Sobczak, Ewa Bandurska

**Publikacja recenzowana**

**Redakcja i korekta:** Ewa Bandurska

**Projekt okładki i opracowanie graficzne:** Michał Kwidziński

**Skład i łamanie:** Ewa Bandurska

**ISBN 978-83-9336651-6-6**

**Wydawca:**

Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych

Al. Zwycięstwa 42A, 80-210 Gdańsk

Tel. +48587358303, fax +48583491548

[www.ptpz.pl](http://www.ptpz.pl)

Druk i oprawa: Drukarnia Drukonsul

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej książki nie może być powielana ani rozpowszechniana bez uprzedniego wyrażania zgody przez wydawcę i autorów

## **Autorzy części I**

Ewa Bandurska – Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

Magdalena Gajewska - Uniwersytet Gdański, Zakład Socjologii Religii i Wiedzy

Agata Janaszczyk - Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej

Joanna Jassem - Bobowicz - Klinika Neonatologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

Łukasz Karczyński – Uniwersytet Gdański, Katedra Prawa Finansowego

Piotr Krakowiak – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk Pedagogicznych

Katarzyna Leoniuk - Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej

Halina Nowakowska – Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie

Jolanta Olszewska – Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego

Agnieszka Paczkowska – Fundacja Hospicyjna

Krzysztof Sobczak - Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej

Paweł Sut – Uniwersytet Gdański, Katedra Teorii i Filozofii Państwa i Prawa

Ewa Wojdak – Haasa - Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

Marzena Zarzeczna-Baran - Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

# Spis treści

<b>Wykaz skrótów</b> .....	8
<b>Wstęp</b> .....	10
<b>Rozdział 1. Główne pojęcia konstytuujące perspektywę filozoficzno - społeczną w naukach o zdrowiu</b> .....	12
1.1. Zdrowie w ujęciu holistycznym.....	12
1.2. Trójwymiarowe rozumienie choroby .....	18
1.3. Przekonania i potrzeby zdrowotne: podmiotowe czynniki kondycji zdrowotne.....	25
1.4. Niepełnosprawność, jako zjawisko wykraczające poza biomedyczną optykę.....	34
1.5. Relacja lekarz - pacjent, jako interakcja społeczna .....	48
1.6. Autonomia jednostki/pacjenta: subiektywny element działania .....	54
1.7. Medykalizacja, jako proces ekspansji medycyny .....	56
1.8. Duchowość i religijność - istotowe elementy egzystencji człowieka .....	60
<b>Rozdział 2. Nauki o zdrowiu w kontekście dyskursu etyczno – społecznego</b> .....	68
2.1. Refleksja bioetyczna nad problemami generowanymi przez postęp medycyny .....	68
2.2. Medycyna w kontekście filozoficzno – historycznym .....	77
2.3. Medycyna w ujęciu socjologicznym .....	82
2.4. Społeczny aspekt medycyny .....	88
2.5. Zdrowie publiczne, jako dyscyplina akcentująca społeczno - medyczny kontekst zdrowia .....	92
<b>Rozdział 3. Społeczne komponenty w naukach o zdrowiu</b> .....	99
3.1. Socjoekonomiczne determinanty zdrowia i choroby.....	99
3.2. Patologie społeczne, jako zagrożenie dla spójności i trwałości społeczeństwa .....	103

3.3.	Mandala zdrowia: ekologiczno - społeczny model zdrowia .....	106
3.4.	Rodzina w kontekście zmian zachodzących w społeczeństwie .....	111
3.5.	Wsparcie społeczne, jako postawa potencjału pomocowego .....	122
3.6.	Pomoc społeczna - instytucjonalna perspektywa potencjału pomocowego .....	135
3.7.	Socjoterapia .....	138
<b>Indeks</b>	.....	<b>143</b>

## Wykaz skrótów

ADHD - zespół nadpobudliwości psychoruchowej (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

ang. – angielski

APTA – Amerykańskie Stowarzyszenie Fizykoterapii (American Physical Therapy Association)

CAM - Medycyna Komplementarna i Alternatywna (Complementary and Alternative Medicine)

DALY - Lata Życia Skorygowane Niepełnosprawnością (Disability Adjusted Life Years)

EuroPHEN – Projekt Etyka w Zdrowiu Publicznym (European Public Health Ethics Network)

gr. – grecki

HALE - Oczekiwana Długość Życia w Zdrowiu (Healthy Adjusted Life Expectancy)

HBM - Model przekonań zdrowotnych (Health Belief Model)

HDI - Wskaźnik Rozwoju Społecznego (Human Development Index)

HQRL - Jakość Życia Związana ze Zdrowiem (Human Related Quality of Life)

IEEF - Europejski Instytut Edukacji Rodzinnej (Institut Europeen d'Education Familiale)

IFFLP - Międzynarodowa Federacja Popierania Życia Rodzinnego (Institut European d'Education Familiale)

INER - Instytut Naturalnej Regulacji poczęć (Institut Für Natürliche Empfängnis – Regelung)

ISPCAN - Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Krzywdzeniu i Zaniedbywaniu Dzieci (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect)



łac. – łaciński

NGO – Organizacje pozarządowe (non-governmental organizations)

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NPR – Naturalne Planowanie Rodziny

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

PTC – Podstawowa Temperatura Ciała

QALY – Lata Życia Skorygowane Jakością (Quality Adjusted Life Years)

Rozp. – rozporządzenie

SES – Status Socjoekonomiczny (Socioeconomic status)

UE – Unia Europejska

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization)

WOOMB - Światowa Organizacja Owulacyjnej Metody Billingsa (*World Organisation of the Ovulation Method Billings*)

## Wstęp

Niniejsza pozycja jest swego rodzaju stematyzowaną kontynuacją podjętego wcześniej projektu publikacyjnego noszącego tytuł *Nauki o zdrowiu: architektonika dziedziny*, który został zrealizowany w latach 2010 – 2012 i dotyczył próby systematycznego ujęcia tematyki z zakresu nauk o zdrowiu. Ów projekt miał na celu określenie tożsamości i ważności przedmiotowej nauk o zdrowiu ze względu na interdyscyplinarny charakter analizowanej dziedziny. Efektem takiego podejścia było wydanie czterech części, z których każda dotyczyła odmiennych kontekstów, w jakich zwykło sytuować się nauki o zdrowiu, a mianowicie dyscyplin i podstawowych pojęć operacyjnych współtworzących zakres wiedzy tej dziedziny, podmiotów zajmujących się organizacją świadczeń zdrowotnych, społecznych, etycznych i prawnych zagadnień oraz implikacji medycznych. Wybór omawianych kwestii nie rościł sobie pretensji do wyczerpującego i zamkniętego ujęcia problematyki nauk o zdrowiu, choć głównym założeniem było ukazanie szerokiego spektrum tematyki poruszanej w obszarze tych nauk.

*Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu* wpisują się we wcześniejszy projekt, ale w sposób skonkretyzowany rozwijają i uzupełniają podjęte wcześniej zagadnienia. Przyczynkiem do ponownej analizy wybranych kontekstów humanistyczno – prawnych było zjawisko demedycyzacji kategorii zdrowia, który to proces prowadzi do ukierunkowania nauk o zdrowiu w stronę aspektów filozoficznych (w tym etycznych i historycznych), społecznych oraz prawnych właśnie. Filozoficzno – społeczne inklinacje wskazują na pewne ogólne i podstawowe kwestie związane z rozumieniem zdrowia w kontekście dyskursów i praktyk pozamedycznych, które modyfikują *stricte* biomedyczne spojrzenie. Takie postrzeganie zdrowia uwzględnia potrzeby, oczekiwania i postawy jednostek, a także grup funkcjonujących w szeroko rozumianym środowisku, na które składają się czynniki światopoglądowe, moralne, społeczne, ekonomiczne, ekologiczne, historyczne itd. Czynniki te kształtują określone wzory percepcyjne interpretujące zdrowie jako swego rodzaju wypadkową różnorodnych determinant czy wręcz jako konstrukt odzwierciedlający zmiany zachodzące tak w jednostkach, jak i całych zbiorowościach.

Oczywiście spojrzenie medyczne jest wciąż *implicite* obecne w tego typu analizach, gdyż stanowi swego rodzaju punkt wyjścia, ale przestaje autonomicznie stanowić o fenomenach zdrowia, choroby, niepełnosprawności i śmierci. Jak się wydaje, takie podejście koresponduje z istotową interdyscyplinarnością nauk o zdrowiu, co czyni niezbędnym wskazanie pewnych podstawowych problemów natury filozoficzno – społecznej, które wyznaczają horyzont dla rozważań tej dziedziny wiedzy.

Niemniej jednak owo odwoływanie się nauk o zdrowiu do filozoficzno – społecznych kwestii, jak i sam proces demedykalizacji zdrowia muszą, jak się wydaje, zostać poddane jurysdykcji prawnej, jeśli mają być wpisane w obiektywny i intersubiektywny porządek stanowienia sensu. Można stwierdzić, iż perspektywa prawna jest niezwykle istotnym punktem odniesienia dla nauk o zdrowiu, gdyż instytucjonalnie uzasadnia i legislacyjnie ugruntowuje sferę praktyki w zakresie oddziaływań związanych ze zdrowiem. Wszelkie zatem regulacje prawne owej praktyki starają się uwzględniać kontekst filozoficzno – społeczny postępowania biomedycznego w specyficzny dla prawnego dyskursu sposób. Chodzi o wyznaczenie granicznych warunków możliwości powszechnego realizowania i osiągnięcia pożądanej wartości jaką jest zdrowie, przy jednoczesnym zachowaniu równowagi między poszczególnymi determinantami mającymi wpływ na zdrowie. Innymi słowy, dyskurs prawny stara się wypracować swego rodzaju konsensus między perspektywą demedykalizacyjną a prespektywą biomedyczną, co jest o tyle istotne z punktu widzenia nauk o zdrowiu, iż z jednej strony faktycznie proces demedykalizacji stanowi współcześnie, jak się wydaje, rację bytu owych nauk, z drugiej jednak strony, dziedzina ta jest na stałe związana z praktykami medycznymi, ponieważ nauki o zdrowiu po prostu wywodzą się z dyskursu medycznego.

W związku z powyższym analiza filozoficznych, społecznych i prawnych aspektów nauk o zdrowiu została podzielona na dwie części, z których pierwsza dotyczy problemów humanistycznych, druga zaś prawnych. Należy jednak zaznaczyć, iż owe części odnoszą się do siebie w sposób komplementarny, gdyż problemy, kwestie i pojęcia wyrosłe z perspektywy filozoficzno – społecznej przybierają legislacyjną formę na gruncie analiz prawnych.

Agata Janaszczyk

## Rozdział 1

# Główne pojęcia konstytuujące perspektywę filozoficzno - społeczną w naukach o zdrowiu

Agata Janaszczyk, Krzysztof Sobczak, Magdalena Gajewska, Katarzyna Leoniuk, Halina Nowakowska, Marzena Zarzeczna-Baran, Ewa Wojdak - Haasa, Paweł Sut, Piotr Krakowiak

### 1.1. Zdrowie w ujęciu holistycznym

W 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła nową definicję → **zdrowia**, rezygnując z określania go za pomocą negacji, czyli braku → **choroby**, czy kalectwa → (**niepełnosprawności**), przyjęto pozytywną definicję, opisującą zdrowie, jako stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu [1]. Zmiana ta ma charakter symboliczny, ponieważ z jednej strony reprezentuje nowy styl myślenia o zdrowiu, charakterystyczny dla kultury ponowoczesnej, z drugiej strony egzemplifikuje przemiany, jakie zaszły w dyskursie naukowo-medycznym w XX wieku.

Definicja WHO jest przykładem wieloaspektowego ujmowania problemów zdrowia i choroby. O ile wiek XIX cechował się podejściem puryfikacyjnym, wyrażającym się w dążeniu do wyodrębnienia zjawiska choroby, jego deskrypcji i klasyfikacji, o tyle druga połowa XX wieku może być interpretowana, jako proces hybrydacji i łączenia chorób z przyczynami je wywołującymi, a zatem postrzegania choroby i zdrowia, jako całościowego systemu powiązanego z szerokim kontekstem społeczno-kulturowym [2]. Owo przejście z →**biomedycznego modelu** ujmowania zdrowia i choroby do postrzegania ich w kategoriach holistycznych, zdaniem niemieckiego hermeneutyka i filozofa kultury H. G. Gadamera ujawnia się w pytaniu: czy czuję się chory? Otwiera ono bowiem płaszczyznę podmiotowego

i refleksywnego odniesienia do zdrowia [3]. Zdaniem socjologa A. Giddensa autorefleksywność jest nie tylko efektem oddziaływania autorefleksywnego nastawienia medycyny, ale także cechą kultury nowoczesnej i konstytuowanej w jej obszarze ludzkiej tożsamości [4]. Przejście do modelu socjo-psycho-medycznego, którego wyrazem jest definicja przyjęta przez WHO, ukonstytuowało się z jednej strony na skutek szerszej zmiany kulturowej, z drugiej zaś jest efektem wyczerpania się efektywności medycyny opartej na wąskiej specjalizacji. Jak pisze Gadamer postępująca specjalizacja nauk w konsekwencji wymusza ich interdyscyplinarność, którą za B. Latourem możemy określać, jako hybrydyzację i pojawienie się nowego sposobu myślenia o człowieku, jako istocie, której ciało jest uwikłane w sieć społecznych i psychologicznych zależności i złożoności [2].

Korzeni myślenia o zdrowiu w kulturach zachodnich sięgają czasów storożytych, gdzie zdrowie było stanem równowagi. W mitologii greckiej zdrowie było personifikowane pod postacią Higiey, córki Asklepiosa i Panakei [4], w kulturze rzymskiej podobną rolę pełniła Salusa. W tych kulturach zdrowie było powiązane z pierwiastkiem żeńskim, o czym może świadczyć fakt, iż rzymskie cesarzowe i księżniczki były przedstawiane jako boginie zdrowia. Zadaniem żeńskich bóstw było troszczenie się o zdrowie. Kiedy analizujemy główne tezy greckiego lekarza, ojca medycyny, Hipokratesa, widzimy, że troska o zdrowie była „najważniejszym prawem medycyny (*salus aegroti suprema lex*)” a naczelną zasadą działania było nieszkodzenie choremu (*Primus non nocere*) [6]. Hipokrates próbował definiować zdrowie, jako dobre samopoczucie człowieka wynikającym z równowagi pomiędzy człowiekiem a środowiskiem. W filozofii medycyny Hippokratesa dostrzegamy obecnie dwie perspektywy, jedną, która była oparta na zasadach racjonalnych (obserwacja chorego, wyciąganie wniosków, będących podstawą rozpoznania i przyjęcia strategii terapeutycznej) i drugą, w której widział zdrowie, jako kompleks czynników i warunków społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i zachowaniu zdrowia. Przyczynił się on przecież do rozwoju higieny, środka służącego zapobieganiu chorobom i wspomagającego dobrostan człowieka. Zachowanie równowagi w procesie terapeutycznym straciło na znaczeniu, wraz z podporządkowaniem praktyki medycznej, intensywnemu rozwojowi nauk szczegółowych, dzięki którym od XVIII wieku dokonuje się w medycynie nieustanny postęp.

Model biomedyczny, zakładał definiowanie zdrowia poprzez weryfikację stanu anatomicznego i odnoszenie go do przyjętych norm [7]. Określenie zdrowia jest wówczas normatywnym (z założenia obiektywnym) określaniem normalności (zdrowia jednostki), co staje się szczególnie widoczne, gdy śledzimy wraz z M. Foucault czy D. Amstrongiem [8](

Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century) historię narracji medycznych dotyczących chorób i praktyk medycznych (Gajewska, Pawliszak [9]. Przy definiowaniu zdrowia, jako negacji choroby, i powierzeniu tego zadania medycynie, mamy do czynienia z procesem społecznego-konstruowania zdrowia i normalności właśnie przez kryteria medyczne. W tym sensie zdrowie jest tym, co się ujawnia, gdyż zostało utracone, lub, gdy zostało odzyskane przez pacjenta.

Ten sposób definiowania zdrowia stał się przyczynkiem do rozwinięcia w kulturze zachodniej zjawiska określonego przez filozofię i → **socjologię krytyczną, medyczną bio-władzą**. Zadaniem dyskursu medycznego było nie tylko definiowanie choroby, ale też sankcjonowanie normalności i nienormalności jednostki. Z modelem biomedycznym związana jest też genderowa, hierarchiczna struktura podziału profesji medycznych, w którym lekarze (mężczyźni) odpowiedzialni są za leczenie (treatment) a za troskę (care) o zdrowie pacjentów (ich powrót do zdrowia) odpowiadają pielęgniarki (kobiety). W zachodnim systemie medycznym troska (care) przez długi czas była symbolicznie powiązana z praktykami pielęgniarstwu czy położniczymi. Powiązanie choroby ze zjawiskami społecznymi, przez wyjaśnienie epidemiologiczne, zdaniem D. Armstronga, skierowało uwagę medycyny właśnie, ku problemom zdrowia i doprowadziło w efekcie do wyznaczenia nowego zadania, jakim stał się nadzór → **zdrowia publicznego** od połowy XIX wieku. Tworzenie poradni i innych instytucji doprowadziło do rozwinięcia nadzoru nad ludźmi normalnymi (zdrowymi). Zadaniem owych poradni było wczesne wykrycie choroby i propagowanie prozdrowotnych zachowań wśród społeczeństw. W efekcie jak pisze B. Uramowska- Żyto [10] zdrowie nie było dłużej traktowane, jako prywatna sprawa jednostki i jej ciała, a medycyna prewencyjna przestała ograniczać się jedynie do problemów środowiska naturalnego, ale zaczęła dotyczyć szczegółów życia społecznego. Koncentracja na środowisku społecznym i relacjach jakie się w nim wydarzają, sprawiła, że w efekcie w XX wieku, w dyskursie medycznym pojawiło się nowe rozumienie ludzkiego ciała – jako ciała relatywnego i subiektywnego [10]. Definicja WHO z 1948 roku stanowi więc symboliczny wyraz owej podskórnej przemiany, jaka następowała w filozofii medycyny i dominujących w niej reprezentacjach ludzkiego ciała, choroby i zdrowia.

W ten dyskurs wpisuje się → **model zdrowia M. Lalonda**, który wyróżnił następujące grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia, czynniki biologiczne (genetyczne), zachowania i → **styl życia**, czynniki środowiskowe oraz sposób organizacji

służby zdrowia [11]. W nowym modelu sytuacja zdrowotna jest determinowana przez różnorodne czynniki, które są poddawane ocenie przez takie zmienne jak: zachorowalność, chorobowość, umieralność, umieralność niemowląt czy długość życia. Przykładem kompleksowego wskaźnika skorelowanego z chorobą jest DALY (Disability Adjusted Life Years), który wyraża utratę lat życia (stosowany przez WHO i Bank Światowy). Innym wskaźnikiem jest HDI (Human Development Index). Jego składowe oceny to długie i zdrowe życie, wykształcenie i dochód na osobę w rodzinie (stosowany przez ONZ). Do oceny zdrowia społeczeństw stosowane są jeszcze dwa inne wskaźniki: QALY (Quality Adjusted Life Years) będący pomiarem wyników interwencji zdrowotnych, oraz HALE (Healthy Adjusted Life Expectancy) czyli oczekiwana długość życia w zdrowiu. Innym miernikiem powiązany ze zmianą definiowania zdrowia jest HQRL (Human Related Quality of Life) oparty na kwestionariuszu służącym do oceny zdrowia przez pacjenta. Służy on ocenie wpływu, jaki według samego pacjenta ma → **choroba** oraz stosowana terapia na jakość jego życia [12].

Badania amerykańskiego badacza Harvey'a Greena wykazały, że zdrowie jako wartość jest powiązana z takimi wartościami jak piękno, witalność narodu czy uczucia → **religijne** [13]. Nieodłącznym atrybutem ponowoczesnego dyskursu na temat wartości zdrowia jest odniesienie go do indywidualnej odpowiedzialności podmiotu. Brak troski o zdrowie jest oceniany w kategoriach moralnych. Filozofia prozdrowotnego aktywizmu, która cechuje współczesne społeczeństwa jest określana jako → **healthsism**. Zdrowy → **styl życia** jest kompleksem medycyny prewencyjnej, yogi, dbania o szczupłą sylwetkę, zdrowej diety, unikania nałogów i pozytywnego myślenia). Badacze podkreślają, że dążenie do osiągnięcia zdrowia i ustanowienie go najważniejszą wartością w ludzkiej egzystencji nabiera w dzisiejszej kulturze zachodniej wymiaru porównywalnego do formy życia religijnego czy politycznego Ronald W. [14]. Dworkin podkreśla, że ruch na rzecz zdrowia wypływa z przekonania, że choroba jest czymś, czego można uniknąć właściwie postępując. Przekonanie to ma jednak wymiar iluzoryczny i ideologiczny, które pojawia się wraz z → **medykalizacją** życia i redefinicją systemów religijnych, zdrowie i choroba nie są wartościami, które są człowiekowi dane, ale takimi, które on sam może osiągać. Zdrowie z wartości autotelicznej przekształciło się w wartość deklaratywną i realizowaną. „Realizowanie” zdrowia sprawia, że nabiera ono cech zadania do osiągnięcia. Problem ten został poruszony także przez R. Crowforda (Healthism and the medicalization of everyday life). Jednak pejoratywną ocenę

tego zjawiska przedstawił Petr Skrabanek [15], który porównał healthism do totalitarnego faszystowskiego systemu, w którym troska o zdrowie i piękno, jako obowiązek każdego obywatela, stała się przyczyną upadku ludzkich wartości. Tym samym postrzega on healthism, jako narzędzie dyscyplinowania społeczeństw i zagrożenie ponowoczesnej kultury zachodniej. Odgórne i instytucjonalne wyznaczanie sposobów osiągnięcia i dbanie o zdrowie jest w jego opinii procesem odbierania jednostkom ich **autonomii** i konstruowaniem tzw. „zdrowych konsumentów”, z drugiej strony reżim zdrowotny konstruuje perspektywę ciągłego zagrożenia i niepewności do życia człowieka.

Wielu badaczy społecznych stawia obecnie tezę, iż rozwój medycyny opartej na →**promocji zdrowia** prowadzi do legitymizacji społeczeństwa opartego na idei ryzyka. Stosunek do niego zaś jest wyrazem porządku i struktury społecznej (M. Douglas, Czystość i Zmaza) [16]. Współczesne społeczeństwa zachodnie organizują swój porządek wokół zdrowia, konstruując różnorodne ideologie i dyrektywy z nim powiązane. Skutkiem ubocznym takiej organizacji, jest ukonstytuowanie porządku społecznego, w którym podziały społeczne i dystrybucja dóbr przebiegają wokół wartości zdrowia. Dominacja indywidualistycznej, liberalnej i aktywistycznej filozofii zdrowia wytwarza, więc nie tylko iluzję możliwości sprawowania kontroli nad własnym ciałem, ale także wyznaczania podziałów (grid – group) uzasadniających dystrybucję dóbr społecznych. Zastosowanie do ich analizy teorii kulturowej ujawniło, że natura problemów powiązanych z promocją zdrowia i ryzykiem zdrowotnym odbiega od biomedycznych sposobów rozwiązywania problemów, które w klinicznym środowisku miały charakter znanych i rozwiązywalnych (*tame problems*) a wkraczając w obszar życia społecznego tzw. grzesznych, ohydnych (*wicked problems*), które ze względu na ilość czynników a przede wszystkim kontekst społeczny mają *de facto* aporematyczny charakter i nie dają się rozstrzygać i zarządzać za pomocą odgórnych, dyrektywnych decyzji [17] (K. Grint) czy jednorodnych modeli zarządzania, jak to się często proponuje. Efektem zastosowania modelu rozwiązania typu *tame* do *wicked problem* najczęściej jest niski próg efektywności działań promujących zdrowie lub konflikt społeczny, ponieważ ten typ problemów wymaga od aktorów zaangażowanych w realizację zadań związanych z promocją zdrowia nowej kultury komunikacyjnej, w ramach których będą mogły powstawać „niezgrabne” rozwiązania (*clumsy solutions*), wypracowane przez reprezentantów grup społecznych, a nie tylko przez urzędników zajmujących się problemami zdrowia publicznego.



Z przedstawionych procesów wyłania się jasno wizja zdrowia, jako nie tylko autotelicznej wartości, ale przede wszystkim, jako wartości społecznej. Nowa definicja zdrowia odgrywa też coraz większe znaczenie w życiu polskiego społeczeństwa, wyznaczając kierunki polityki zdrowotnej, działań administracyjnych i prawnych. Healthism odgrywa też coraz większą rolę w świadomości społecznej, co może oznaczać, że laicka koncepcja zdrowia powiązana z systemem eksperckim odgrywa coraz istotniejszą rolę w życiu Polaków, na co wskazują badania prowadzone przez socjologów medycyny i badaczy zdrowia publicznego. Wreszcie o istotności zmiany świadczy fakt rozwoju socjologii w medycynie, która w przeciągu ostatniej dekady przekształciła się w → **socjologię zdrowia i choroby** (Sociology of Health and Illness).

1. World Health Organisation, Basic Documents, 42<sup>nd</sup> Edition, Geneva 1999.
2. B. Latour, Nigdy nie byliśmy nowocześni, przeł. M. Gdula, Warszawa 2011.
3. H. G. Gadamer, O skrytości zdrowia, tłum. Andrzej Przyłębski, Media Rodzina, Poznań 2011.
4. A. Giddens, Nowoczesność i tożsamość. Ja i społeczeństwo, w epoce późnej nowoczesności, przeł. Alina Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
5. E. Makowiecka, Sztuka grecka, Warszawa 2006.
6. C. Korczak, J. Leowski, Problemy higieny i ochrony zdrowia, Warszawa 1977.
7. M. Foucault, Narodziny kliniki, przeł. Paweł Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
8. D. Armstrong, Political Anatomy of the Body, Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century, Cambridge University Press 1983.
9. M. Gajewska, P. Pawliszak, Ukryte i refleksyjne znaczenia ciał kobiecych i ryzyk w polu położniczym i okołoporodowym a Polsce. pdf, źródło elektroniczne; www.akademia.edu
10. B. Uramowska-Żyto, Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych, Instytut Filozofii, Socjologii Polska Akademia Nauk Warszawa 1992.
11. M. Lalonde, A New Perspective on the Health of Canadians, A work document Gouvernement of Canada, Ottawa 1974.
12. M. J. Wysocki, I. Sakowska, J. Car, Miary obciążeń zdrowotno-społecznych- nowe mierniki sytuacji zdrowotnej ludności, Przegląd epidemiologiczny 2005, nr 59.
13. I. Taranowicz, Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010.
14. R. Dworkin, The New Gospel of Health. pdf; wg stanu z 1.12.2012
15. P. Skrabanek, The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism.pdf; wg stanu z 1.12.2012
16. M. Douglas, Czystość i zmaza, przeł. Marta Bucholc, PIW, Warszawa 2007.
17. K. Grint, Wicked Problems and Clumsy Solutions: the Role of Leadership.pdf; wg stanu z 29.11.2012.

## 1.2. Trójwymiarowe rozumienie choroby

Niemiecki filozof Hans Georg Gadamer twierdził, że choroba jest specyficznym „przypadkiem” w życiu człowieka [1] chociażby z tego względu, że greckie słowo *symptom* (przypadek) było używane przez Greków do opisu i pomiaru choroby. Podobnie, jak w życiu jednostki tak i w życiu społecznym choroba jest wyjątkową rzeczywistością, implikującą złożone sekwencje znaczących praktyk. Pojęcie choroby w dyskursie nauk społecznych jest polisemiczne jednak podstawowe znaczenia konstytuują się w oparciu o wprowadzenie rozróżnienie na *disease*, *illness* i *sickness* [2], [3]. Pierwsze z tych pojęć zalicza się do modelu biomedycznego, spokrewnionego z kulturą klinicznej racjonalności. Medyczne pojęcie choroby odnosi się do struktury ludzkiego organizmu i jego funkcjonowania na poszczególnych poziomach, takich jak genom, komórka czy tkanka. Rozpoznanie stanu organizmu, jako choroby dokonuje się w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób, określającą normy dla poszczególnych zjawisk patologicznych. Efektem ubocznym tej klasyfikacji jest wynikający z niej podział na ludzi chorych i zdrowych, który pozostaje zależny od medycznego stylu interpretatywnego i interpretatora, jakim jest lekarz [3]. M. Foucault zauważa, że w rozwoju spojrzenia klinicznego koncepcja choroby była skorelowana z istniejącym wówczas porządkiem społecznym i jego wartościami. Klasyfikowanie choroby dostarcza przestrzeni, w której choroba istnieje, jest procesem lokalizowania choroby w ciele. Disease jako modus funkcjonowania ciała, w jego wymiarze biologicznym, oznacza uznanie:

- organicznej kondycji ciała, na którą nie mają wpływu czynniki ludzkie, traktowane tym samym jako nieistotne elementy zmiany;
- choroby jako stanu tymczasowego, który może zostać poddany działaniom terapeutycznym ze strony medycyny;
- doświadczenia przez jednostkę choroby, powodującego podanie się terapii;
- leczenie choroby po ukazaniu się i odczytaniu symptomów, działania medycyny mają charakter działań reaktywnych;
- leczenia prowadzonego w specjalnych warunkach medycznych, z dala od środowiska, w którym wystąpiła.

Wraz ze zmianą paradygmatu w naukach medycznych i intensywnego rozwoju nauk o zdrowiu, jaki miał miejsce po II wojnie światowej [4] pojęcie *disease* zaczęto zastępować

bądź dopełniać definiowanie choroby, jako całość czynników społeczno-psychicznych. Pojęcie *illness* odnosi się do świadomości osoby, która doświadczając swojego aktualnego stanu wskazuje na negatywną zmianę w stosunku do poprzednich warunków, w których doświadczała własnego ciała. *Illness* jest pojęciem nie tylko odwołującym się do autorefleksywnego porządku psychicznego [6], [7], ponieważ jest też definiowana w kategoriach symptomu *disease*, którego korelacja z toczącymi się procesami patologicznymi w obrębie ludzkiego ciała, pozostała jeszcze nie rozpoznana w praktyce medycznej.

Wprowadzenie do dyskursu nauk medycznych pojęcia *illness* wynikało z przyjęcia w jego ramach nowego sposobu definiowania zadań medycyny, w której od lat 70-tych zaleca się aplikowanie holistycznego sposobu wyjaśniania chorób i prowadzenia terapii. Wiąże się to z założeniem, że na stan ludzkiego ciała mają wpływ nie tylko czynniki jatrogenne a wyjaśnienie naturalistyczne jest niewystarczające. Nauki społeczne (szczególnie psychologia) i nauki przyrodnicze powinny współpracować przy ich opisie i analizie [7]. Tak skonstruowany, holistyczny model terapii realizowany jest przede wszystkim w ramach komplementarnej medycyny alternatywnej (CAM), gdzie łączy się terapię medycyny alternatywnej, psychologiczno-społecznej z elementami terapii biologiczno-klinicznej. W medycynie pojęcie *illness* interpretuje się także w kategoriach biopatografii, etiologii czy patogenezy. Z perspektywy antropologii medycyny *illness* interpretuje się jako uczucie i indywidualne doświadczenie osoby, co do utraty stanu fizycznej lub psychicznej normalności. Oznacza to, że percepcja choroby jest wysoce zależna od czynników kulturowych i poznanie choroby wymaga zastosowania opisu etnograficznego, który umożliwi klasyfikację struktur poznawczych, stylów myślowych i powiązań choroby z eksplikacyjnym porządkiem społeczno-kulturowych np. wyjaśnienie typu naturalistycznego (medycyna zachodnia, ajurweda, medycyna chińska), wyjaśnienie typu personalistycznego (medycyna ludowa i plemienna) Wyjaśnienie personalistyczne zakłada, że choroba nie wynika z procesów zachodzących w ciele, ale powstaje na skutek oddziaływania na nie sił zewnętrznych, które w zależności od kultury będą różnie definiowane, jako działania innych ludzi lub sił ponadnaturalnych [8], [9], [10]. Dla pacjentów posługujących się tym stylem wyjaśnienia choroba jest czymś obcym, co zostało wprowadzone do ich ciała przez zidentyfikowane przez nich siły (demony, bóstwa, duchy, czary). Antropologiczne i etnograficzne badania nad *illness* stosuje się w multikulturowej praktyce medycznej np. w USA [11].

W praktyce codziennego życia społecznego pojęcia *illness* a *disease* rzadko bywają rozróżniane. Fakt ten otwiera kontekst interpretacji choroby jako *sickness*, czyli choroby

widzianej z perspektywy socjologicznej. *Sickness* jest zatem stanem społecznym, w którym dany człowiek, lub jego stan jest postrzegany jako egzemplifikacja stanu chorobowego, niezależnie od tego, czy ma on jakiegokolwiek podłoże psychologiczne czy biologiczne. W ramach socjologii choroba ujmowana jest jako element systemu społecznego. Talcott Parsons, opisując rolę chorego w *Systemie Społecznym* zdefiniował chorobę jako dewiacyjną rolę społeczną, która w ramach porządku społecznego została poddana kontroli społecznej przez zinstytucjonalizowanie praktyki medycznej i wyposażenie jej w symbole ekspresywne. Opisując sytuację praktyki medycznej, zwrócił uwagę na cztery warunki społeczne definiujące chorobę i → **rolę chorego** w porządku społecznym:

1. Pierwszym jest wyłączenie spod brzemienia normalnych odpowiedzialności roli społecznej, co zależy oczywiście od natury choroby i tego, jak jest ona poważana. Wyłączenie to wymaga legitymizacji przez i wobec różnych innych osób, a lekarz często służy jako instancja odwoławcza oraz bezpośredni podmiot legitymizujący.
2. Drugim, zbliżonym aspektem jest instytucjonalne określenie osoby chorej jako takiej, od której nie można oczekiwać, że się „opamięta”, że poprawi swój stan za pomocą decyzji lub woli. W tym sensie jest ona zwolniona z odpowiedzialności – jest w takim stanie, że trzeba się nim zaopiekować. Zmieniony musi zostać jej stan, a nie tylko postawa”. Ten element definicji stanu chorobowy jest oczywiście kluczowy jako pomost prowadzący do akceptacji „pomocy”.
3. Trzecim elementem jest definicja stanu choroby jako czegoś niepożądanego i towarzyszący tej definicji obowiązek woli „wyzdrowienia”. Pierwsze dwa elementy legitymizacji roli chorego są więc warunkowe- w niezwykle istotnym sensie. Jest to legitymizacja względna tak długo, jak chory jest w niepożądanym stanie oraz jak długo zarówno on, jak i alter mają nadzieję, że choroba może ustąpić tak szybko jak to możliwe.
4. Wreszcie czwartym zbliżonym elementem jest obowiązek – oczywiście stosowany do ciężkości stanu chorobowego – poszukiwania *kompetentnej technicznie* pomocy. Obowiązek poszukiwania kompetentnej pomocy, a mianowicie najczęściej pomocy lekarza, jak również obowiązek współpracy z nim w procesie prób leczenia. To właśnie w tym miejscu rola chorego formułowana jest wraz z rolą lekarza w ramach komplementarnej struktury ról (12).

Parsonowska koncepcja choroby jest jednak definicją wąską i może zostać odniesiona jedynie do społeczeństw zachodnich. Nie pomaga ona także przy opisie zaburzeń, które nie wkraczają w przestrzeń praktyki medycznej, przebiegając poza placówkami medycznymi podlegając choćby procesowi samoleczenia. Nie zmienia to jednak faktu, że funkcjonalna i →**biomedycznie** [zdominowana definicja choroby ograniczyła badanie tego zjawiska na długie lata, z drugiej strony wyznaczając na wiele lat kierunek dyskusji i polemik w obszarze →**socjologii medycyny**. W cieniu tego paradygmatu rozwijały się inne koncepcje, związane z marksizmem[13], feminizmem[14] i socjologią krytyczną [15]. Marksisci zwracają uwagę na fakt, że choroba i problemy zdrowotne powinny być rozważane jako ściśle powiązane z niezdrowymi i stresującymi warunkami pracy, a nie traktowane jako wynik indywidualnych cech czy postaw. W ich opinii przesunięcie choroby w sferę problemów prywatnych, obciążenie jednostki wyłączną odpowiedzialnością za stan zdrowia ma swoje korzenie w kapitalistycznej ideologii, która nie jest zainteresowana poprawą zdrowia, czy walką z chorobami, a jedynie generowaniem zysków, jakie może przynieść praktyka medyczna czy przemysł farmaceutyczny. Podobnie jak dla nurtu feministycznego i socjologii krytycznej dla marksizmu wpisanie choroby w ludzkie ciało jest elementem ideologii medyka lizującej ludzkie życie, służącej utrzymaniu bio-władzy przez obecny system społeczny. Opisaną przez Parsonsa teorię społeczną choroby interpretuje się jako właśnie przejaw kapitalistycznej ideologii lub jako trzeciorzędne umiejscowienie choroby w przestrzeni (tertiary spatialization), które M. Foucault definiował jako taki sposób spostrzegania choroby, w którym zawarty zostaje cały rodzaj aktywności przez które choroba jest opisywana, medycznie zbadana, wyizolowana, podzielona na zamknięte regiony. Zwraca się też uwagę na to, że brakuje w niej opisu naturalnego funkcjonowania choroby w jej naturalnym środowisku, jakim jest → **rodzina** oraz na ukrywanie konfliktów społecznych wynikających z tak zdefiniowanej roli społecznej lekarza i pacjenta.

Odmienne od nurtu krytycznego podejście do zaproponowanego przez Parsonsa modelu odnajdujemy w obszarze interakcjonizmu symbolicznego. Dla Parsonsa rola chorego jest zazwyczaj „przygodna”, może ją pełnić każdy niezależnie od statusu. W typowym przypadku jest ona także okresowa. W przypadku chorego: „jest to rola osiągnięta negatywnie, za sprawą nieutrzymywania się w dobrej formie, (...) jest ona również specyficzna funkcjonalnie – ogranicza się do konkretnych „skarg” i zaburzeń tej sfery [12]. Interakcyoniści symboliczni w etnometodologicznym opisują proces → **interakcji lekarz –**

**pacjent** w ramach, których negocjowana jest zarówno rola chorego jak i lekarza, posługując się przy tym pojęciami aktora, roli i dramatu społecznego. Kluczowym zagadnieniem jest to, jak w procesie interakcji tworzona jest tożsamość poszczególnych aktorów. Zarówno lekarze jak i pacjenci dążą więc do wywarcia wrażenia na sobie nawzajem, stosując do tego różne środki dramatyczne, aranżując scenę (np. gabinet lekarski), korzystając z rekwizytów (stetoskop, czy np. kule w przypadku pacjenta), przybierając różne formy narracyjne, co sprawia, że przebieg interakcji pomiędzy lekarzem i pacjentem odbiega od Parsonowskiego modelu [3] przedstawiają typy sytuacji społecznych, w których procesy komunikacyjne skoncentrowane są wokół roli chorego, a nie lekarza, z kolei [3] opisują, jaki wpływ na taki układ ma fakt zachodzenia interakcji w prywatnych placówkach i definiowanie pacjenta przez personel medyczny jako konsumenta usług. Klasyczną już dziś pracą etnometodologiczną jest *Asylmus* E. Goffmana [16], w którym na podstawie prowadzonych obserwacji zostały przedstawione rytuały interakcyjne oraz różne konteksty świadomości (otwarta, zamknięta) występujące pomiędzy personelem medycznym a pacjentami w szpitalu psychiatrycznym (*Total institution*) oraz A. Straussa, *Accompaniments of Chronic Illness: Change in Body, Self and Biographical Time* [3], gdzie socjolog opisał proces zmian tożsamości, jakie zachodzą na skutek redefinicji cielesności przez osoby przewlekle chore.

Badania realizowane przez interakcjonistów koncentrowały się przede wszystkim na analizie mikroprocesów i nadawania znaczeń, zachodzących w świecie medycznym i w czasie choroby [17]. Ponownego powiązania znaczeń choroby ze strukturą społeczną i porządkiem społeczno-kulturowym podjęli się tacy badacze jak M. Douglas [8] czy R. Frankenberg i A. Young.

R. Frankenberg (*Medical Anthropology and Development: a Theoretical Perspective; Social Science and Medicine*) i A. Young, (*Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology*) [3] zaproponowali założenie, że każda kultura posiada własne reguły interpretacji reakcji na symptom choroby, jakie płyną z poziomu somatycznej ekspresji ciała, oznacza to, że w porządku kulturowym symptom (znak) ma swoje etiologiczne źródło (znaczone) i skrypt działań społecznych, jakie podejmuje się wobec symptomu (znaczącego). Według A. Younga jest to proces socjalizacji, włączania objawu chorobowego (disease) w system (illness) i porządek społeczny (sickness). W medycznym procesie klasyfikacji symptomu przewagę nad illness, czyli indywidualnymi eksplikacjami choroby dominują społeczne schematy interpretacji choroby, które wpływają na kształt

prototypów wiedzy stosowanych przez ludzi. Prototyp jest pasmem zdarzeń powstałych przez zapośredniczenie w przeszłych doświadczeniach (husserłowska retencja). Zdarzenia te łączą się w ciągi eksplikacyjne, zależności chronologiczne i podobieństwa. Prototypy można podzielić na te, które funkcjonują w obszarze medycyny i te, które pojawiają się w indywidualnej biografii [3].

Obecny nurt badań nad obrazami chorób powstającymi w obszarze doświadczenia klinicznego i ich społecznych uwarunkowań zainicjował L. Fleck, którego koncepcja stylów i kolektywów myślowych, rozwiniętych w pracy *Powstanie i rozwój faktu naukowego* [18] została włączona przez M. Douglas do jej koncepcji konstytuowania porządku społecznego i zachodzących w nim procesów nadawania znaczeń [19]. Dla Douglas porządek społeczny wpisuje się w ludzkie ciało, działając na nie i narzucając klucze, jakimi społeczności posługują się przy jego interpretacji. Terapeutyczne oddziaływanie szamanów czy lekarzy na ludzkie ciało będzie zatem wynikiem spotkania poszczególnych stylów myślowych i cielesnych. Douglas interesują więc połączenia społeczne, jakie umożliwiają komunikację i transmisję wartości, w kontakcie pomiędzy lekarzem a pacjentem i jego cielesnością. Przede wszystkim jednak ciało w ujęciu teorii kultury jest postrzegane jako zaangażowane w proces homologizacji kultury (M. Douglas, *Ukryte znaczenia*) i służy do wyrazu różnych systemów organizacji, których odbiciem są także choroby, ich definiowanie oraz sposoby leczenia. S. Sontag zwróciła uwagę na fakt metaforycznego powiązania niektórych chorób z porządkiem moralnym. Na przykładzie gruźlicy pokazała związek pomiędzy aksjologiczną oceną gruźlicy a procesami historycznymi [20]. Choroba pozostaje w połączeniu z tym, co ostatecznie jest nieakceptowane i tabuizowane w kulturze, co określane jest mianem brzydoty lub posługując się językiem M. Douglas tym, co jest nieczyste, będąc zmazą [8],[19]. Choroba poprzez zapośredniczenie w tym, co jest objęte tabu może pełnić także funkcje znaczące, wyznaczając granice lęków przed skażeniem. Choroby takie jak gruźlica, syfilis, rak, AIDS stanowią metaforę zła. Innym chorobom przypisywać można wartości przeciwstawne. Jako metafory, choroby stanowią połączenia pomiędzy organicznym porządkiem ciała a porządkiem społecznym. Sontag odniosła się także do niepewności, towarzyszącej niektórym chorobom jako współczynnika wyznaczającego tożsamość kultury zachodniej. Niepewność jest jednym z kluczowych problemów poruszanych na gruncie teorii kulturowej. Współcześnie choroba jest korelowana z ryzykiem, niepewnością diagnozy czy też niepewnością terapii. Teoria kulturowa (Douglas i Wildavsky) buduje teoretyczne podstawy obserwacji procesów

translacyjnych dotyczących postrzegania ryzyka i chorób w zapośredniczonych mikroświatach społecznych doświadczeń, gdzie spotykają się wspomniane doświadczenia społeczne choroby jako: sickness, illness, disease.

1. H. G. Gadamer, O skrytości zdrowia, tłum. Andrzej Przyłębski, Media Rodzina, Poznań 2011.
2. M. Sokołowska, Socjologia medycyny, Warszawa 1986.
3. B. Uramowska-Żyto, Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych, Instytut Filozofii, Socjologii Polska Akademia Nauk Warszawa 1992.
4. Taranowicz, Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010.
5. A. Giddens, Nowoczesność i tożsamość. Ja i społeczeństwo, w epoce późnej nowoczesności, przeł. Alina Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
6. B. Latour, Nigdy nie byliśmy nowocześni, przeł. Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2010.
7. U. Beck, Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności, tłum. S. Cieśla, Scholar, Warszawa 2002.
8. M. Douglas, Symbole naturalne, Rozważania o kosmologii, przeł. E. Dzurak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
9. C. L. Strauss, Antropologia strukturalna, przeł. K. Pomian, Wydawnictwo KR, Warszawa 2000.
10. E. Evans Pritchard, Czary, wyrocznie i magia u Azande, przeł. Sebastian Szymański, PIW, Warszawa 2008.
11. Ronnie L. Leavitt, APTA Initiatives in Cultural Competence.pdf; wg stanu z dnia 15.11.2012.
12. T. Parsons, System społeczny, przeł. M. Kaczmarczyk, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2004.
13. Navarro V. Medicine Under Capitalism, Croom Helm, London 1977.
14. A. Rich, Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution, New York, 1972.
15. M. Foucault, Narodziny kliniki, przeł. P. Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
16. E. Goffman, Instytucje totalne: o pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych, przekł. O. Waśkiewicz, J. Łaszcz, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 2011.
17. S. Nettleton, The Sociology of Health and Illness, Polity Press, 1995.
18. L. Fleck, Psychologia poznania naukowego: Powstanie i rozwój faktu naukowego oraz inne pisma z filozofii poznania naukowego, pod red. Z. Cackowskiego i S. Symiotiuka, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006.



19. M. Douglas, Ukryte znaczenia, wybrane szkice antropologiczne, przeł. E. Klekot, Wydawnictwo Marek Derewiecki, Kęty 2007.
20. S. Sontag, Choroba jako metafora. AIDS I jego metafory, przeł. Jarosław Anders, Warszawa 1999.

### **1.3. Przekonania i potrzeby zdrowotne: podmiotowe czynniki kondycji zdrowotnej**

Stan zdrowia w znacznej mierze uzależniony jest od podmiotowych czynników, które warunkują postawy zdrowotne. Zalicza się do nich subiektywne przekonania, potrzeby, a także zachowania zdrowotne. Termin „przekonania” definiowany jest w literaturze, głównie przez filozofów oraz psychologów, i rozumiany jest jako subiektywny stan pewności człowieka, co do artykułowanych przez niego sądów i opinii, odnoszących się do elementów otaczającej go rzeczywistości. Innymi słowy, przekonania to zdania twierdzące, które eksponują wierzenia, uznaje się je za subiektywne, ponieważ nie muszą być uznawane za prawdziwe przez innych ludzi. Podstawą do formułowania owych sądów i opinii, jest wiedza każdego człowieka, pozyskiwana na podstawie przyswajanych informacji. W literaturze przedmiotu możemy odnaleźć następujący sposób analizy kategorii przekonanie: w pierwszym podejściu ujmowane jest, jako element względnie trwałej i spójnej całości, stanowiący subiektywne odwzorowanie pewnego fragmentu otaczającej nas rzeczywistości np. nastawienie do świata. W drugim podejściu, przekonanie to niespójne i zmienne sytuacyjnie, operacje myślowe, dokonywane przez jednostkę spontanicznie i okazjonalnie np. w chwili konieczności zdefiniowania danego zdarzenia [1]. W Słowniku Języka Polskiego znajdujemy następującą definicję: „przekonanie to zdanie oparte na przeświadczeniu o słuszności, prawdziwości czegoś, wyrobiony pogląd na coś, przeświadczenie, opinia”[2]. Zgodnie z definicją przekonań, zamieszczoną w Nowej Encyklopedii Powszechnej, te, które cechują się dużym stopniem ogólności tworzą światopogląd człowieka. Zdefiniowane są trzy powiązane ze sobą grupy przekonań:

- przekonania opisowe – dotyczą rzeczywistości przyrodniczej, społecznej i kulturowej.
- przekonania wartościujące – to uporządkowany układ wartości jednostki.
- przekonania normatywne – to zbiór zasad, które stanowią nakazy lub zakazy dla określonych zachowań, wynikają z przyjętego systemu wartości [3]. Z uwagi na złożoność tego pojęcia oraz wielość i różnorodność aspektów otaczającej nas

rzeczywistości, wobec której możemy formułować przekonania, w obrębie naszego światopoglądu wyodrębnia się szereg podstruktur. Jedną z nich dotyczy postawy wobec zdrowia, określa się ją mianem przekonań zdrowotnych. Należą one do grupy przekonań o charakterze wartościującym i normatywnym [4]. Przyjmuje się twierdzenie, iż przekonania zdrowotne kształtują się na pograniczu wiedzy i emocji. Wiedzę stanowią informacje o uwarunkowaniach zdrowia, przyczynach i przebiegu chorób, działaniach zapobiegawczych i terapeutycznych. Komponentowi emocjonalnemu przypisuje się takie elementy jak: nastawienie do zdrowia czy wartościowanie zdrowia [5]. Wśród licznych teorii zachowań zdrowotnych, odnajdujemy model przekonań zdrowotnych (Health Belief Model - HBM) Beckera. Jest on uznawany za najstarszy model wyjaśniający zachowania zdrowotne, powstał w latach pięćdziesiątych XX wieku. Model ten osadza się na koncepcji podejmowania decyzji. Głównym założeniem jest stwierdzenie, że ludzie są skłonni postępować w sposób zapobiegający chorobie, gdy przewidują osiągnięcie zysków z takiego zachowania. Zakłada się także, iż prawdopodobieństwo wystąpienia oczekiwanego zachowania wzrasta, gdy bilans zysków przewyższa koszty, które jednostka musi ponieść. Model przekonań zdrowotnych opiera się na założeniu, że zapatrywania dotyczące zdrowia są głównie wynikiem wiedzy na jego temat. Z upływem lat, do modelu dodano element przekonania o własnej skuteczności człowieka, rozumianej jako przekonanie o zdolności jednostki, do skutecznego doprowadzenia do ustalonego rezultatu swojego zachowania (zachowania zdrowotnego). Uznaje się, iż decyzja o podjęciu zachowań zdrowotnych wynika, z tego, że w procesach postrzegania i oceny danego zachowania, bilans jest motywujący, wspierany dodatkowo przez zewnętrzne, aktywujące zachęty np. ze strony doradców czy mass mediów [6]. Z uwagi na fakt, iż przekonania zdrowotne, uznaje się za element/podstrukturę światopoglądu jednostki, niektórzy teoretycy promocji zdrowia, stoją na stanowisku, że powinny być one przedmiotem badań pedagogicznych. Taki pogląd prezentuje I. Kropińska, formułuje ona następujące zadania badawcze dla nauk pedagogicznych:

- diagnozowanie przekonań zdrowotnych
- określenie uwarunkowań pozyskanej diagnozy
- opracowanie metod i technik optymalizacji formowania przekonań zdrowotnych – działania te leżą w obszarze działania edukacji zdrowotnej [7].

Psycholodzy zdrowia, jako kolejna grupa teoretyków, zajmująca się zagadnieniem przekonań zdrowotnych, zwracają uwagę na fakt, iż w formowaniu i modyfikowaniu tychże przekonań, istotny wpływ mają właściwości osobowościowe człowieka. Wśród nich jako najistotniejsze wymiennie są:

- poczucie kontroli osobistej nad otoczeniem
- poczucie skuteczności własnego działania
- poczucie koherencji czyli zrozumiałość bodźców napływających z zewnątrz, umiejętność sprostanania wymaganiom owych bodźców (zaradność) oraz sensowność (przeświadczenie, iż wyzwania stawiane przez bodźce są warte wysiłku i zaangażowania) [8].

Powyższe elementy, w zależności od poziomu wykształcenia, mogą w różnym stopniu sprzyjać zdrowotnym przekonaniom danej jednostki. Należy także podkreślić, że wymienione właściwości osobowościowe, kształtowane są od wczesnego dzieciństwa, uznaje się je za element procesu wychowania i socjalizacji. A zatem poprawnie realizowany proces wychowawczy, sprzyja kształtowaniu się przyjaznego zdrowiu, obrazu przekonań zdrowotnych [9].

Innym elementem podmiotowym, który ma wpływ na stan zdrowotności są →**potrzeby zdrowotne**. Większość nauk o charakterze społecznym stosuje pojęcie potrzeb do dyskusji na temat polityki społecznej, w tym zdrowotnej. Potrzeby zdrowotne wydają się być twórczą podstawą polityki zdrowotnej, zaś zdrowie odniesieniem do prawidłowości wszelkich działań o znaczeniu społecznym. Rozwój społeczeństw pod względem ekonomicznym oraz społecznym umożliwia pełniejsze zaspokojenie potrzeb przedstawionych w koncepcji potrzeb Masłowa. Piramida Masłowa nie szereguje kategorii „potrzeby zdrowotne”, jednak ukształtowana jest tak, że niezaspokojenie potrzeb podstawowych powoduje chorobę a zaspokojenie chorobie tej zapobiega lub przywraca zdrowie .

Najogólniejsza definicja potrzeb zdrowotnych mówi, że są to takie odchylenia w stanie zdrowia pacjenta lub jego środowiska, kiedy trzeba podjąć niezbędne kroki aby nie dopuścić do negatywnych dla skutków zdrowia. Pojęcie potrzeb zdrowotnych jest interpretowane różnie, w zależności od punktu z jakiego ten problem rozpatruje obserwator. Z punktu widzenia relacji pracownik systemu ochrony zdrowia (lekarz, pielęgniarka itd.) – pacjent, dzielimy te potrzeby na wyrażone, czyli te, z którymi pacjent zgłasza się samorzutnie oraz niewyrażone, czyli te, które mogą być ujawnione za pomocą badań pogłębionych. Z

kolei potrzeby niewyrażone można podzielić na potrzeby uświadomione (takie, z których istnienia człowiek zdaje sobie sprawę, lecz z różnych przyczyn ich nie zgłasza) oraz nieuświadomione (takie, które nie są zgłaszane dlatego, że człowiek nie zdaje sobie sprawy z ich istnienia) [10]. Potrzeby zdrowotne obrazowane są za pomocą teorii góry lodowej, która mówi, że około 20% realnych potrzeb społeczeństwa to potrzeby wyrażone, utożsamiane z wierzchołkiem tej góry, pozostałe 80% to potrzeby niewyrażone, ukryte przed bezpośrednim oglądem tak jak podwodna część góry lodowej. Jak więc widać, pojęcie potrzeb zdrowotnych odnoszone do uwarunkowań stanu zdrowia wiązane jest najczęściej z działaniem opieki zdrowotnej, a sformułowania "potrzeby zdrowotne" używa się w odniesieniu do zapotrzebowania na opiekę zdrowotną. Jest to wąskie ujęcie potrzeb zdrowotnych, jednak pozwala mówić o potrzebach zdrowotnych, jako o [11]:

- czynnikach motywującym do podejmowania określonych zachowań zdrowotnych;
- czynnikach uzasadniającym podjęcie działań wobec określonego pacjenta;
- kryteriach decydującym o alokacji środków na opiekę zdrowotną;
- kryteriach oceny racjonalności i zasadności celów realizowanych przez służbę zdrowia.

Patrząc na potrzeby zdrowotne z organizacyjnego i ekonomicznego punktu widzenia zakładamy, że stanowią one ilość świadczeń, która powinna być dostarczona (niezależnie od popytu). Wyróżniamy wśród nich:

- potrzeby rzeczywiste (nazywane również obiektywnymi), które szacujemy na podstawie danych epidemiologicznych i demograficznych dotyczących interesującej nas populacji,
- potrzeby wyrażone rozumiane jako oczekiwania indywidualne i społeczne, kształtujące popyt, które ocenić można np. metodami ankietowymi,
- potrzeby zrealizowane (zaspokojone) czyli takie, które zostały wykonane przez system ochrony zdrowia.

Między tak zarysowanymi potrzebami zachodzą relacje współwystępowania lub jego braku, co pozwala na ocenę wydajności i prawidłowości ukierunkowania zaspokajania potrzeb zdrowotnych, a co za tym idzie stanu zdrowia społeczeństwa [12].

Nie należy bezkrytycznie odnosić się do tych podziałów, ponieważ często występuje rozbieżność między obiektywną (badania kliniczne) a subiektywną (samoocena) oceną zdrowia.

Dla zwolenników koncepcji obiektywizmu jedynym kryterium uznania jakiegoś stanu za rzeczywistą potrzebę zdrowotną jest ocena profesjonalistów medycznych, dla potwierdzenia poparta wynikami badań laboratoryjnych. Jednak zasadność stosowania wyłącznie perspektywy profesjonalnej w szacowaniu potrzeb zdrowotnych została podważona, m.in. przez Bradshawa [13]. Zaproponował on natomiast inny podział potrzeb:

- normatywne, czyli uznane za potrzeby przez ekspertów,
- odczuwane, definiowane przez jednostkę,
- wyrażone, kiedy odczuwanie potrzeby doprowadza do podjęcia działań w celu jej zaspokojenia

Należy wziąć pod uwagę, że potrzeby wyrażane mogą odbiegać od potrzeb faktycznie zaspokojonych, które są realizowane poprzez określone usługi zdrowotne w obrębie systemu opieki zdrowotnej [14]. Wynika to z dokonywanego przez profesjonalistów przeformułowania potrzeb wyrażanych na potrzeby normatywne. Za takim ujęciem potrzeb opowiada się również Włodarczyk, mówiąc, że spostrzeżenia pacjentów na temat ich potrzeb są z ich punktu widzenia tak samo racjonalne jak, w odmierzonej perspektywie, sądy profesjonalistów [11].

W nowym podejściu do potrzeb, rezygnuje się z automatycznego utożsamiania obiektywnie określanych potrzeb z bezwzględną koniecznością ich zaspokajania. Współczesne, realistyczne stanowisko obejmuje dwa podstawowe założenia [11]:

- nie każde odstępstwo od normy fizjologicznej (przejaw gorszego stanu zdrowia) musi być traktowane jako potrzeba;
- nie każda stwierdzona potrzeba może i musi zostać zaspokojona

Z innej perspektywy na potrzeby zdrowotne patrzy Culyer, który stwierdził, że potrzeba opieki zdrowotnej jest minimalną ilością zasobów, która jest niezbędna do tego, aby wyczerpały się zdolności jednostki do odniesienia korzyści ze świadczeń jej oferowanych [15]. Podobną definicję zaproponował Williams, mówiąc, że "potrzeba zdrowotna jest zdolnością odnoszenia korzyści z zastosowania dostępnych procedur medycznych przez

osobę, wobec której działania zdrowotne mają być podjęte" [16]. Z tych definicji wynika, że określenie potrzeby zdrowotnej wymaga nie tylko wskazania możliwości jej zaspokojenia, lecz także jednoczesnego określenia zdolności danej osoby do korzystania ze świadczeń medycznych [12].

Należy zwrócić uwagę na rolę czynników różnicujących potrzeby zdrowotne.. Związane jest to silnie z sytuacją socjoekonomiczną. Zaobserwowano regułę „odwrotnie proporcjonalnej opieki”, która obrazuje tendencję do niesymetrycznego rozkładu środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Grupy z największymi problemami zdrowotnymi, a więc takie, których rzeczywiste i subiektywnie odczuwane potrzeby zdrowotne są bardzo duże, na ogół zamieszkują obszary o słabo rozwiniętej infrastrukturze medycznej [17].

Niezwykle istotne znaczenie dla szacowania potrzeb zdrowotnych mają także dane demograficzne. Proces starzenia się społeczeństwa znacznie wpływa na wskaźniki zachorowalności, zwłaszcza na choroby o przebiegu przewlekłym oraz co jest z tym związane z zapotrzebowaniem na opiekę zdrowotną ambulatoryjną i szpitalną. Osoby w starszym wieku są najczęstszymi biorcami usług medycznych.

Kolejnym istotnym elementem analizy w zakresie potrzeb jest ocena dostępności świadczeń zdrowotnych. Wraz ze wzrostem społecznej świadomości, ludzie zmienili podejście do własnego stanu zdrowia. Dziś, gdy profesjonalista postawi diagnozę, (określi obiektywną potrzebę zdrowotną) potrzeby subiektywne nie zostają zdegradowane do roli uciążliwych doświadczeń somatycznych czy stanu napięcia emocjonalnego, są tak samo racjonalne jak potrzeby zobiektywizowane.

Szczególnie istotne w szacowaniu potrzeb zdrowotnych jest położenie nacisku na choroby stanowiące najważniejsze przyczyny umieralności, tj. choroby układu krążenia i choroby nowotworowe. Choroby te bardzo często są przyczyną hospitalizacji oraz porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy lekarzy specjalistów, dlatego powinny stanowić priorytetowe obszary działania tak dla środowiska medycznego jak i instytucji odpowiedzialnych za stan zdrowia społeczeństwa polskiego [18]. Rozważając istotę i konteksty „potrzeb zdrowotnych” należy zwrócić uwagę na to aby tego pojęcia nie nadużywać. Istnieją bowiem granice potrzeb zdrowotnych, choć nie zawsze są łatwo dostrzegalne.

Kolejnym istotnym podmiotowym elementem warunkującym zdrowie są zachowania zdrowotne, którym to terminem określa się każde intencjonalnie podjęte działanie jednostki mające na celu utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego

skuteczności. Istotnym elementem tej definicji jest stan świadomości jednostki i celowość jej działania. Niezależnie od zachowań intencjonalnych, jednostki w życiu codziennym podejmują rozmaite formy aktywności, która ma także wpływ na zdrowie, choć nie towarzyszy jej żaden uświadomiony zamiar[19]

Zachowania zdrowotne obejmują swym zakresem ogół nawyków, zwyczajów, postaw odnoszących się do zdrowia w wymiarze jednostkowym i społecznym. Według Davida Mechanic zachowania zdrowotne są wyznaczone w znacznej mierze kontekstem społecznym i kulturowym, który tym samym kształtuje i ogranicza indywidualne wybory. Określone praktyki zdrowotne, są często nie tyle efektem zamierzonych działań, ile wynikają z ich spójności z bardziej ogólnymi „sposobami na życie” ludzi [20]. Inne źródło zwraca uwagę na demograficzno- społeczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych, takie jak: wiek, płeć, stan cywilny, sytuacja rodzinna, pochodzenie etniczne lub społeczne, wykształcenie, zawód, i sytuacja materialna mają istotne znaczenie w kształtowaniu zachowań w stanie zdrowia i choroby. Osoby o niższym poziomie wykształcenia, w momencie stwierdzenia objawów choroby częściej określają siebie jako niezdolne do wykonywania obowiązków zawodowych [21].

Znaczenie poziomu wiedzy medycznej ludzi jest jednym z podstawowych wyznaczników postaw i zachowań zdrowotnych związanych z zachowaniem i utrzymaniem zdrowia oraz działaniami prewencyjnymi. Kształtowanie pożądaných zachowań zdrowotnych i zalecenia odnoszące się do zachowań antyzdrowotnych stanowią integralną część procesu socjalizacji, w którym obok rodziny największą rolę powinny pełnić instytucje szkolne [21]. Zdaniem autorki zachowania zdrowotne uwarunkowane są kulturowo. Związki między zachowaniami zdrowotnymi a kulturą, dostrzec można w następujących zagadnieniach: zróżnicowaniu poglądów na temat zagrożenia zdrowia, kulturowemu zróżnicowaniu kryteriów zdrowia, zdrowiu jako wartości w systemach wartości różnych kultur, kulturowemu uwarunkowaniu stylu życia, kulturowemu zróżnicowaniu stosunku do chorób i ludzi chorych.

Kultura kształtuje:

- ogólny poziom życia członków danej zbiorowości;
- wyobrażenia o zdrowiu i chorobie;
- sposób spostrzegania, odczuwania, opisywania i interpretowania objawów chorobowych;
- stan wiedzy (wierzenia) dotyczącej przyczynowości chorób;

- postawy i zachowania wobec własnej choroby oraz innych osób chorych;
- postawy i zachowania chorych wobec zabiegów leczniczych oraz przedstawicieli instytucji medycznych, jak również wykonawców zawodów medycznych wobec pacjentów;
- styl życia, który stanowić może czynnik socjogeny w powstawaniu chorób.

Do zachowań zdrowotnych według Lloyda Kolbe należą: zachowania podejmowane przez osobę zdrową w celu uzyskania jeszcze lepszego stanu zdrowia, zachowania profilaktyczne- uczestnictwo w badaniach przesiewowych oraz inne zachowania w celu uniknięcia zachorowania, zachowania osób uznanych za zdrowe, ale bardziej niż przeciętnie narażonych na zachorowania, zmierzające do zapobiegania skutkom zagrożenia, zachowania osoby dostrzegającej u siebie chorobę, zachowania prokreacyjne, w celu zajścia w ciążę i prawidłowego jej przebiegu, zachowania chroniące środowisko [22].

Jane Wardl i Andrew Steptoe z University College London, wyróżnili 5 klas zachowań zdrowotnych:

- unikanie używek
- pozytywne praktyki zdrowotne – ćwiczenia fizyczne, odpowiednia ilość snu, używanie filtrów przeciw słonecznych, częste mycie zębów, itp.
- zwyczaje żywieniowe - ilości spożywanych takich produktów jak mięso, owoce, sól, tłuszcze zwierzęce, ilość posiłków dziennie itp.
- bezpieczeństwo komunikacyjne- używanie pasów bezpieczeństwa, bezpieczna prędkość, trzeźwość,
- zachowania profilaktyczne – badania kontrolne u lekarzy specjalistów (dentysta, ginekolog, internista, okulista), pomiar ciśnienia tętniczego, samobadanie piersi i jąder, badania cytologiczne [19].

1. Dolińska-Zygmunt G.: Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.) Podstawy psychologii zdrowia, Wyd. UW, Wrocław 2001, s. 45-46.
2. Szymczak M.: (red.) Słownik Języka Polskiego, PWN, Warszawa 1979, t.2.
3. Petrozolin-Skowrońska B.: (red.) Nowa Encyklopedia Powszechna PWN, Warszawa 1996r, t. 6.
4. Kropińska I.: Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej, Wydawnictwo Uczelniane Bydgoszcz, 2000r, s. 17.
5. Kowalski M., Gawęł A.: Zdrowie-wartość-edukacja, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s.131.



6. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M.: Promocja zdrowia. Wyd. Czelej, Lublin 2008, t. 1, s. 28-30.
7. Kowalski M., Gawęł A.: Zdrowie-wartość-edukacja, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s.129.
8. Zimbardo P., Johnson R., McCann V.: Psychologia, kluczowe koncepcje. Wyd. PWN, Warszawa 2010, s. 66.
9. Gawęł A.: Pedagodzy wobec wartości zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s.22-24
10. Baran Cz.: Organizacja ochrony zdrowia – zagadnienia ogólne, Wyd. Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk 1985
11. Włodarczyk C. W.: Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Vesalius, Łódź-Kraków-Warszawa 1996
12. Skuza K., Skuza M.: Próba analizy roli subiektywnych potrzeb zdrowotnych w selekcji usług zdrowotnych, Sztuka Leczenia 2004 (X), 3-4, 73-82
13. Bradshaw J.: A taxonomy of social need. [w:] McLachlan G. (red.): Problems and Progress in Medical Care. 7th selies. Nuffield Provisionsal Hospital Trust, London 1972, 71-82
14. Topór-Mądry R., Glis-Januszewska A, Kurkiewicz J., Pająk A.: Szacowanie potrzeb zdrowotnych. Vesalius, Kraków 2002
15. Culyer A.J.: Editorial: Need: The idea won't do - but we still need it. Social Science and Medicine 1995, 40, 6, 727-730
16. Williams A.: Economics, Society and Health Care Ethics. [w:] Gillon R. (red.): Principles of Health Care Ethics. John Wiley & Sons, Chichester 1994, 829-842
17. Poździoch S.: System zdrowotny. [w:] Czupryna A, Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W. C. (red.): Zdrowie publiczne. Vesalius, Kraków 2000,1.1,127-144
18. Goryński P., Wojtyniak B.: Ocena potrzeb zdrowotnych populacji, Pol. Med. Rodz. 2002: 4 (2)
19. A.Ostrowska,Styl życia a zdrowie. Instytut Filozofii i Socjologii, PAN, Warszawa 1999.
20. A.Ostrowska,Prozdrowotne style życia, Promocja zdrowia, nauki społeczne i medycyna. 1997,Nr 10-11,s,9
21. B.Tobiasz-Adamczyk,Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby.s.23-58.
22. K.Puchalski, Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia.,[w:] A.Gniazdowski, Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990, s.47

## 1.4. Niepełnosprawność, jako zjawisko wykraczające poza biomedyczną optykę

Niepełnosprawność jest kategorią i zjawiskiem, które zdaje się ulegać procesowi demedycyzacji. Tym samym staje się przedmiotem zainteresowań nauk społecznych, pedagogicznych i szeroko rozumianych nauk humanistycznych, podejmujących się ukazania niepełnosprawności w kontekście wykraczającym poza dyskurs i uwarunkowania medyczne. Głównymi problemami rozważanymi w perspektywie demedycyzującej są zagadnienia związane z usytuowaniem zjawiska niepełnosprawności w kontekście społecznym ze szczególnym uwzględnieniem roli, statusu i miejsca osób niepełnosprawnych w strukturze społecznej; ewolucją definicji i modeli niepełnosprawności; postawami społecznymi w stosunku do osób niepełnosprawnych; konsekwencjami postaw negatywnych; oddziaływaniami ukierunkowanymi na problemy osób niepełnosprawnych: problemem odczuwania przez osoby niepełnosprawne swojej inności. Pozamedyczny kontekst nie tyle kwestionuje przedmiotową ważność analiz i oddziaływań medycznych, co raczej zwraca uwagę na ich niewystarczalność, a w konsekwencji na brak kompleksowego podejścia do problemów osób nie w pełni sprawnych.

*Niepełnosprawność w kontekście społecznym: rola, status i miejsce osób niepełnosprawnych w strukturze społecznej.* Niepełnosprawność jest przedmiotem szczególnego rodzaju zainteresowania socjologii medycyny, której twórcą był Talcott Parsons. Zaproponował on teorię dewiacji społecznej, mającej inklinację w kierunku rozumienia medycyny, jako szczególnego elementu systemu społecznego, którego konstytutywnymi składowymi były role lekarza i chorego. Rola społeczna jako taka jest kształtowana pod wpływem oczekiwań społecznych i stanowi zbiór praw, a także obowiązków. W związku z tym lekarz ma między innymi obowiązek udzielania szeroko rozumianej pomocy pacjentowi, kształcenia swoich kompetencji i zdobywania wiedzy itd., zaś jego do praw należy zaliczyć dostęp do ciała pacjenta i wiadomości dotyczących intymnych sfer pacjenta, proponowanie działań diagnostyczno – terapeutycznych itd. Natomiast do obowiązków pacjenta, które wchodzi w skład roli chorego należy na przykład dążenie do wyleczenia, czy wypełnianie zaleceń lekarskich, zaś główne prawa pacjenta, to prawo do leczenia, a przede wszystkim całkowite/częściowe, trwałe/czasowe zwolnienie z pełnienia ról społecznych. Ze względu na różnice znaczeniowe między chorobą a

niepełnosprawnością należy stwierdzić, iż rola osoby niepełnosprawnej jedynie w podstawowym zakresie zawiera się w roli bycia chorym [1, 8]. Istnieją pewne dodatkowe czynniki kształtujące rolę osoby niepełnosprawnej, które związane są z specyficzną percepcją jednostki obciążonej niepełnosprawnością. Owe czynniki mają kontekst negatywny, a dotyczy on oczekiwań społecznych co do specyficznych wzorów zachowań (narzucanie postaw bierności, uległości submisyjności, rezygnacji z kierowania własnym życiem i podejmowania uznawanych za wartościowe ról) i karier życiowych (działanie w kręgach rodziny, instytucji religijnych, charytatywnych i opiekuńczych) przypisywanych osobom niepełnosprawnym. Wskazuje się na swego rodzaju socjalizację do bycia osobą niepełnosprawną, który to proces składa się z trzech etapów, po pierwsze, inicjacja, polegająca na orzeczeniu o stanie zdrowia, co zmienia sposób percepcji i autopercepcji jednostek. Po drugie, socjalizacja do roli bycia osobą niepełnosprawną zawiera przysposabianie do owej roli poprzez oddziaływania w toku socjalizacji pierwotnej (rodzina, szkoła, sąsiedzi, środki masowego przekazu, instytucje opieki medycznej i rehabilitacyjnej). Ostatni etap socjalizacji do roli osoby niepełnosprawnej związany jest z jej pełnieniem, a efektem tego procesu jest obniżenie poziomu aktywności, depersonalizacja, zmiany poczucia własnej tożsamości, samooceny i obrazu własnej osoby oraz zaburzenia dotyczące więzi społecznych i stopnia zintegrowania [2].

Istotną częścią teorii dewiacji Talcotta Parsonsa jest kwestia nie spełniania dwóch podstawowych norm, które umożliwiają rozwój i spójność społeczeństwa, a mianowicie zdrowie i aktywizm. Zatem osoby nie spełniające owych norm stają się w odbiorze społecznym swoistego rodzaju dewiantami i są zobowiązani do przyjęcia roli chorego lub, w odniesieniu do omawianego zjawiska, roli osoby niepełnosprawnej, przy czym niewypełnianie tych ról związane jest ze społecznymi sankcjami, które polegają między innymi na odbieraniu praw [1]. W kontekście specyfiki socjalizacji do roli osoby niepełnosprawnej, teoria Parsonsa może skutkować negatywnymi zjawiskami takimi, jak stygmatyzacja i etykietyzacja. Stygmatyzacja jest procesem naznaczania, polegającym w przypadku osoby niepełnosprawnej na traktowaniu jej jako „gorszej” ze względu na daną cechę na przykład ułomności ciała, cechy charakteru itd. Konsekwencją naznaczania społecznego osób niepełnosprawnych jest negatywne zjawisko przenoszenia stygmatu z bezpośrednich „nosicieli” na osoby z najbliższego otoczenia (opiekunów), obiekty (sprzęty) i sytuacje, które kojarzą się z osobami niepełnosprawnymi [2]. Procesem wynikającym zaś ze stygmatyzacji jest etykietyzacja, czyli nadawanie jednostce nowej tożsamości, co polega na

tym, iż postrzega się osobę niepełnosprawną przede wszystkim nie jako osobę o nietypowym zestawie cech fizycznych i psychicznych, ale głównie jako jednostkę niepełnosprawną właśnie [6]. Proces etykietyzowania jest ściśle związany z dehumanizacją osób niepełnosprawnych, które traktuje się raczej w kategoriach przedstawicieli homogenicznej zbiorowości, niż jako „pojedyncze” jednostki. Ze względu na postrzeganie osób niepełnosprawnych w kontekście dewiacji społecznej, proces socjalizacji do roli osoby niepełnosprawnej, a także zjawisko stygmatyzacji i etykietyzacji, jednostki niepełnosprawne są zaliczane do grup społecznie zależnych, czyli zbiorowości czasowo lub stale niezdolnych do samodzielnego zaspakajania swych potrzeb i wymagających pomocy, opieki ze strony środowiska społecznego [2]. Inną grupą, w struktury której wpisuje się funkcjonowanie osób niepełnosprawnych jest grupa mniejszościowa, a jej status określa się przez ograniczoną zdolność do wyrażania swoich interesów oraz wywierania wpływu na losy własnej grupy i sposób funkcjonowania zbiorowości [2]. Zatem ze względu na pewne cechy fizyczne bądź kulturowe członkowie takich grup zostają wyodrębnieni z szerszej zbiorowości i funkcjonują narażeni na dyskryminację przejawiającą się przyznaniem „gorszego” miejsca w życiu zbiorowości. W związku z tym, w 1997 roku podpisano Traktat Amsterdamski, który miał chronić osoby niepełnosprawne jako przykład grupy mniejszościowej przed dyskryminacją [3].

*Modele i definicje niepełnosprawności.* Sposoby rozumienia zjawiska niepełnosprawności przechodziły ewolucję konceptualną, która warunkuje wszelkie oddziaływania ukierunkowane na problemy dotyczące osób niepełnosprawnych. Można wyróżnić kilka tak zwanych modeli niepełnosprawności, które w odmienny sposób nie tylko definiują samą niepełnosprawność, ale również określają role osób niepełnosprawnych i role członków społeczeństwa względem siebie, wskazują tendencje w rozwiązywaniu problemów i zaspakajaniu potrzeb osób niepełnosprawnych, a także wyrażają postawy społeczne względem osób niepełnosprawnych. W literaturze przedmiotu wskazuje na modele indywidualny (biomedyczny model), społeczny, biopsychospołeczny oraz praw człowieka. Model indywidualny definiuje niepełnosprawność, z jednej strony, w kategoriach choroby, deficytu, braku, które powinny zostać wyleczone lub osoba nią dotknięta powinna zostać przywrócona do możliwej samodzielności, z drugiej zaś, traktuje się niepełnosprawność, jako osobistą tragedię jednostki. W rehabilitacji uwzględnia się przede wszystkim aspekt medyczny (fizyczny/psychiczny), a więc chodzi tu o interwencję profesjonalistów. Odpowiedzialność za sukces rehabilitacji spoczywa głównie na osobie niepełnosprawnej ze

względu na to, iż podstawą rehabilitacji jest motywacja jednostki do działań „naprawczych”. W ramach modelu indywidualnego obowiązuje ideologia normalności, co oznacza, iż wskazuje się na to, co jest właściwe dla jednostki z dysfunkcjami, którą poprzez usprawnienie należy przywrócić do stanu normalnego, a więc chodzi tu o działanie prowadzące do egzekwowania, spełniania norm powszechnie przyjętych w społeczeństwie. Słabymi stronami modelu indywidualnego określanego też mianem medycznego jest nieuwzględnianie kontekstu społecznego, co skutkuje brakiem zrozumienia konieczności dostosowania środowiska do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz możliwością utrwalenia istniejącego porządku bez konieczności wprowadzania reform instytucjonalnych. W związku z tym model indywidualny zdaje się utwierdzać mit indywidualnego kształtowania przez jednostkę własnego losu, przy jednoczesnym nie uwzględnianiu realnej deprivacji społecznej osób niepełnosprawnych, która ma ścisły związek z determinantami społecznymi. Plusem modelu indywidualnego jest jednak adresowanie oddziaływań rehabilitacyjnych do konkretnych jednostek, co warunkuje indywidualne podejście do procesów usprawniających [3, 6].

Zdecydowanie odmiennym modelem jest model społeczny, w którym niepełnosprawność jest rozumiana jako utrata albo ograniczenie możliwości brania udziału w normalnym życiu społeczności na tym samym poziomie co inni, a w konsekwencji określa się niepełnosprawność nie jako atrybut jednostki lecz jako cechę środowiska społecznego. Rehabilitacja ukierunkowana jest na likwidację lub kompensowanie barier środowiskowych i wyrównywanie szans. W związku z tym odpowiedzialność za sukcesy bądź porażki rehabilitacyjne ponosi środowisko. W modelu społecznym obowiązuje zatem ideologia normalizacji, która akcentuje problem czy i na ile środowisko społeczne jest gotowe dostosować wzory zachowań i oczekiwania w stosunku do możliwości osób niepełnosprawnych. Model społeczny niepełnosprawności ma zatem na celu przygotowanie społeczeństwa do „przyjęcia” osób niepełnosprawnych, choć oczywistym mankamentem tego modelu jest wprowadzenie determinizmu jako podstawy aktywności osób niepełnosprawnych [3, 6].

Kolejnym modelem omawianym przy analizie zjawiska niepełnosprawności jest model biopsychosocjalny, który definiuje niepełnosprawność jako zjawisko tak biologiczne, jednostkowe, jak i społeczne. W takim kontekście rehabilitacja ma wydźwięk kompleksowy, to znaczy uwzględnia aspekt medyczny, psychologiczny, jak również społeczny. Odpowiedzialność za efektywność rehabilitacji lub jej brak spoczywa zatem na profesjonalistach, jednostce niepełnosprawnej i środowisku społecznym. W modelu

biopsychospołecznym funkcjonuje ideologia holistyczna, która akcentuje kompleksowe i komplementarne podejście do problemów i potrzeb osób niepełnosprawnych. Ostatni model niepełnosprawności określany mianem modelu praw człowieka ukazuje niepełnosprawność jako dynamiczne zjawisko, które powstaje *de facto* na styku ograniczeń w zdrowiu jednostki z nieprzygotowanym środowiskiem społecznym, a więc ma charakter relacyjny. Niepełnosprawność w takim kontekście jest traktowana jako normalny aspekt życia, a oddziaływania rehabilitacyjne są ukierunkowane na integrację, która traktuje osoby niepełnosprawne jako posiadające takie same prawa, jak inni członkowie społeczeństwa. Odpowiedzialność za poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych ponoszą na równi jednostki z ograniczeniami zdrowotnymi, jak i zdrowi członkowie społeczeństwa [3]. Ideologię, która kreuje model praw człowieka można określić mianem ideologii równości. Opisane modele ukazują możliwość interpretacji i percepcji zjawiska niepełnosprawności.

Osobnego omówienia wymaga model dynamiczny niepełnosprawności, co jest spowodowane, po pierwsze, zmianami wprowadzanymi do tegoż modelu, po drugie zaś, faktem, iż to właśnie model funkcjonalny uzyskał instytucjonalną rangę, jaką nadała mu Światowa Organizacja Zdrowia. W 1969 roku został zaproponowany dynamiczny model rozumienia niepełnosprawności, w którym wyróżniono zmiany patologiczne na poziomie biologicznym ujęte jako zaburzenia lub przerwanie procesów/czynności fizjologicznych. Drugim etapem było uszkodzenie, a więc dysfunkcje lub nieprawidłowości w strukturze układów na przykład kostnego, krążenia, nerwowego itd. Kolejnym etapem było wyróżnienie ograniczeń funkcjonalnych w życiu codziennym, wynikających z uszkodzeń. Czwartym zaś etapem była niepełnosprawność rozumiana jako trudności w wykonywaniu ról społecznych i zadań życiowych. W 1980 roku WHO zaproponowało Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, która to klasyfikacja wzorowana była na modelu dynamicznym. Uszkodzenie (*impairment*) wiązało się ze stratą bądź wadą fizjologiczną, anatomiczną, psychiczną struktury lub czynności organizmu, a więc odnosiło się do aspektu biomedycznego. Niepełnosprawność (*disability*) związana była z ograniczeniem funkcjonalnym, z niemożnością wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka. Natomiast upośledzenie (*handicap*) wynikało z niepełnosprawności i oznaczało niekorzystną (gorszą) sytuacją osoby niepełnosprawnej, polegającą na trudnościach lub uniemożliwieniu wypełniania ról społecznych, uznawanych za ważne i normalne dla jednostek biorąc pod uwagę ich wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne. Trzeci etap zmian w modelu dynamicznym uzyskał instytucjonalną formę w 1997

roku, gdy WHO sformułowało Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Działań i Uczestnictwa. W tej klasyfikacji niepełnosprawność obejmowała zarówno sferę biologiczną, osobową, jak i społeczną. Uszkodzenie było określane jako brak lub deformacja struktury organizmu, przebiegu funkcji fizjologicznych lub psychicznych, przy czym wyróżniono 873 funkcje organizmu. Działania zaś związane były z wszystkim, co człowiek może wykonywać począwszy od działań bardzo prostych do wykonywania czynności złożonych i skomplikowanych, w ramach owych zadań wyróżniono 617 działań. Osoby niepełnosprawne oceniano pod względem możliwości wykonywania tych działań na pięciostopniowej skali, przyjmując ponad to czterostopniową skalę pomocy osobistej, technicznej niezbędnej do skutecznego działania. Natomiast uczestnictwo dotyczyło rodzaju i zakresu zaangażowania osoby w sytuacje życiowe w kontekście środowiska, zatem chodziło o ustalenie możliwości uczestnictwa, ale również czynników ułatwiających lub utrudniających poziom owego uczestnictwa osobom niepełnosprawnym, w tym zakresie sprawdzano 106 różnego typu form zaangażowania. Ostatni etapem rozwoju i instytucjonalnego usankcjonowania modelu dynamicznego była Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia zatwierdzona przez Światową Organizację zdrowia w 2001 roku. W tym ujęciu niepełnosprawność została ukazana jako wypadkowa, z jednej strony, funkcjonowania jednostki na poziomie biologicznym, osobistym i społecznym, z drugiej zaś strony, stanu zdrowia, który rozumiany był jako dobrostan tak biologiczny, psychiczny, jak i społeczny, pomimo niepełnosprawności [3, 10].

*Oddziaływania ukierunkowane na problemy osób niepełnosprawnych.* Oddziaływania mające na celu umożliwienie tak swobodnego funkcjonowania w życiu codziennym, jak i swobodnej partycypacji społecznej osób niepełnosprawnych, skupiają się na trzech głównych problemach, a mianowicie kompleksowo rozumianej rehabilitacji, szeroko ujmowanej normalizacji, aktywizacji i integracji. Termin rehabilitacja pochodzi od łacińskiego słowa *habilitos*, co oznacza zdatność, przydatność, zręczność, a więc rehabilitacja będzie związana z przywróceniem owej zdatności, przydatności, zręczności [3]. Ogólna charakterystyka rehabilitacji, która nie uwzględnia jej specyficznych rodzajów związana jest z adaptacją osoby niepełnosprawnej do sytuacji swojej sytuacji życiowej. Można wyróżnić dwa cele rehabilitacji, jako takiej, po pierwsze, cel podstawowy, który związany jest z możliwie wczesnym przystosowaniem osoby niepełnosprawnej do warunków życiowych, w jakich się znalazła. Po drugie, należy wskazać również cel strategiczny, który jest ukierunkowany na doprowadzenie osoby niepełnosprawnej do jak najmniejszej zależności od otoczenia, w taki

sposób, aby mogły one funkcjonować na zasadach równopartnerskich z osobami pełnosprawnymi. Natomiast sukcesem rehabilitacji jest akceptacja sytuacji, w jakiej znajduje się osoba niepełnosprawna, to znaczy akceptacja swoich ograniczeń. Natomiast wśród cech rehabilitacji należy wyróżnić jej powszechność, wczesność, kompleksowość i ciągłość [1, 8].

Poszczególne określenia rehabilitacji zwracają uwagę na różne jej aspekty, w kontekście których rehabilitacja jest rozumiana jako przywrócenie jednostce zdolności do aktywnego życia poprzez poprawę sprawności i funkcji, readaptację do życia w społeczeństwie czy też jako produktywizację osób niepełnosprawnych, co związane jest z możliwością podjęcia pracy. Zgodnie z wyróżnianiem różnych aspektów rehabilitacji wymienia się kilka jej podstawowych rodzajów, w tym rehabilitację medyczną/lecniczą, psychologiczną/psychiczną, społeczną, a także zawodową. Rehabilitacja medyczna/lecnicza związana jest z usprawnieniem uprzednio wyleczonego narządu, a jej głównym celem jest złagodzenie lub zmniejszenie skutków chorób, urazów oraz skorygowanie wad wrodzonych. Do szczegółowych zaś celów rehabilitacji medycznej/lecniczej zalicza się, po pierwsze, niedopuszczenie do pogłębienia się niepełnosprawności, po drugie, przywrócenie funkcji i podwyższenie ich sprawności do możliwie najwyższego stopnia, po trzecie, rozwój mechanizmów kompensacyjnych. Rehabilitacja psychiczna/psychologiczna związana jest z adaptacją osób niepełnosprawnych do warunków i sytuacji, w których przyszło funkcjonować osobie niepełnosprawnej, przy czym chodzi o potencjał motywacyjny i związany z kształtowaniem kompetencji interpersonalnych. Do celów szczegółowych rehabilitacji psychicznej/psychologicznej należy zaliczyć wykształcenie zdolności do realnej oceny własnych możliwości, dostosowanie się i zaakceptowanie własnej niepełnosprawności, a także rozwijanie sprawności, które umożliwiają dalsze funkcjonowanie w środowisku [3].

Rehabilitacja społeczna natomiast związana jest z ukształtowaniem postaw i umiejętności społecznych osób niepełnosprawnych, umożliwiających samodzielne funkcjonowanie i współżycie z innymi ludźmi. Rehabilitacja społeczna akcentuje jednak przede wszystkim konieczność ukształtowania środowiska pozbawionego barier, utrudniających osobom niepełnosprawnym tak codzienne funkcjonowanie, jak i uczestnictwo w głównym nurcie życia społecznego. Wskaźnikami skuteczności rehabilitacji społecznej jest możliwość podejmowania przez osoby niepełnosprawne ról społecznych, a także podejmowanie aktywności zawodowej. Często wyodrębnia się czwarty rodzaj rehabilitacji, jakim jest właśnie rehabilitacja zawodowa, która ma przygotowywać osoby niepełnosprawne do podjęcia pracy zgodnie z ich możliwościami i kwalifikacjami, zaś jej celem jest po prostu



podjęcie przez te osoby zatrudnienia. Przesłankami do podejmowania pracy przez osoby niepełnosprawne jest stwierdzenie, iż każda jednostka zachowuje pewne sprawności i dyspozycje, które wystarczy zidentyfikować, ukierunkować i usprawnić, aby mogła się ona realizować w sferze zawodowej, przy uwzględnieniu ewentualnych szkoleń przekwalifikujących. Drugą przesłanką istotną z punktu widzenia rehabilitacji zawodowej jest stwierdzenie, że żadna praca nie wymaga od jednostki rozwinięcia wszystkich jej możliwości i sprawności. Ten rodzaj rehabilitacji zawiera w sobie konieczność oceny zdolności do podjęcia pracy, następnie ewentualne przekwalifikowanie, dalej zatrudnienie na odpowiednim stanowisku pracy i opieka nad osobą niepełnosprawną, która podejmuje pracę [3].

Innym rodzajem oddziaływań skierowanych do osób niepełnosprawnych są procesy normalizacyjne, które wskazują sposób, w jaki należy traktować problemy osób niepełnosprawnych. Można wyróżnić kilka typów normalizacji, po pierwsze, chodzi o normalizację w aspekcie instytucjonalno – prawnym, czyli polegającą na opracowywaniu, ustalaniu, wprowadzaniu i rozpowszechnianiu obowiązujących norm w zakresie czynności i świadczeń, które mają regulować życie osób niepełnosprawnych. Po drugie, normalizacja rozumiana jest jako działania mające na celu „unormalnienie” osób niepełnosprawnych, czyli dopasowanie ich do obowiązujących norm. Takie podejście normalizacyjne zakłada, iż zjawisko niepełnosprawności jest przykładem swoistego rodzaju dewiacji, a zatem odbiega od normy, i w związku z tym zakłada się przywrócenie do stanu normalnego. Zatem chodzi o przeniesienie standardów populacji sprawnych jednostek na osoby niepełnosprawne, które powinny upodobnić się do osób pełnosprawnych. Trzeci kontekst, w którym rozważa się ujęcie normalizacyjne osób niepełnosprawnych dotyczy aspektu egzystencjalnego, a więc zwraca się uwagę na to, iż życie osób niepełnosprawnych powinno opierać się na „godnych warunkach”. Ma zatem ono być w miarę normalne i zabezpieczone od strony podstawowych bytowych warunków. Jednocześnie akcentuje się konieczność uczynienia życia osób na tyle, na ile to możliwe „normalnym”, tzn. zbliżone do warunków w jakich funkcjonują osoby sprawne. Czwarty rodzaj podejścia normalizacyjnego akcentuje aspekt społeczny, który polega na realnym wprowadzeniu osób niepełnosprawnych do głównego nurtu życia społecznego. Konstytutywnymi elementami owego realnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych są ich obecność we wszystkich dziedzinach życia zbiorowości, co związane jest nie tylko z użytkowaniem wzorów, ale także z byciem ich twórcami; osiągnięcie pożądaných powszechnie dóbr; pełnieniem typowych ról społecznych, co z kolei związane jest z doświadczaniem normalnego cyklu życia. Ostatni kontekst normalizacyjny dotyczy

przekształcania środowiska społecznego tak, aby pozbawione potencjału naznaczającego i barier umożliwiało równouprawnienie wszystkich, bez wyjątku obywateli, którzy mają prawo do bycia Innymi [4, 5]

Ważnym sposobem oddziaływania ukierunkowanego na optymalizację życia osób niepełnosprawnych jest aktywizacja, która zmierza do wyrównywania ich szans życiowych, przy czym zakłada się, iż odpowiedzialność za sukces tego procesu ponoszą, z jednej strony, osoby niepełnosprawne, z drugiej zaś, społeczeństwo gwarantujące możliwości. Sama aktywizacja określana jest jako stworzenie warunków i możliwości do aktywnego, twórczego życia, co powinno dotyczyć wszystkich osób niepełnosprawnych bez względu na rodzaj i poziom niepełnosprawności, cechy demograficzno – społeczne. Celem aktywizacji jest odtwarzanie i budowanie kontaktów interpersonalnych, zaś ich brak oznacza śmierć społeczną, a więc osamotnienie, izolację itd. W kontekście aktywizacyjnych oddziaływań zdrowie jest rozumiane w oderwaniu od uwarunkowań medycznych i oznacza samodzielne i twórcze życie bez lub pomimo chorób czy niepełnosprawności.

Kulminacyjnym oddziaływaniem, które ma ostatecznie doprowadzić do akceptacji osób niepełnosprawnych w ramach społeczeństwa jest integracja, rozumiana zarówno jako proces, jak i cel ukierunkowana na wspólne życie w obrębie grup społecznych, instytucji. Integracja to proces wzajemnego oddziaływania osób niepełnosprawnych i społeczeństwa, w którym obie strony otwierają się na siebie tak, aby wytworzyć poczucie wspólnoty i przynależności we wszystkich dziedzinach życia. Integracja zatem polega na wzajemnym zmienianiu się ze względu na siebie i w stosunku do siebie, co związane jest z dekonstrukcją ideologii upodabniania się „słabych” do „silnych”. Chodzi zatem o wzajemne zbliżanie się w warunkach, akceptacji (ograniczeń, praw, obowiązków), wsparcia, uzupełniania (współtworzenia wzorów kulturowych) [7].

*Postawy społeczne w stosunku do osób niepełnosprawnych.* Postawy społeczne stanowią istotny czynnik warunkujący sytuację życiową osób niepełnosprawnych. Postawa jako taka jest względnie trwałym sposobem oceniania danego zjawiska poprzez żywienie określonych przekonań, emocjonalnego reagowania, a także wykazywania dyspozycji do podejmowania działań w odniesieniu do ocenianego zjawiska. W związku z powyższym można wskazać trzy konstytutywne elementy każdej postawy, bez względu na to czy jest ona wyrazem pozytywnego czy negatywnego stosunku. Pierwszy element można określić jako poznawczy, a więc związany z posiadaną na dany temat wiedzą. Drugi element skorelowany jest z komponentem emocjonalno – oceniającym, który dotyczy sfery uczuć żywionych w

odniesieniu do jakiegoś zjawiska. Natomiast trzeci element – behawioralny, dotyczy zachowań w stosunku do takiego czy innego zjawiska [6]. W odniesieniu do postaw tworzonych przez społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych, można wyróżnić trzy typy relacji, które wyodrębnia się ze względu na tak zwaną ich widzialność w społeczeństwie. Pierwszy typ relacji określa się mianem spontanicznej partycypacji, w której problemy osób niepełnosprawnych nie są postrzegane jako istotne społecznie, gdyż występują znacznie ważniejsze problemy jak na przykład konflikty zbrojne, choroby zakaźne, głód itd. Obecność osób niepełnosprawnych jest zauważalna, niemniej jednak nie funkcjonują oni na równych prawach. Tego typu relacje między społeczeństwem a osobami niepełnosprawnymi mają miejsce w społecznościach rozwijających się. Drugi typ relacji określa się jako separację i dotyczy on społeczeństw w przejściowym stadium rozwoju, a obecność osób niepełnosprawnych uznawana jest jako poważny problem, ale przede wszystkim medyczny. Niepełnosprawne jednostki funkcjonują w ramach specjalnie przystosowanych do ich potrzeb instytucjach. Ostatni typ relacji nazywany jest integracją i ma miejsce w społeczeństwach z wysoko rozwiniętą tradycją rehabilitacyjną, której integralnym elementem jest znoszenie barier. W takim kontekście osoby niepełnosprawne są jak najbardziej widzialne, przy czym kreuje się takie środowisko, które umożliwia optymalną dla nich samodzielność i równouprawnienie w zakresie partycypacji społecznej [6].

Wymienione elementy są składowymi tak postawy pozytywnej, jak i negatywnej, które w kontekście problemów osób niepełnosprawnych stanowią o ich szansach życiowych lub raczej warunkują owe szanse życiowe w społeczeństwie. Charakteryzując postawy pozytywne w stosunku do osób niepełnosprawnych należy stwierdzić, iż są to postawy, które opierają się na realistycznym określaniu ich ograniczeń (adekwatna wiedza o problemach osób niepełnosprawnych), akceptacji osób niepełnosprawnych (uznanie osób niepełnosprawnych jako pełnowartościowych) i traktowaniu osób niepełnosprawnych na równi z innymi osobami (zachowania sprzyjające udzielaniu wsparcia w sytuacji, gdy osoby niepełnosprawne, tak jak każda jednostka w trudnej sytuacji, potrzebuje potencjału pomocowego) [6].

Postawy negatywne również zawierają owe trzy wymienione elementy z tym, że elementowi poznawczemu, a więc dotyczącemu wiedzy odpowiadają przesady, czyli nieuzasadnione i błędne twierdzenia. Tworzenie się przesądów na temat osób niepełnosprawnych związane jest z fragmentaryczną i powierzchowną wiedzą dotyczącą ich problemów, która to wiedza związana jest przede wszystkim z fizycznymi, widocznymi

atrybutami. Przykładem przesądu na temat osób niepełnosprawnych jest twierdzenie o przekładalności niepełnosprawności ruchowej, fizycznej na intelektualną, umysłową. Drugim etapem kształtowania się postaw negatywnych w odniesieniu do osób niepełnosprawnych są uprzedzenia, a zatem nieuzasadniona niechęć do utrzymywania kontaktów z tymi osobami. Przykładem może tu być awersja estetyczna lub niechęć nawiązywania kontaktów, ze względu na rzekomo negatywne cechy charakteru osób niepełnosprawnych, takie jak agresywność, ekspansywność, hałaśliwość, nieśmiałość. Trzecim etapem kształtowania się postaw negatywnych są stereotypy, a więc pewien uogólniony obraz osób niepełnosprawnych. Istotą stereotypów jest tworzenie anonimowego i homogenicznego obrazu jakiejś grupy osób, na podstawie odmienności wyglądu i specyfiki funkcjonowania. Stereotypy są po części uwarunkowane indywidualnymi doświadczeniami, po części zaś czynnikami kulturowymi, a egemplifikacją tych ostatnich może być traktowanie osób niewidomych jako melancholików i jednostki szczególnie refleksyjne, zaś niesłyszących jako aspołecznych i ograniczonych intelektualnie [2]. Przykładami stereotypów są twierdzenia, które uznają, iż osoby niepełnosprawne są bierne, niesamodzielne, lękliwe itd. Tworzenie stereotypów związane jest z ograniczeniem lub brakiem motywacji do zachowań pomocowych w stosunku do osób niepełnosprawnych. Postawy negatywne są często usprawiedliwiane różnego rodzaju motywami, wśród których zwykle się wymieniać lęk przed zarażeniem, poczucie dyskomfortu w obecności osób niepełnosprawnych, poczucie odpowiedzialności za osobę niepełnosprawną, obawa przed bojkotem towarzyskim itd. [6, 8].

*Konsekwencje negatywnych postaw społecznych.* Postawy negatywne generują zjawiska, które mają zdecydowanie destrukcyjny wpływ na sytuację życiową osób niepełnosprawnych. Zjawiska te wywierają negatywne skutki w odniesieniu do ograniczeń lub braku partycypacji osób niepełnosprawnych w głównym nurcie życia społecznego. Pierwszą konsekwencją wynikającą z postaw negatywnych jest generowanie przez społeczeństwo różnego rodzaju barier, a więc przeszkód utrudniających nie tylko codzienny udział w życiu społecznym, ale także trudności w osiągniętych społecznie dobrach [11]. Wśród barier wyróżnia się trudności ekonomiczne, architektoniczne, ograniczenia w dostępie do instytucji wspomagających rozwój i funkcjonowanie osób niepełnosprawnych, brak potencjału opiekuńczego itd.

Kolejną konsekwencją wynikającą z barier jest zjawisko marginalizacji osób niepełnosprawnych, polegające na wyłączeniu ich z nurtu życia społecznego. W efekcie pojawia się proces automarginalizacji, w którym to źródłem barier staje się sama osoba

niepełnosprawna, co związane jest z akceptacją swojego zmarginalizowanego statusu. Do cech automarginalizacji należy zaliczyć bierność opierająca się na poczuciu napotykania przez osoby niepełnosprawne trudności nie do pokonania, a także akcentowanie swojej niemożności. Inną cechą automarginalizacji jest brak motywacji do zmiany swojej sytuacji, co z kolei związane jest z poczuciem braku kontroli nad wydarzeniami oraz rezygnacji z realizacji celów i aspiracji życiowych. Zaakceptowanie przez osobę niepełnosprawną swojego zmarginalizowanego statusu jest związane, z jednej strony, z marginalizująco oddziałującymi zewnętrznymi czynnikami mikro i makro społecznymi, z drugiej zaś, owo utrwalanie i pogłębianie sytuacji wykluczającej kształtuje się pod wpływem negatywnych, jednostkowych doświadczeń w radzeniu sobie z niepełnosprawnością. Automarginalizacja związana jest z poczuciem izolacji, osamotnienia i opuszczenia jakich doświadcza osoba niepełnosprawna [6].

Konsekwencją mającą równie destrukcyjny charakter jest tak zwana wyuczona bezradność, definiowana jako reakcja na postrzegany brak związku między podejmowanymi działaniami a oczekiwanymi nagrodami. W przypadku wyuczonej bezradności należy wskazać trzy różne źródła, które warunkują pojawienie się tej postawy. Wyuczona bezradność może być postrzegana przez osobę niepełnosprawną jako efekt własnej niemocy, niezdolności do działania. Innym powodem wykazywania postawy wyuczonej bezradności jest wskazanie na czynniki zewnętrzne, a więc pewne obiektywne trudności na przykład dysfunkcjonalność instytucji lub zła wola innych osób. W takim kontekście wyuczona bezradność jest pochodną bezradności, a także bezsilności, wynikających z uzależnienia od decyzji, wywierania wpływu oraz wyznaczania szans i porażek przez osoby, podmioty z otoczenia. Kolejnym źródłem wyuczonej bezradności jest tak zwana zewnątrzsterowność, która polega na tym, iż osoby niepełnosprawne poddawane procesowi przystosowania są socjalizowane do roli bycia przede wszystkim właśnie osobą niepełnosprawną, która to rola programowo wpisuje w jednostkę kategorii podporządkowania, bierności i niezdolności do podejmowania decyzji i kierowania własnym życiem. Ujętą w kontekście wyuczonej bezradności zewnątrzsterowność może być traktowana przez same osoby niepełnosprawne i przez społeczeństwo w dwojaki sposób albo negatywnie jako przejaw ograniczania możliwości w podejmowaniu samodzielnych działań przez osoby niepełnosprawne, albo jako wyraz troski i zaangażowania „znaczących innych” w życie osób niepełnosprawnych, co związane jest z tak zwanym zdejmowaniem ciężaru i odpowiedzialności, przy czym takie podejście będzie wzmacniać tendencje do utrwalania postawy wyuczonej bezradności. Bez względu na rodzaj źródła, postawa wyuczonej

bezradności powodują pojawienie się deficytów poznawczych (brak realnego rozumienia własnej sytuacji), motywacyjnych (obniżenie motywacji do działania) i emocjonalnych (apatia, znużenie, lęk, bezradność, wrogość) [6].

Ostatnim negatywnym skutkiem pośrednio spowodowanym negatywnymi postawami, bezpośredni zaś związany z wyuczoną bezradnością jest postawa roszczeniowa, którą określa się jako częste i ciągle wzrastające oczekiwanie pomocy i bezinteresownych świadczeń ze strony otoczenia. Postawa roszczeniowa może przekształcić się w zachowania agresywne i „ekspansywne” osób niepełnosprawnych, ale bez względu na przejawy jest ona z reguły związana z frustracją wynikającą z braku możliwości zaspokojenia potrzeb i stanowi wyraz swego rodzaju „wołania o pomoc” [6].

*Problem odczuwania przez osoby niepełnosprawne swojej inności.* W efekcie postaw negatywnych, a także skutków zjawisk wynikających z owych postaw osoby niepełnosprawne doświadczają poczucia inności, przy czym owa inność definiowana jest w takim kontekście jako obcość trudna do zaakceptowania przez społeczeństwo, budząca zróżnicowane emocje począwszy od niepokoju, leku, agresji przez litość i gesty dobroczynności, a skończywszy na ciekawości. Wyróżnia się kilka źródeł generowania poczucia inności osób niepełnosprawnych. Najczęstszym źródłem takiego poczucia jest społeczne postrzeganie inności, które ujawnia się w: braku myślenia o ludziach mających odmienne od typowych potrzeby (przejawem są generowane bariery, które w zestawieniu z innością osób niepełnosprawnych prowadzą do obojętnych lub opryskliwych zachowań otoczenia); baczny obserwowaniu otoczenia (spojrzenia i komentarze wyrażające współczucie, troskę, ale i zdziwienie, które mają moc deprymującą demobilizującą, wykluczającą); generalizacji osób niepełnosprawnych na podstawie słabości doświadczanej przez te osoby (poszczególne atrybuty niepełnosprawności są wyolbrzymiane, przez co przesłaniają indywidualne walory osób niepełnosprawnych); pomijaniu osób niepełnosprawnych jako partnerów interakcji społecznych (osoby niepełnosprawne są traktowane jako ograniczone pod względem możliwości nawiązywania relacji interpersonalnych); niekończącym zdziwieniem (kwestionowanie zdolności i kompetencji osób niepełnosprawnych jako jednostek, dla których uznane za normalne aktywności nabierają w oczach obserwatorów znaczenia wyjątkowego); odmowa prawa do typowego życia (osoby niepełnosprawne są traktowane jako jednostki, które wręcz nie powinny uczestniczyć w osiągnięciu powszechnie dostępnych dóbr, właśnie ze względu na swoje ograniczenia).

Kolejnym źródłem doświadczania poczucia inności przez osoby niepełnosprawne jest radzenie sobie społeczeństwa z innością Innego, co związane jest z brakiem wiedzy na temat potrzeb i problemów osób niepełnosprawnych, a w konsekwencji niepewnością i nieumiejętnością adekwatnego zachowania się w stosunku do osób niepełnosprawnych. Ostatnim zaś źródłem poczucia inności odbieranym przez osoby niepełnosprawne jest, z jednej strony, doświadczenie własnej słabości (niemożność podolania pewnym aktywnościom), z drugiej zaś, doświadczanie własnych możliwości (zadowolenie z podziwu wzbudzającym w społeczeństwie lub irytacja w sytuacji, gdy społeczeństwo nad wyraz entuzjastycznie reaguje na osiągnięcia bądź sukcesy osób niepełnosprawnych).

W kontekście odczuwania inności przez osoby niepełnosprawne należy zwrócić uwagę na różne strategie przyjmowane przez społeczeństwo w odniesieniu do traktowania osób niepełnosprawnych jako Innych: strategia naznaczania i wykluczania innych, strategia normalizacyjna, a więc uczynienie z innego kogoś swojego, co oznacza niwelację jego inności w stopniu jak to tylko możliwe najszerszym, oraz strategię poszanowania inności, a więc przyznania osobom niepełnosprawnym prawa do bycia innymi [9].

#### **Bibliografia**

1. Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, (red.) J. Barański, W. Piątkowski, Wrocław 2002.
2. K. Błęszyńska, Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych, Warszawa 2001.
3. J. Kirenko Indywidualna i społeczna recepcja niepełnosprawności, Lublin 2007.
4. A. Krause A., Normalizacyjne podłoże integracji, w: Dryżałowski G., Żuraw H. (red.) Integracja społeczna osób niepełnosprawnych, Warszawa 2004.
5. Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych, (red.) Cz. Kosakowski, A. Krause, Olsztyn 2005.
6. A. Ostrowska, J. Sikorska, Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji, Warszawa 1996.
7. Speck. Niepełnosprawni w społeczeństwie, Gdańsk 2005.
8. B. Tobiasz-Adamczyk, Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Kraków 2000.
9. K. D. Rzedzicka, Niepełnosprawność jako inność modyfikatorem praktyki integracyjnej, w: Dryżałowski G., Żuraw H. (red.) Integracja społeczna osób niepełnosprawnych, Warszawa 2004.
10. M. Wiliński, Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny - społeczny”. W: Brzezińska A. I., Kaczan R., Smoczyńska K. (red.) Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności, Warszawa 2010.
11. H. Żuraw, Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, Warszawa 2008.

## 1.5. Relacja lekarz - pacjent, jako interakcja społeczna

Relacja lekarz – pacjent jest swoistego rodzaju interakcją, której podstawą jest wzajemny wpływ obu jej stron na proces terapeutyczny. Takie określenie relacji lekarz – pacjent wskazuje, iż jest ona sposobem odgrywania specyficznych ról społecznych, przy czym obie strony odczytują i modyfikują swoje zachowania w odniesieniu do obowiązków i praw przyporządkowanych odpowiednio roli lekarza i roli pacjenta [1,2]. W socjologii medycyny zwykło się wyróżniać kilka modeli interakcji zachodzącej między lekarzem a pacjentem, które starają się określić charakter owej relacji, co ściśle związane jest z opisem odgrywanych w jej ramach ról społecznych.

Jednym z pierwszych modeli omawianej interakcji był model funkcjonalny, który został zaproponowany przez Talcotta Parsonsa. W owym modelu interakcja lekarz – pacjent jest określona jako asymetryczna, choć komplementarna. Oznacza to, iż odmiennie skonstruowane role społeczne (profesjonalista – laik), mają na celu wspólne dobro, jakim jest osiągnięcie zdrowia pacjenta. Niewspółmierność postaw lekarza i pacjenta wynika, po pierwsze, z ich odmiennego nastawienia, z których pierwszy wykazuje postawę obiektywną, tj. kieruje się on uniwersalizmem (jednakowe i profesjonalnie traktowanie pacjenta), emocjonalną neutralnością (zachowuje dystans wobec sytuacji pacjentów), a także zachowuje specyficzność oddziaływań (koncentruje się na problemach zdrowotnych pacjentów). Pacjent natomiast koncentruje się głównie na emocjonalnym aspekcie owej interakcji, co związane jest z dążeniem do zniwelowania wszelkich obaw związanych z jego stanem zdrowotnym i odczucia ulgi w przypadku pojawienia się bólu czy cierpienia. Różnice w postrzeganiu interakcji między lekarzem a pacjentem przekładają się na odmienność treści ról społecznych, co stanowi drugi element konstytuujący niewspółmierność postaw lekarza i pacjenta. Rola społeczno – zawodowa lekarza wskazuje, iż do jego obowiązków zalicza się działania służące przywróceniu zdrowia pacjenta w oparciu o zdobytą wiedzę i umiejętności, zaś wśród praw lekarza wyróżnia się dostęp do intymnych sfer (wiadomości, badanie ciała) pacjenta, autorytarną i autonomiczną władzę sprawowaną nad diagnostyką oraz terapią. W skład roli pacjenta/chorego wchodzi obowiązek związane z poszukiwaniem pomocy, współpraca ze specjalistami i motywacja do podejmowania działań zmierzających do wyzdrowienia. Natomiast prawa pacjenta dotyczą zapewnienia mu pomocy i opieki, zwolnienia czasowego bądź stałego z podstawowych, pełnionych przez niego ról społecznych. Problem niewspółmierności ról lekarza i pacjenta stał się ważnym czynnikiem modyfikującym model



funkcjonalny Parsonsa. Thomas Szasz i Marc Hollender zaproponowali wyróżnienie trzech typów relacji lekarz – pacjent, które zostały wyodrębnione właśnie ze względu na jej asymetryczność w sferze wiedzy i kompetencji, przy czym uwzględnili oni specyfikę stanu biologicznego pacjenta, która w znaczny sposób decyduje o stopniu aktywności chorego. I tak opisali oni relację lekarz – pacjent w kontekście aktywności – bierność (działanie po stronie lekarza; pacjent bierny; stan organizmu: narkoza, śpiączka, ostry uraz itd.), kierowania – współpracy (wskazówki ze strony lekarza, co do dalszego działania; pacjent wypełnia zalecenia; stan organizmu: choroby ostre, zakażenia itd.) oraz obopólne uczestnictwo (lekarz pomaga pacjentowi zrozumieć i wskazać drogę rozwiązania sytuacji zdrowotnej; chory staje się partnerem współdecydującym i współodpowiedzialnym; stan organizmu: choroby przewlekłe itd.) [1,2].

Innym modelem wyszczególnianym przy sposobności omawiania relacji lekarz – pacjent jest model konfliktu, który został sformułowany przez Eliota Freidsona. Ów schemat interakcji prowadzącej do uzyskania zdrowia, sprawności również nawiązuje do niewspółmierności ról lekarza i chorego, przy czym czyni z niej istotę tej relacji. Zatem konstytutywnym elementem modelu konfliktu jest różnica interesów lekarza i pacjenta, z których każdy przyjmuje odmienną perspektywę, a zderzenie ich stanowi źródło potencjalnego starcia. Przyczyną zaistnienia konfliktu może stać się struktura i organizacja opieki lekarskiej, odmienne poglądy na temat zdrowia i choroby, a także zderzenie dwóch środowisk, kultur, które kierują się różnymi wzorcami zachowań, standardami emocjonalnymi i systemami ocen. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na to, iż Freidson podjął się krytyki modelu funkcjonalnego, który nazbyt neutralizował (uzasadniał poprzez wskazanie na wiedzę i kompetencje medyczne) i obiektywizował (akcentował wspólny cel relacji lekarz - pacjent) władzę lekarza nad chorym. Autor modelu konfliktowego zwrócił wagę na władzę stwierdzania i sankcjonowania chorób i niepełnosprawności jako dewiacji społecznych, a więc akcentował etykietyzujący charakter działań lekarzy [1,2].

Kolejnym modelem interakcji lekarz – pacjent jest model transakcyjny, który stanowi swego rodzaju próbę pogodzenia typu funkcjonalnego i konfliktowego, za twórcę uznaje się Samulea Blooma. Istotą modelu transakcyjnego są negocjacje, w których jako pierwszy etap wyróżnia się osiągnięcie porozumienia, co do określenia problemu stanowiącego przedmiot konsultacji. Drugim etapem negocjacji jest rozpoznanie i zgoda, co do procesu terapeutycznego, przy czym chodzi tu o takie rozwiązanie, które z jednej strony, byłoby wyrazem najtrafniejszej decyzji lekarza, z drugiej zaś, stanowiłoby satysfakcję dla pacjenta.

Proces negocjacji zależy od wielu zmiennych, wśród których wymienia się „1) relatywną pozycję społeczną obu partnerów, 2) różnice w statusie materialnym pacjenta i lekarza, 3) możliwości intelektualne pacjenta, 4) istnienie w przypadku konkretnej dolegliwości alternatywnych terapii, 5) natura problemu zdrowotnego, oczekiwań, celów pacjenta, 6) terapeutyczna „ideologia” lekarza itd.”. Negocjacje zachodzą na dwóch poziomach, a mianowicie na poziomie zwykłych interakcji międzyludzkich, emocjonalnych, które są uzależnione od osobowości parterów owej relacji, co określane jest jako transakcja o podłożu ekspresyjnym. Drugi zaś poziom negocjacji związany jest z posiadaną wiedzą medyczną tak przez lekarzy, jak i przez pacjentów, ten typ negocjacji określane jest mianem transakcji instrumentalnej. Jak zostało już wspomniane, model transakcyjny podejmuje się pogodzenia funkcjonalizmu z elementem teorii konfliktu, bowiem z jednej strony, zakłada odmiennosc usytuowania lekarza i pacjenta w podkulturach, w ramach których funkcjonują specjaliści i osoby chore, a więc chodzi tu o wzory zachowań i system wiedzy zakorzenione w profesji medycznej oraz rodzinie. Z drugiej jednak strony, model negocjacyjny wskazuje, iż oba systemy odniesień funkcjonują w ramach jednej struktury społeczno – kulturowej, w której wartością, dobrem powszechnie pożądanym jest zdrowie [2].

Analizując zmiany, jakie dokonywały się w percepcji interakcji lekarz – pacjent należy zwrócić uwagę na ewolucję w jej interpretowaniu, która polega na przejściu od → **paternalizmu** mocnego przez słaby do → **pryncypializmu**. Przez paternalizm mocny rozumie się „naruszenie jednostkowej wolności działania, uzasadnione wyłącznie przyczynami mającymi na względzie dobro osoby, której wolność jest ograniczona” [3]. Natomiast paternalizm słaby związany jest z formułowaniem zaleceń i ostrzeżeń w odniesieniu do jednostki dotyczących możliwych zagrożeń i ustąpieniu pola działania jednostce, przy czym zostaje ona poddana procesowi obserwacyjnemu, co związane jest z długoterminowym interesem jednostki [3]. Pryncypializm zaś oznacza kierowanie się w interakcji lekarz – pacjent podstawowymi zasadami autonomii, dobroczynności, nieszkodzenia i sprawiedliwości, na podstawie których to zasad relacja profesjonalisty i osoby chorej, → **niepełnosprawnej** uzyskuje status partnerski. Zmiany jakie nastąpiły na gruncie medycyny i etyki medycznej poczynając od lat 60. XX wieku spowodowały przewartościowanie fundamentu aksjologii medycznej z optyki paternalistycznej w stronę zasad pryncypializmu. W. Słomski podkreśla, że „relacje paternalistyczne panowały dawniej nie tylko w medycynie lecz we wszystkich dziedzinach, w których słabszy był zależny od silniejszego, a więc np. w edukacji, zakładach pracy, relacjach między chłopami a

arystokracją (w Polsce – szlachtą) itd. Współczesne społeczeństwa odrzuciły ów paternalizm, przyznając każdej jednostce prawo do decydowania o sobie, a równocześnie obarczając ją odpowiedzialnością za swoje wybory” [4]. Tym samym uległa zmianie nie tylko interpretacja i rozumienie zadań i celów, jakie realizować ma medycyna, ale także sposobów i form ich realizacji. Podstawowa przestrzeń transformacji dotyczy relacji i stosunków, jakie dokonują się między lekarzem i pacjentem.

Zgodnie z podstawowym zadaniem medycyny - *primum non nocere*, na gruncie paternalizmu uznawano, iż powinnością lekarza jest nie informowanie pacjenta o złych dla niego rokowaniach (tj. nadchodzącej śmierci) oszczędzając mu tym samym cierpienie, w tym wypadku natury psychicznej. Takie postępowanie wynikało wprost z interpretacji w duchu paternalistycznym zasad etyki Hipokratesowej. Lekarz posiadał całkowitą kontrolę nad informacją na temat stanu zdrowia, choroby oraz rokowań pacjenta i na jej gruncie samodzielnie podejmował decyzje o procesie terapeutycznym. Polski *Zbiór zasad deontologii lekarskiej* z roku 1935 zawierał nakaz informowania rodziny pacjenta w sposób „ogłędny” o zdrowiu pacjenta, który znajdował się w stanie zagrażającym jego życiu. Jednocześnie nie wspomina nawet o obowiązku udzielania jakiegokolwiek informacji samemu choremu [5]. Ten sam dokument z roku 1984 w pozycji 12 Głosił już, że „ze względu na ochronę psychiczną chorego nie jest wskazane podawanie do jego wiadomości niepomyślnego rokowania. Należy natomiast wtajemniczyć w nie wybraną osobę z otoczenia chorego” [6]. Postawa paternalistyczna alienowała osobę-pacjenta sprowadzając jednocześnie przestrzeń relacji lekarza do przypadku klinicznego, w której pacjent stanowił tylko i wyłącznie nośnik choroby. „Traktowanie pacjenta jako przypadku chorobowego można rozważać w obrębie pewnego okroplonego podejścia terapeutycznego. Wyznacza je tzw. biomedyczny model terapii. Na pierwszy rzut oka prezentuje się on jako podejście ściśle naukowe do choroby pacjenta [...]. W tym modelu terapeutycznym pacjent, jako ktoś obdarzony umysłem i życiem duchowym, nie znajduje większego uznania. Te bowiem wyższe jego funkcje traktowane są albo jako pewne wysublimowane funkcje materii, które koniec końców do tej materii można zredukować, albo jako jakieś zjawiska epifenomenalne, które nie mają większego wpływu na funkcjonowanie samego organizmu. Sam pacjent więc łatwo może być postrzegany tylko jako chorujący organizm” [6]. Charakter omawianej relacji w zakresie sytuacji granicznych życia wpisywał się istotowo w model śmierci zracjonalizowanej, w której pacjent traktowany jako nośnik choroby podlegał całkowicie lekarzowi, jako temu, który posiadał kompetentną

władzę-wiedzę na gruncie, której decydował o procesie terapeutycznym lub jego zaprzestaniu.

Współcześnie aksjologia medyczna przyjmując zasadę autonomii woli przewartościowała paternalistyczny model relacji lekarza i pacjenta. Po pierwsze, model holistyczny podkreśla, że „jeśli pacjent doświadcza jakiejś choroby, to najczęściej oznacza to, że stan ten dotyka nie tylko organizmu. Choroba, nawet tylko somatyczna, może mieć również pozaempiryczne podłoże, i co więcej – dotyka ona wielu sfer istnienia człowieka. Stąd, kiedy mówimy o pacjencie, rażąco nieadekwatne jest mówienie o schorowanym organizmie czy nietypowym przypadku klinicznym. Pacjent choruje na wielu płaszczyznach i konsekwentne poszukiwanie wyleczenia musi się do tej wielowymiarowości odnosić” [6]. Współczesne rozumienie „dobra pacjenta” oznacza, więc rozumienie „dobra całej osoby”, „człowieka-mikrokosmosu”, który nie jest redukowalny do wymiaru somatycznego schorzenia. Po drugie, uznanie autonomii i prawa do samostanowienia pacjenta sytuuje go w relacji partnerskiej wobec lekarza, w której współdecyduje o procesie diagnostyczno-terapeutycznym [7]. Współczesna etyka lekarska i obowiązujące prawo medyczne nakładają na lekarza obowiązek informowania pacjenta o stanie jego zdrowia, rokowaniach i możliwych do zastosowania formach terapii. Na gruncie bioetyki anglosaskiej pacjent posiada prawo do pełnej wiedzy na temat swojego stanu zdrowia niezależnie od rokowania. Tradycja europejska nakazuje uwzględnić sytuację chorego i daje mu prawo do rezygnacji z posiadania wiedzy na temat niepomyślnych rokowań [8]. Kodeks Etyki Lekarskiej z roku 2004 w artykule 17 stanowi, że: „w razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji” [9]. W. Bołoz dodaje, że „do anglosaskiego i europejskiego sposobu przekazywania informacji choremu dodaje się niekiedy trzecią formę, polegającą na tym, że lekarz pomaga pacjentowi, aby mógł on sam odkrywać stopniowo prawdę o swoim stanie zdrowia” [8].

Na gruncie współcześnie uznanego pryncypializmu model relacji lekarz-pacjent jest nadal dyskutowany i niedookreślony. W literaturze → **bioetycznej**, co podkreśla T. Biesaga, dyskutuje się między innymi: model legalistyczny (*legalistic model, physician-client*); ekonomiczny; konsumencki (*economic, consumer model physician-consumer*); negocjacyjny;

kontraktalistyczny (*negotiated contract model*) czy religijny (*religious model*) [10]. Bez względu na charakter stanowisk tych niezwykle ważnych dyskusji, ich podstawowy fundament stanowi uznanie zasady autonomii woli. Realizacja prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia oraz możliwych procesach terapeutycznych ma niezwykle istotne następstwa, szczególnie w przypadkach chorób przewlekłych i terminalnych. Brak informacji może stanowić nie tylko naruszenie prawa do samostanowienia, ale wpływać także na proces terapeutycznym i jakość ostatnich chwil życia. W omawianym modelu śmierci na uzgodnienie prawo do samostanowienia o własnym zdrowiu i życiu znalazło najwyższy wyraz w uznaniu prawa do śmierci. W zależności od przyjętej aksjologii rozumienie prawa do śmierci przyjmuje charakter eutanatyczny bądź ortotanatyczny. W pierwszym wypadku, jak wykazuje doświadczenie krajów, w których zalegalizowano eutanazję, relacja między lekarzem i pacjentem sprowadza się do relacji usługodawca-usługobiorca, gdzie lekarz występuje w podwójnej roli. Z jednej bowiem strony pełni rolę fachowca, który dzięki swojej wiedzy możliwie najdokładniej powinien realizować wolę chorego, z drugiej zaś strony pełni rolę funkcjonariusza społecznego, którego obowiązki wobec społeczeństwa mają pierwszeństwo w stosunku do obowiązków wobec chorego. Dzieje się tak, co wymaga podkreślenia na gruncie umowy społecznej, to jest oczekiwań samych pacjentów, ale także lekarzy. W drugim przypadku, występuje relacja osobowa, gdzie na gruncie poszanowania autonomii woli lekarz musi zgodzić się na naturalną śmierć pacjenta (odstąpić od uporczywej terapii), ale w żaden sposób nie jest i nie może być przymuszony do jej zadania, również w imię poszanowania jego autonomii. Rola lekarza polegać ma na trosce i pomocy tak w procesie diagnozy, terapii, jak i umieraniu.

1. Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, (red.) J. Barański, W. Piątkowski, Wrocław 2002.
2. Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategoria, analizy, (red.) A. Ostrowska, Warszawa 2009.
3. M. Zatoński, Czy paternalizm wobec dorosłych jest uzasadniony?, Warszawa 2009.
4. W. Słomski, Dylematy etyki lekarskiej. Zagadnienia wybrane, Warszawa 2008.
5. Zbiór zasad deontologii lekarskiej z roku 1935,  
[http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/prawo\\_nil/inne/stbioetyka#deont](http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/prawo_nil/inne/stbioetyka#deont), wg stanu z dnia 17 kwietnia 2011 r.
6. Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza uchwalony na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Szczecinie w dniu 22 czerwca 1984 roku  
[http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/prawo\\_nil/inne/stbioetyka#deont](http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/prawo_nil/inne/stbioetyka#deont), wg stanu z 17 kwietnia 2011 r.

7. I. Barton-Smoczyńska, Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem – wprowadzenie, [w:] „Medycyna praktyczna”, nr 6 (2010).
8. W. Bołoz, Prawa człowieka umierającego, [w:] „Medycyna praktyczna”, nr 11 (2008).
9. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., [http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str\\_zl/zjazd7/ke/](http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/ke/), wg stanu z 18 kwietnia 2011 r.
10. T. Biesaga, Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny, [w:] „Medycyna praktyczna”, nr 6 (2005).

## **1.6. Autonomia jednostki/pacjenta: subiektywny element działania**

Nazwa „autonomia” - stanowiąca połączenie wywodzących się z języka greckiego słów: *autos* (sam) oraz *nomos* (reguła, prawo) - wskazuje na główną ideę dotyczącą rozumienia pojęcia autonomii - jako sytuacji, w której jednostka stanowi sama o sobie lub kieruje się własnymi prawami (gdy działania jednostki zależą wyłącznie od niej samej) [3]. Wskazuje się, że w języku polskim najlepiej określają autonomię: termin „samostanowienie” lub neologizm „samoprawodawczość” [4].

Do pojęcia autonomii odwołują się różne dziedziny wiedzy, a w szczególności: etyka, socjologia, politologia, metodologia nauk i prawoznawstwo [3]. Niemniej konstytutywną rolę pojęciu autonomii przypisuje teoria moralności, której przykładem może być występująca w filozofii praktycznej Immanuela Kanta, określanej mianem deontologicznej, „autonomia woli”, jako cecha woli kierującej się wyłącznie nakazami posłuszeństwa wobec rozumu praktycznego, tworzącego powszechne prawo rozumu. Inną koncepcją etyczną odwołującą się pośrednio do pojęcia autonomii, a stanowiącą opozycyjną do Kantowskiej teorii moralności, jest utilitaryzm Johna Stuarta Milla, który jako wyraz autonomii zdaje się traktować rezerwar tak zwanych wolności indywidualnych, do których zalicza on wolność sumienia, myśli, uczucia, opinii, osądu, gustu, zajęć, zrzeszania się, działania, dążenia do własnego dobra na swój własny sposób, czy w reszcie wolność życia zgodnie z naszym charakterem.

Do autonomii ujmowanej podmiotowo (autonomii jednostki) odwołuje się w znaczący sposób socjologia (wyróżniająca autonomię personalną – jako możliwość wyboru przez jednostkę, w określonych przez kulturę i prawo granicach, wzorów ukierunkowania i wzorów zachowań - oraz autonomię społeczną). Z uwagi na problem zdeterminowania jednostek

wymaganiami społecznymi, pojęcie autonomii w socjologii wyjaśnia się, między innymi, w ten sposób, że niektóre standardy pożądaných przez społeczeństwo zachowań (strukturalne nakazy roli) skutkować mogą zachowaniami jednostki będącymi wyłącznie rezultatami zewnętrznych nacisków, inne zaś prowadzą do zachowań zgodnych z indywidualnym systemem wartości jednostki, dając wyraz jej autonomii [4].

Autonomia jednostki jest wartością prawnie chronioną we współczesnych (należących do naszego kręgu kulturowego) systemach prawa - instrumentem chroniącym autonomię jest, między innymi, symboliczne dla niej prawo do prywatności, przy czym podstawą normatywną autonomii są przede wszystkim postanowienia konstytucyjne odwołujące się do wolności oraz przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka (jako źródła praw człowieka) [6]. Autonomia woli jednostki jest jedną z podstawowych konstrukcji prawa prywatnego (cywilnego), które uznaje, że podmiot mocą swej autonomicznej woli (uznanej przez prawo - gdyż prawo wyznacza jednostce pole swobody działania) może dokonywać szeregu czynności, tj. rozporządzeń majątkowych, przenosić i nabywać prawa, zawierać umowy, sporządzać testament i innych [6]. Współcześnie w nauce prawa cywilnego (prywatnego) termin autonomia woli wiązany jest z obowiązującym systemem prawnym dla wyrażenia możliwości regulowania przez podmiot stosunków cywilnoprawnych według własnej woli, a oprócz tego jest on stosowany dla oznaczenia zasady współczesnego prawa cywilnego („zasady autonomii woli”), którą powinien kierować się prawodawca regulując stosunki cywilnoprawne, a ponadto którą powinni kierować się interpretatorzy prawa cywilnego i sądy stosujące to prawo[5].

W medycynie bardzo długo obowiązywał model paternalistyczny (poddany krytyce dopiero w II połowie XX wieku), wykluczający bądź znacznie ograniczający autonomię pacjenta, zgodnie, z którym to lekarz, a nie pacjent, decyduje o metodzie leczenia (lekarz może tu postąpić wbrew woli pacjenta) [7].

Obecnie w dziedzinie medycyny autonomia jednostki przekładana jest na autonomię pacjenta, czego wyrazem jest zasada konieczności uzyskania zgody pacjenta na zabieg medyczny [1]. Udzielona przez pacjenta zgoda musi być „zgodą poinformowaną”, co oznacza, że przed wyrażeniem zgody pacjent powinien zostać poinformowany przez lekarza w sposób przystępny o dających się przewidzieć wszelkich (zarówno pożądaných, jak i ubocznych) konsekwencjach interwencji medycznej (pacjent musi mieć pełną świadomość tego, na co się godzi) – brak prawidłowego poinformowania pacjenta powoduje, że udzielona przez niego zgoda jest traktowana, tak jakby była nieudzieloną[2]. W aktualnym więc modelu

(relacji lekarz – pacjent) - pacjent posiada dużą autonomię samodzielnie decydując o metodzie leczenia, a lekarz ma za zadanie pomagać pacjentowi dokonać świadomego wyboru tej metody, przy czym, jedynie w wyjątkowych sytuacjach dopuszczalne jest paternalistyczne podejście do pacjenta (w szczególności w sytuacji grożącej pacjentowi utraty życia) [7].

W odniesieniu do kwestii autonomii pacjenta w literaturze stawiane jest pytanie dotyczące tego, kto (lekarz czy pacjent) powinien decydować w sprawie przeprowadzenia lub nieprzeprowadzenia (1) zabiegu, co do którego brak jest wskazań, lub (2) zabiegu znajdującego się w sferze tzw. względnych wskazań medycznych (np. zabiegu skutecznego, ale niosącego ze sobą liczne działania niepożądane, lub w sytuacji gdy medycyna zna więcej niż jeden sposób postępowania, a żaden nie przeważa nad pozostałymi) [1]. W tym względzie postuluje się, by w efekcie interwencji medycznej „suma czynionego dobra przewyższała sumę wyrządzonych zła”, zaś prawo podjęcia decyzji w sprawie przeprowadzenia (nieprzeprowadzenia) zabiegu - w oparciu o bilans korzyści i strat płynących z zamierzonego zabiegu (uwzględniający nie tylko stan organizmu, ale i charakter pacjenta oraz wyznawaną przez niego hierarchię wartości) - przyznaje się pacjentowi [1].

1. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, Studia Iuridica, tom 49, 2008, s. 9 – 42.
2. W. Borysiak, *Brak objaśnionej zgody pacjenta a odpowiedzialność lekarza za brak ostrożności i przypadek*, Studia Iuridica, tom 49, 2008, s. 43 – 58.
3. W. Gromski, *Autonomia i instrumentalny charakter prawa*, Wrocław 2000.
4. J. Kaczor, *Autonomia i wolność a prawo* [w:] W. Gromski (red.), *Z zagadnień teorii i filozofii prawa. Autonomia prawa*, Wrocław 2001, s. 93 – 116.
5. Z. Radwański [w:] Z. Radwański (red.), *System prawa prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna. Tom 2*, Warszawa 2002.
6. M. Safjan, *Wyzwania dla państwa prawa*, Warszawa 2007.
7. K. Wroński, J. Cywiński, R. Bocian, A. Dziki, *Paternalizm w medycynie*, *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 2008, 5 (3), s. 349 - 352.

## **1.7. Medykalizacja, jako proces ekspansji medycyny**

Medykalizacja na gruncie socjologii medycyny oznacza proces, w wyniku którego naturalne zdarzenia życia codziennego, które dokonują się w obszarze pierwotnie



niemedycznym, zostają wpisane w przestrzeń medycyny i poddane jej oddziaływaniu oraz kontroli.

W dobie przemian społecznych, jakie dokonały się w II połowie XX wieku, głównie na gruncie liberalizacji (wzrostu znaczenia wolności jednostek oraz związanym z tym zjawiskiem upadku dominacji paternalizmu społecznego) i sekularyzacji społeczeństw (zmniejszenia znaczenia religii w kształtowaniu aksjologii społecznej) oraz wzrostu znaczenia roli nauki i jej zastosowań w przestrzeni życia codziennego, medycyna zaczęła poszerzać swoją dominację stając się jednym z podstawowych determinantów kulturotwórczych. Przyczynę owej ekspansji stanowi wiara w możliwości zniesienia problemów zdrowotnych dzięki nieustannemu przyrostowi wiedzy i rozwojowi techniki, jaki dokonuje się w przestrzeni nauk biomedycznych. Konsekwencją procesu rozpowszechniania się kategoryzacji myślenia osadzonego na gruncie paradygmatu, modelu biomedycznego jest ujęcie i definiowanie problemów osobistych i społecznych w kategoriach medycznych oraz wzrost znaczenia samej roli medycyny oraz instytucji medycznych w organizacji życia społecznego i osobistego jednostki.

Istotową i fundamentalną cechą procesu medykalizacji są wszystkie te działania podejmowane przez nauki medyczne, które mają na celu ściśle określenie kategorii norm i dewiacji (patologii) dla zjawisk przestrzeni życia codziennego. Dzięki tej interwencji, która dokonuje się na gruncie wiedzy eksperckiej, powstaje określony obraz, wzór zachowań i czynności właściwych (zdrowych) i niewłaściwych (dewiacyjnych, patologicznych czy do takich stanów mogących prowadzić). Zaburzenie zaś określonej normy wymaga leczenia i interwencji medycznej.

W aspekcie makrospołecznym efektem m. stał się wzrost znaczenia roli zawodu lekarza oraz instytucji medycznych. Określając i diagnozując normę, zinstytucjonalizowana medycyna narzuciła na struktury społeczne swoją kontrolę, dzięki temu, iż posiadała politycznie usankcjonowany status uprawniający ją do zbierania informacji, sprawowania kontroli i narzucania przymusu [3].

Medykalizacja jest rozległym procesem obejmującym swoim wpływem i jurysdykcją najróżniejsze aspekty życia codziennego jednostki i społeczeństwa, stąd nie jest możliwe aby wymienić wszystkie rodzaje m. Do głównych kategorii m. zalicza się:

- Medykalizacja przestrzeni życia codziennego, oznacza poddanie całej gamy postaw i zachowań życia codziennego pod normy określone przez dyskurs medyczny. Tego rodzaju m. wiąże się z „kultem zdrowia” i „zdrowym stylem życia”, uznającym

zdrowie za fundamentalną wartość na gruncie, której możliwe staje się dążenie do realizacji wartości wyznaczanych i usankcjonowanych przez aksjologię społeczną za najistotniejsze, jak np.: sukces [4]. W tej przestrzeni m. życia codziennego roztacza się od sfer estetycznych, po przez seksualną, aż po psychiczną. Istotą przyjęcia tego rodzaju m. jest głęboka wiara w to, iż styl życia wyznaczany przez normy ustanowione dzięki medycynie, gwarantuje uniknięcie chorób lub daje nadzieję odzyskania zdrowia. Stąd też, dbałość o zdrowie od diety i jej suplementów (farmakologizacja) po określone typy aktywności fizycznej gwarantuje utrzymanie najwyższej możliwej witalności w każdym z jej wymiarów. Z drugiej strony, podane do świadomości społecznej, jasno określone normy, pozwalają dokonywać diagnozy stanów patologicznych, dzięki czemu można uniknąć zagrożenia (między innymi poprzez stygmatyzację zachowań nie realizujących wyznaczonych norm) jaki i też wdrożyć odpowiednią terapię dzięki, której jednostka będzie mogła być przywrócona na łono zharmonizowanego społeczeństwa. Do tej przestrzeni m. będą zaliczać się wszystkie zachowania, które nauki medyczne określają jako zaburzenia czy też dysfunkcje (czasowe lub trwałe), jak np.: ADHD.

- Medykalizacja porodu i macierzyństwa, oznacza iż naturalne, wolne od oddziaływań medycznych przestrzenie jakie stanowiły: ciąża, poród i macierzyństwo, zostały poddane jurysdykcji medycyny, która wyznaczyła dla nich reguły, zasady i normy, którym zostaje poddana kobieta w aspekcie społecznego nakazu „medycznej kontroli ciąży, porodu i położu” [1]. Poprzez kontrolę medyczną zostają wytworzone nowe wzorce społecznej roli kobiety w aspekcie macierzyństwa, a samo macierzyństwo zostaje poddane dyskursowi medycznemu, który reguluje je poprzez określenie norm pożądanych zachowań. Owe wypracowane normy, nie zaś doświadczenie jednostkowe czy pokoleniowe, wyznaczają właściwy i pożądany społecznie paradygmat macierzyństwa [1].
- Medykalizacja śmierci i umierania polega na poddaniu naturalnego procesu umierania władzy medycznej. Poprzez m. śmierci, równocześnie z jej instytucjonalizacją, stało się możliwe wyznaczenie czasu śmierci, kontrola trajektorii umierania, określenie jej dynamiki i w dużym stopniu opanowanie przypadłości, które jej towarzyszą. Kontrolując efektywnie śmierć medycyna mogła w ten sposób dowieść swojego efektywnego panowania nad życiem i witalnością. Jednym z podstawowych efektów jaki przyniosła m. śmierci jest przyjęcie przez medycynę neurologicznego kryterium

śmierci (śmierci pnia mózgu). To już nie natura, lecz medycyna właśnie, za pośrednictwem wiedzy i technologii wyznacza i określa monet śmierci. W wymiarze bioetycznym efektem m. śmierci i umierania stała się uporczywa terapia (dystanazja), sprowadzająca zadanie lekarza wobec umierającego do walki o jego życie, prowadzonej za wszelką cenę i wszelkimi dostępnymi metodami [6], ujmująca jednocześnie śmierć jako największą możliwą dla medycyny porażkę [7].

Jako jeden z pierwszych socjologów, który zwrócił uwagę na zjawisko kontroli społecznej jaką w II poł. XX wieku zaczęła sprawować medycyna, był T. Parsons. Problem ten pojawił się także w pracach T. Szasza, J. Pittsa, E. Freidsona [1]. Po raz pierwszy złożoną analizę zjawiska sprawowania przez medycynę kontroli społecznej opisał w roku 1964 M. Foucault w swojej znanej pracy *Narodzin kliniki*. Postulowana przez francuskiego myśliciela koncepcja, zakładała obecność struktur społecznych, które poprzez swoją instytucjonalizację stały się narzędziem kontroli. Jedną z podstawowych tego rodzaju struktur, stanowić ma klinika – obszar spojrzenia medycznego (biowładzy), które dostarcza wiedzy służącej sprawowaniu kontroli. Eksploracja, diagnoza i kontrola rozpostarta nad ciałem jednostki znajduje swoje przedłużenie w organizmie społecznym, dzięki profilaktyce i społecznej higienie. Medycyna bada, opisuje i kontroluje: przestrzeń jednostki w imię dobra społecznego a przestrzeń społeczną w imię dobra jednostki.

Pojęcie m. upowszechnił w latach 70. I. Illich. W swojej pracy *Medical Nemesis* rozważał idee m. jako następstwa rozwoju technologii medycznej oraz ekspansji lekarzy w przestrzenie dyskursem medycznym dotąd nieobjęte. Efektem owej ekspansji jest nie tylko oddanie pod władzę medycyny wybranych aspektów życia społecznego i jednostkowego, ale także uzależnienie się społeczeństwa od medycyny, którego efektem jest ograniczanie wolności społecznej i jednostkowej. Innym aspektem m. stanowi generowanie nierówności społecznych ze względu na dostęp do zasobów ekonomicznych. Jednym z efektów m. jest nastawienie medycyny na zysk, a owocem tego niesprawiedliwa dystrybucja dóbr medycznych pod względem jakości i dostępności [5].

I. K. Zola wskazywał na zjawisko medykalizacji, dzięki któremu medycyna poszerzając ekspansję swojego dyskursu zaczęła zagarniać przestrzenie tradycyjnie należące do religii i prawa. Zawłaszczanie przestrzeni życia codziennego przez medycynę polegać ma na: „1) zwiększaniu się liczby dziedzin życia, na które medycyna musiała mieć wpływ, 2) bezwzględnej kontroli nad pewnymi procedurami technicznymi, 3) dostępu do rozmaitych

<intymnych> sfer życia oraz 4) ekspansji zaangażowania się medycyny w kwestie estetyczne dotyczące <dobrego> życia” [2].

W roku 1978 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) na konferencji w Alma-Atie, określiła m. jako „*proces, w wyniku którego naturalne zdarzenia wpisane w życie każdego człowieka traktowane są jako problemy medyczne, wymagające medycznej diagnozy i kontroli, z położeniem nacisku na ryzyko, patologię i leczenie*”.

R. W. Dworkin odnosząc się do współczesnego zjawiska m. postuluje, tak dalekie i głębokie zmedykalizowanie społeczeństwa, iż jego zdaniem, można na tym gruncie mówić o „nowej religii”, którą określa mianem „ruchu zdrowego trybu życia”. Jego istotę stanowi przyjęcie paradygmatu medycznego, który wyznacza zachowania zdrowotne i określa kanoniczny, zgodny z medycznymi wskazaniem, styl zdrowego trybu życia, osadzony na wierze i nieograniczonej nadziei w możliwość uniknięcia choroby, bólu i cierpienia a w konsekwencji odsunięcia momentu śmierci w „nieskończoność” [4].

1. U. Domańska, Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa [w:] W. Piątkowski i W. A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Tyczyn 2005, s. 311-322.
2. M. Blaxter, *Zdrowie*, Warszawa 2009, s. 120.
3. M. Foucault, *Narodziny kliniki*, Warszawa 1999, s. 47.
4. R. W. Dworkin, *Nowa ewangelia zdrowia*, [w:] P. Sztompka, M. Boguni-Borkowska (red.), *Socjologia codzienności*, Kraków 2008, s. 721-727.
5. E. Bińczyk, *Nieklasyczna socjologia medycyny: praktyki medykalizacja jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucaulta*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin 2002, s. 181-193.
6. K. Sobczak, A. Janaszczyk, K. Leoniuk, *Prawo do śmierci – lekarz i chory w obliczu śmierci*, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2012, nr 6; 2.
7. E. Więckowska, *Umieranie i śmierć w instytucjach medycznych – instytucjonalizacja śmierci*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław 2002, 182-194.

## **1.8. Duchowość i religijność - istotowe elementy egzystencji człowieka**

Przez wieki terminy „religijny” i „duchowy” były synonimami, gdyż osoby dbające o duchowość należały do wspólnot systemu religijnego. Terminem „duchowy” określano ludzi religijnych, a także osoby wykonujące czynności i posługi religijne, czyli duchownych. Michael Wright zauważa, że duchowość – przez wieki związana z systemem religijnym – za

sprawą psychologii stała się tematem szerszym jako powszechne doświadczenie osoby ludzkiej [1]. W psychologii religii dostrzega się, że sposób odczytania duchowości zależy od kontekstu, w jakim dana osoba wyrosła, i wierzeń, jakie pielęgnuje. Możliwe jest również doświadczenie duchowe częściowo lub całkowicie wyłączone z jakiegokolwiek systemu religijnego [2]. Duchowość i religijność w różnych religiach ma różne znaczenia. W judaizmie duchowość oznacza połączenie pierwiastka boskiego z codziennością. W islamie duchowość odnosi się do zaniknięcia siebie. W buddyzmie chodzi o pielęgnowanie dyspozycji moralnych. Dla cywilizacji zachodniej o korzeniach chrześcijańskich duchowość leży w centrum doświadczenia religijnego, a wewnątrz tej tradycji chrześcijańskiej są różne modele duchowości. Tradycyjne modele widzą duchowość jako przeżywaną w konkretnej chrześcijańskiej tradycji religijnej wspólnoty, a dynamiczne modele widzą duchowość jako spoiwo doktryny, liturgii, dyscypliny i życia, będących w interakcji [1]. Bogata rzeczywistość obu pojęć jest obszarem badań filozofii i teologii, psychologii i kulturoznawstwa, ale także medycyny i innych nauk szczegółowych.

Historia terminu „duchowość” bierze swoje początki z łacińskiego *spiritualitatis* – czasownika wywodzącego się od czasownika *spiritus* i od przymiotników *spiritualis* i *spiritalis*, od greckich: *pneuma* i *pneumatikos*. Podstawy pojęcia pochodzą z czasów średniowiecza, a termin w dzisiejszym rozumieniu został użyty po raz pierwszy w XVII w. jako opis subiektywnych praktyk religijnych, łączący termin duchowość z pojęciem mistycyzm [3]. Dzisiaj duchowość to pojęcie używane do opisania niematerialnej części rzeczywistości: od psychoterapii, przez medytacje, doświadczenia grup modlitewnych i wspólnot religijnych. Duchowość oznacza wycinek rzeczywistości odnoszący się do niematerialnej części ludzkiej rzeczywistości, a liczne definicje starają się objąć różne wizje duchowości we współczesnym świecie. Według Joann Wolski Conn „Duchowość odnosi się zawsze do naszego bezpośredniego doświadczenia religijnego, a to doświadczenie jest zwykle zakorzenione w jakiejś szczególnej jego formie: żydowskiej, islamskiej, chrześcijańskiej, buddyjskiej czy ogólnoludzkiej” [4]. Pochodzący od niego przymiotnik: „duchowy” oznacza: 1) dotyczący ducha, umysłu, myśli, uczuć, odnoszący się do życia psychicznego, wewnętrznego; intelektualny, kulturalny, moralny, uczuciowy, niematerialny; 2) odnoszący się do religii, kościoła: dotyczący ducha, duszy (w rozumieniu religijnym), związany z duchowymi posługami [5]. Definicja jednego z systemów opieki zdrowotnej brzmi: „Duchowość – egzystencjalny konstrukt włączający wszelkie sposoby, w jakie osoba ludzka

nadaje znaczenie i układa sens swojego istnienia w kontekście wierzeń, wartości i relacji. Czasami bywa rozumiana w kontekście transcendencji lub inspiracji. Udział we wspólnocie wiary może, ale nie musi, być częścią duchowości jednostki” [6].

Religijność nie jest łatwa do zdefiniowania, gdyż nie jest pojęciem jednoznacznym. Religia pochodzi od łacińskiego słowa *religio* utworzonego zarówno od czasownika *religare* — połączenie i ściśle związanie z Bogiem, jak i *relegere* — pilne powtarzanie i przestrzeganie tego, co ma związek z czią Boga [7]. W historii wszędzie, gdzie pojawia się człowiek, rozwija się kultura, społeczeństwo i religia. Religijność – to zbiór tradycji, rytów i prawd wiary, które przyjmujemy dzięki kulturowej przynależności do wspólnoty. Zależnie od miejsca urodzenia mamy tożsamość islamską, hinduską, buddyjską, żydowską, chrześcijańską [3]. Wright dzięki analizie religijności pozwala ją dostrzec w rozumieniu przedmiotowym jako zespół prawd, czynności obrzędowych i norm postępowania strzeżonych przez instytucje oraz podmiotowe przeżywanie religijności jako relacja człowieka z transcendencją poprzez przeżycie religijne [1]. Zdzisław Chlewiński ujmuje religijność jako aspekt osobowości dotyczący sfery postaw i działalności jednostki. Jego zdaniem, podobnie jak się mówi o „osobowości społecznej”, można też mówić o „osobowości religijnej”. Zakładając, że religijność – podobnie jak uspołecznienie – należy do właściwości konstytuujących osobę ludzką, możemy powiedzieć, że każdy człowiek jest w szerokim sensie, religijny, czyli ma jakiś stosunek do wartości transcendentnych [8].

### Religie i tradycje duchowe wobec problemu → **cierpienia**

Chrześcijaństwo: Dobra Nowina objawiona przez Jezusa i spisana w Ewangeliach jest przez wspólnotę Kościoła strzeżona jako depozyt wiary. Jej najistotniejszym elementem jest misterium męki, śmierci i zmartwychwstania Jezusa Chrystusa, w którego świetle jest odczytywana tajemnica cierpienia. Wśród licznych dokumentów Kościoła szczególną próbą przybliżenia chrześcijańskiego sensu ludzkiego cierpienia jest *Salvifici Doloris* Jana Pawła II. Oto fragment tego listu będący komentarzem przypowieści o Miłosiernym Samarytaninie: „Idąc za ewangeliczną przypowieścią, można by powiedzieć, że cierpienie, które pod tytuł różnymi postaciami obecne jest w naszym ludzkim świecie, jest w nim obecne także i po to, ażeby wyzwalać w człowieku miłość, ów właśnie bezinteresowny dar z własnego «ja» na rzecz innych ludzi, ludzi cierpiących. Świat ludzkiego cierpienia przyzywa niejako bez przestanku inny świat: świat ludzkiej miłości — i tę bezinteresowną miłość, jaka budzi się w

jego sercu i uczynkach, człowiek niejako zawdzięcza cierpieniu. Nie może człowiek: «bliźni» wobec niego przechodzić obojętnie. W imię najbardziej nawet podstawowej ludzkiej solidarności, tym bardziej w imię miłości bliźniego musi się «zatrzymać», «wzruszyć», postępując tak, jak ów Samarytanin z ewangelicznej przypowieści. Przypowieść sama w sobie wyraża prawdę głęboko chrześcijańską, ale zarazem jakże bardzo ogólnoludzką. Nie bez przyczyny również w języku świeckim nazywa się działalnością samarytańską wszelką działalność dla dobra ludzi cierpiących i potrzebujących pomocy” [9].

Hinduizm: w sercu systemu wierzeń hinduistycznych jest prawo Karmy, w którego świetle każda osoba jest sprawcą swojego przeznaczenia poprzez swoje myśli, słowa i czyny. Oznacza to, że terażniejszość jest owocem przeszłości, a przyszłość będzie stanowić to, co sieje się właśnie teraz. Wobec wizji reinkarnacji choroba i cierpienie są postrzegane jako sposoby oczyszczenia powodującego wzrost duchowy i moralny, powodujący w konsekwencji ewolucję pozytywną Karmy. Mahatma Ghandi, ilustrując to, mawiał, że człowiek jest uczniem, a cierpienie jest jego nauczycielem. Dla hinduisty śmierć nie jest wydarzeniem tragicznym, gdyż nie jest ostateczne. Jest to przejście, by przez tę podróż uzyskać wszystkie nauki potrzebne w życiu. „Dla hinduisty jest istotne, by przeżywać śmierć w świadomości i jasności umysłu, dlatego bywają odrzucane środki uśmierzające ból, które mogłyby zakłócić pracę umysłu” [10].

Islam: jego podstawą jest przekonanie, że obowiązkiem każdego człowieka jest przyjąć życie w pełni, także jego cierpienia, jako zgodę na wolę Bożą. W sercu islamu jest całkowite poddanie się woli Allacha, które jest odkrywane przez lekturę Koranu [1]. Zarówno cierpienie, jak i śmierć są wpisane w boży plan, a wierny powinien je przyjąć, nawet jeśli nie rozumie ich sensu i znaczenia. Także wobec cierpienia niewinnych dzieci religia zachęca do złożenia nadziei w Bogu, który jest miłosierny. Cnotą, którą powinien się charakteryzować każdy muzułmanin, jest cierpliwość [3].

Buddyzm: prawda na temat cierpienia jest najpełniej zawarta w czterech szacownych prawdach, które dotyczą natury i powodów powstawania cierpienia, a także warunków jego eliminacji i drogi do przewyciężenia cierpienia. Natura cierpienia wiąże się z przywiązaniem do jakiegokolwiek przynależności fizycznej czy emocjonalnej otaczającej człowieka. Źródłem cierpienia są przyjemności fizyczne, egzystencjalne, a także nieistnienie, które prowadzi do powtórnego narodzenia w cyklu transmigracji prowadzącego do dalszego poszukiwania

przyjemności. Warunkiem eliminacji cierpienia jest porzucenie przyjemności i uwolnienie się od wszystkich związków z nią. W końcu drogą do uzyskania ideału, które uwalnia od cierpienia, jest naśladowanie ośmiu ideałów czystości: spojrzenia, myśli, słów, działania, wspierania, wysiłków, uwagi, medytacji [11].

### Duchowość i religijność w → **ochronie zdrowia**

Według Melissy J. Hart, będącej duchowną wspólnoty żydowskiej, opieka duchowa w ochronie zdrowia jest sposobem pomocy w znalezieniu pokoju wewnętrznego dla chorych w kryzysie związanym z leczeniem, pragnącym odzyskać siłę i równowagę. Odpowiada na poczucie izolacji i wyobcowania często towarzyszących pacjentom przy długotrwałej czy nieuleczalnej chorobie. Zajmuje się tym, co uniwersalne i nieogarnione, ale także tym, co bardzo osobiste – wewnętrzną świadomością naszej łączności ze światem i specyficznej formy tej relacji, jaką przyjmujemy. Oba elementy wpływają na codzienne życie człowieka, dlatego te zasoby powinny być udostępniane pacjentowi, by mógł znaleźć w nich wsparcie i pociechę [12]. Justyna Janiszewska i Monika Lichodziejewska-Niemierko, badając wpływ religii na zdrowie pacjentów, dostrzegają jej inspirację na zachowania prozdrowotne, wzorce psychospołeczne i przekonania. Religijność wpływa na zmniejszenie smutku i poprawia umiejętność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, przez co wzrasta poczucie sensu i dobrostan fizyczny chorego. Nie ma jednak jednoznacznych przesłanek co do tego, jaka forma opieki duchowej mogłaby najlepiej złagodzić przykre doznania związane z końcem życia [13]. Kenneth A. Bryson wskazuje, że: „duchowość jest definiowana jako umiejętność i tendencja unikalna dla każdego człowieka. Kieruje ona osobę w kierunku wiedzy, miłości, sensu, pokoju, nadziei, transcendencji, łączności, współczucia i dobrostanu. Zawiera w sobie zdolność jednostki do tworzenia, rozwoju i rozwinięcia systemu wartości. Oznacza poszukiwanie ostatecznego znaczenia w życiu osoby poprzez udział w obrzędach religijnych, wiarę w Boga, rodzinę, naturę, racjonalizm, humanizm i sztukę. Duchowość jest dostępna z różnych perspektyw, włączając w to psychoduchową, religijną i transpersonalną” [14]. Szczegółowe definicje, podziały i klasyfikacje opieki duchowej i religijnej w ochronie zdrowia, a także sposoby diagnozowania potrzeb duchowych i oceny jakości pomocy duchowej, wykraczają poza ramy tego rozdziału.

### Opieka duszpasterska i pomoc duchowa



Duchowo-religijną opiekę zapewniają kapelani będący osobami duchownymi skierowanymi do tej pracy przez wspólnoty religijne oraz świeccy terapeuci i doradcy duchowi (*pastoral counselors*). Przygotowania do sprawowania tej funkcji obejmują studia teologiczne i psychologiczne, przygotowanie duchowe i terapeutyczne. W krajach anglosaskich istnieją stowarzyszenia kapelanów zrzeszające duchownych różnych wyznań i świeckich, wyznaczające standardy i systemy specjalizacji, bez których nie można pracować jako kapelan i doradca duchowy [12]. W Polsce istnieją systemy kapelaniai związane ze wspólnotami chrześcijańskimi: katolicką, prawosławną, ewangelicko-augsburską i greckokatolicką. Do swoich wiernych mogą przybywać także duchowni innych religii czy wspólnot obecnych w naszym kraju. Pomimo podejmowanych wysiłków nie udało się dotychczas wypracować jednolitych standardów szkoleń i specjalizacji dla kapelanów służby zdrowia. Nie istnieje statut i status kapelana w ochronie zdrowia, a potrzebę takich regulacji zauważają zarówno kapelani, jak i osoby zarządzające placówkami medycznymi [15]. Obok duchownych pomocy duchowej mogą udzielić choremu członkowie zespołu opiekuńczego. Możemy za Arnaldo Pangrazzim, przyjmując „wewnętrzne uniwersum duchowe” każdego człowieka, wskazać na różne perspektywy rozmowy o życiu, cierpieniu i śmierci z pacjentami. „Horyzont religijny” dotyczy tych, których życie jest zainspirowane tradycją religijną, a w obliczu choroby i śmierci znajdują w niej odpowiedź na pytania egzystencjalne i znajdują sens cierpienia. Szacunek dla ich poglądów religijnych oznacza szacunek dla nich samych, stąd ważne jest – o ile to możliwe – by odwiedzał ich kapelan bądź duchowny z ich wspólnoty. „Horyzont duchowy” jest przestrzenią spotkania dla tych pacjentów, którzy są gotowi do rozmowy o tym, co przekracza człowieka i świat materialny. Najczęściej są to osoby niezwiązane ze wspólnotą religijną. Ich duchowość wyraża się w wierności zasadom, które przyjęli. „Horyzont ludzki” to przestrzeń dla pacjentów, którzy nie należą do żadnej tradycji i wspólnoty. W atmosferze otwartego dialogu można szukać przestrzeni, w której mogą wyrazić niepokoje i lęki egzystencjalne [3]. Pomocą przy ostatnim rodzaju duchowego wsparcia może być „terapia ludzkiej godności”, którą proponuje się osobom niereligijnym u kresu życia jako symboliczne jego dopełnienie i podsumowanie [16]. W ten sposób uniwersalna przestrzeń pozamaterialnych doznań człowieka, wymykająca się zarówno wymiarowi fizycznemu, jak i psycho-emocjonalnemu, może być brana pod uwagę przy całościowej trosce o każdego chorego.

W praktyce duchowo-religijnej troski o pacjentów, ich bliskich i zespoły sprawujące opiekę w Polsce nowym elementem jest włączenie osób świeckich do zespołów opieki duszpasterskiej. Zespołowe działanie z udziałem duchownych, świeckich asystentów pastoralnych i odpowiednio przygotowanych wolontariuszy jest metodą proponowaną w ramach studiów podyplomowych Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego, gdzie duchowni i świeccy zdobywają kompetencje zespołowej opieki nad chorymi i cierpiącymi [17]. Absolwenci tej szkoły, zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia i pomocy społecznej rozpoczną nowy etap w zespołowej opiece duszpasterskiej w Polsce, gdzie zespół pracowników i wolontariuszy będzie odpowiadał na duchowo-religijne potrzeby pacjentów, ich rodzin oraz zespołów w opiece instytucjonalnej i domowej. W ten sposób dobre praktyki zespołowej opieki duszpasterskiej, od lat wykorzystywane w opiece paliatywno-hospicyjnej, staną się dostępne w innych dziedzinach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej [18]. Zespołowa opieka duszpasterska z udziałem wolontariatu może pomóc sprawowaniu opieki nad osobami przewlekle chorymi i starszymi w domach. Wolontariat parafialny i sąsiedzki może wspierać instytucjonalną opiekę zdrowotną i pomoc społeczną zapewniając duchowo-religijne wsparcie w zintegrowanej trosce o osoby u kresu życia.[19]

1. M. Wright, *Hospice care and models of spirituality*, European Journal of Palliative Care 2004, 11 (2), s. 75–77.
2. S. Kuczkowski, *Psychologia religii*, Kraków 1993, s. 11–17.
3. A. Pangrazzi, *Vivere il tramonto*, Torino 2006.
4. J. Wolski Conn, *Towards Spiritual Maturity*, [w:] C.M. LaCugna (ed.), *Freeing Theology: The Essential of Theology in Feminist Perspective*, San Francisco 1993, s. 237.
5. *Słownik języka polskiego*, CD wersja 1.0., Warszawa 1996.
6. Canadian Hospice Palliative Care Association, *A Model to Guide Hospice Palliative Care*, accessed June 21, 2009: [www.chpca.net/resource\\_doc\\_library/model\\_to\\_guide\\_hpc/](http://www.chpca.net/resource_doc_library/model_to_guide_hpc/), wg stanu ze stycznia 2010 r.
7. W. Łydka, *Religia*, [w:] A. Zuberbier (red.), *Słownik teologiczny*, Katowice 1989, s. 198.
8. Z. Chlewiński, *Dojrzałość: osobowość, sumienie, religijność*, Poznań 1991.
9. Jan Paweł II, *Salvifici Doloris – List Apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, [w:] P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel (red.), *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, Gdańsk 2008, s. 326–346.
10. S.H. Giri, *Tradizione hinduista*, [w:] *Salute, malattia e morte nelle grandi religioni*, Torino 2002.
11. K. Mizzuno, *Concetti fondamentali del buddismo*, Assisi 1990.
12. M.J. Hart, *Spiritual care*, [w:] L.L. Emanuel, S.L. Librach (eds.), *Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies*, Philadelphia 2007, s. 524–539.

13. J. Janiszewska, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego*, Polski Merkuriusz Lekarski 2006, t. 21, nr 122, s. 197–200.
14. K.A. Bryson, *Spirituality, meaning and transcendence*, Palliative and Supportive Care 2004, nr 2, s. 322.
15. P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (red.), *Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania*, Gdańsk 1999.
16. H.M. Chochinov, T. Hack, T. Hassard i wsp., *Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients nearing Heath*, Journal of Clinical Oncology 2005, nr 23, s. 5520–5525.
17. A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Kraków 2011.
18. P. Krakowiak, *Spoleczne i edukacyjnej funkcje opieki paliatywno-hospicyjnej. Badania w działaniu 2002-2010*, Gdańsk 2012.
19. P. Krakowiak, *Wolontariat w opiece u kresu życia. Studium socjopedagogiczne*, Toruń 2013.

## Rozdział 2

# Nauki o zdrowiu w kontekście dyskursu etyczno – społecznego

Krzysztof Sobczak, Agata Janaszczyk, Magdalena Gajewska, Katarzyna Leoniuk, Marzena Zarzechna-Baran, Joanna Jassem-Bobowicz

### 2.1. Refleksja bioetyczna nad problemami generowanymi przez postęp medycyny

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż nie ma ścisłej i jednoznacznej definicji dyscypliny, jaką jest → **bioetyka** (gr. *bios* ‘życie i *ethos* ‘obyczaj, ‘zwyczaj, ‘styl życia’). Punktem wyjścia dla zrozumienia jej podstawowych założeń jest określenie bioetyki, jako refleksji nad sytuacjami granicznymi w ludzkim życiu, których specyfika związana jest z rozwojem nauk biomedycznych [6,7,10].

W zależności od ujęcia b. określa się jako:

1) naukę normatywną ustalającą oceny obejmujące problematykę moralną w aspekcie wpływu rozwoju nauk biomedycznych na życie ludzkie w zakresie: a) początków życia (biogeneza), a więc związanymi z prokreacją; b) trwania ludzkiego życia (bioterapia), odnoszącymi się do zaawansowanych metod leczenia oraz eksperymentów medycznych przeprowadzanych na ludziach, c) śmierci (tanatologia), tj. wszelkiego rodzaju zagadnieniami związanymi z przebiegiem procesu umierania i interdyscyplinarnie ujmowanymi problemami traktującymi o fenomenie śmierci jako takim [4,7,8, 11];

2) wielodyscyplinarną naukę analizującą krytycznie „moralne aspekty podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej, światopoglądowo zróżnicowanego, demokratycznego państwa” [8].

W pierwszym ujęciu, wąskim, b. jest szczegółową dyscypliną etyki (filozofii), a jej cel określa potrzeba dostarczania wskazań moralnych dotyczących granicznych sytuacji życia ludzkiego. Tak rozumiana b. odnosi się do refleksji przynależnej etyce szczegółowej, normatywnej i aplikacyjnej. Bioetyka ujmowana z perspektywy metodologicznej jako część etyki szczegółowej, ma stosować wartości moralne, a także teorie etyki ogólnej do specyficznych problemów związanych ze zjawiskami dotyczącymi ochrony życia i odnoszącymi się do granicznych sytuacji ludzkiego życia [6,7]. Refleksja bioetyczna rozumiana zaś w kategoriach etyki normatywnej w podstawowym swym wymiarze, zmierza do ustalenia norm i dokonywania z ich perspektywy ocen moralnych, pozwalających na podejmowanie decyzji „uwzględniających interesy i poglądy ludzi, których dotyczą”[6], w sytuacjach związanych z zagrożeniem życia ludzkiego [1,7,10]. W związku z powyższym praktyczne zadanie bioetyki ma charakter medyczno–etyczno-prawny, gdyż chodzi w nim o przedłożenie konkretnych zasad działania oraz wskazanie na możliwość uzasadnienia decyzji i czynów, które stanowią specyficzny rodzaj doradztwa skierowanego do lekarzy czy prawodawców [1,5,6]. Bioetyka zatem formułuje specyficzne wskazówki dotyczące regulacji w odniesieniu do szeroko rozumianych ingerencji w życie ludzkie oraz poprawę uregulowań proceduralnych związanych ze znacznym ryzykiem moralnym w zakresie oddziaływań medycyny [6].

W ujęciu drugim, szerokim, b. rozumiana jest jako interdyscyplinarna dziedzina wiedzy, uwzględniająca sądy i opinie specjalistów z takich obszarów jak etyka, filozofia, prawo, biologia, medycyna [5,6,8], a jej cel stanowi krytyczna deskrypcja zjawisk związanych

z rozwojem nauk bioetycznych i ich odniesienia w przestrzeni życia społecznego. Istotowym fundamentem tak rozumianej b. jest poszukiwanie „rozstrzygnięć poprzez racjonalną dyskusję uwzględniającą racje, poglądy i interesy, próbując w ten sposób osiągnąć kompromis wśród sprzecznych propozycji, i dlatego konkluzje nie są ostateczne”[6], a zatem celem w tym przypadku jest doradczy charakter rozstrzygnięć, dotyczących kwestii związanych z granicznymi sytuacjami w życiu ludzkim[6].

Bioetyka w swoistym znaczeniu stanowi pomost między naukami przyrodniczymi a humanistycznymi [7,10]. Często zamiast „terminu bioetyka” stosuje się zamiennie określenia: etyka biomedyczna, etyka medyczna lub też filozoficzna etyka medyczna [1].

Podział bioetyki na części składowe jest stosunkowo zróżnicowany, tzn. przeprowadzić można go ze względu na zakres oraz rodzaj tematyki. Zazwyczaj wyróżnia się wąski i szeroki zakres rozumienia tematyki bioetycznej [1,6,7,8]. Szerokie ujęcie można określić jako obszar rozważań bioetycznych, który związany jest z zagadnieniami ekologicznymi, tzn. chodzi o działania pozwalające zachować więzi człowieka z przyrodą nieożywioną i ożywioną, a także o przeciwstawienie się zbyt pochopnym zastosowaniom odkryć naukowych, które mogą prowadzić do zakłócenia równowagi ekosystemu ziemskiego. Ekologiczna część rozważań bioetyki koncentruje się zatem na globalnym przetrwaniu życia na ziemi, tzn. przeciwdziałaniu niszczenia środowiska i naturalnych zasobów, a także ochrony biosfery i ekosystemów. Wąskie rozumienie tematyki bioetycznej wyznacza odmienny obszar tematyczny, związany z rozszerzeniem tradycyjnie rozumianej deontologii lekarskiej o problemy, które zrodziły się na kanwie postępu w biomedycynie. Chodzi zatem o powinność i dopuszczalność w zakresie profesjonalno - politycznych ingerencji terapeutycznych, badawczych oraz prewencyjnych, które są podejmowane w skali jednostkowej, społecznej i cywilizacyjnej [5,7,8,9].

W ramach szczegółowych przedmiotów b., wyróżnia się problematykę: a) biogenezy: regulacji narodzin, wspomaganego zapłodnienia, diagnostyki preimplantacyjnej i prenatalnej, b) bioterapii: zagadnienia związane z transplantologią, moralne aspekty inżynierii genetycznej, eksperymenty medyczne, problematykę zgody i przymusu diagnostycznego, zagadnienia związane z błędami medycznymi, autonomii lekarza i pacjenta c) tanatologii: aborcji, eutanazji, dystanazji, ortotanazji, opieki paliatywnej, medycznego kryterium śmierci, intensywnej terapii, reanimacja, kary śmierci.

Sposoby uprawiania b. według stratyfikacji Toma Beauchampa i Jamesa Childressa sprowadzają się do dwóch modeli: a) dedukcyjnego (deduktywistycznego), który zakłada przyjęcie za punkt wyjścia określonego systemu etycznego, z którego następnie zostaje wyprowadzana za pomocą dedukcji szczegółowa norma moralna adekwatna do danej sytuacji. W ramach modelu można wyróżnić koncepcje b. odwołujące się do systemów etycznych budowanych na fundamencie laickim: etyka kantowska i utilitaryzm, oraz opartego o doktrynę religijną: b. chrześcijańska; b) niededukcyjnego (niededuktywistycznego), jak na: etyka analityczna, pryncypializm, kauzalizm, relacjonizm etyczny, b. kom unitarystyczna [9].

Kontekstem dla bioetycznych rozważań jest ideologia postępu, który umożliwia wprowadzenie rewolucyjnych zmian uzyskanych na gruncie nauk biomedycznych, co jednak związane jest z odsuniętymi w czasie konsekwencjami owych osiągnięć. Krytyczne sytuacje dotyczące zagrożenia życia ludzkiego i konieczność jego ochrony, na które wskazuje b. są niejednokrotnie wygenerowane jako swego rodzaju efekt spektakularnego, choć nie do końca kontrolowanego rozwoju naukowo – technicznego [6, 8,10]. Ów postęp w zakresie nauk biomedycznych jest ściśle związany z ingerencjami w naturalne procesy życiowe, przez co istotą b. jest wytyczanie zasad i granic dopuszczalności owych manipulacji w odniesieniu do nowych metod leczniczych, działań opiekuńczych oraz eksperymentów naukowych [6,8].

Ukształtowanie się bioetyki jako dyscypliny naukowej, datuje się na lata 70. XX wieku. Niemniej jednak genealogia, czyli swego rodzaju rodowód dziedziny jaką jest b. sięga lat 50. i 60., a dotyczy określonych zmian zachodzących w efekcie rewolucji technologicznej i biologicznej, mających wpływ na zdecydowany postęp w zakresie medycyny.

Przyczyny powstania b. można najogólniej sprowadzić do czterech parametrów: a) przemian społeczno-kulturowych w aspekcie liberalizacji społeczeństw, sekularyzacji przestrzeni kulturowej oraz zmiany stosunków społecznych; b) rewolucji naukowo-technologicznej, która dokonała się w przestrzeni medycznej, a która zaowocowała niebywale szybkim progresem w obrębie nauk biomedycznych i rozwojem technologii medycznej, czego efektem stała się postępująca medykalizacja życia codziennego; c) transformacji w zakresie celów i zadań medycyny oraz zmiany roli lekarza na gruncie oczekiwań społecznych, poprzez wzrost znaczenia społecznej opieki zdrowotnej, oczekiwań wobec zastosowań postępu w medycynie, upadku paternalizmu medycznego, wzrostu znaczenia kategorii jakości życia oraz zmiany relacji lekarz-pacjent; d) doświadczeń historycznych wynikających z potrzeby

usankcjonowania granic postępu medycznego, która to zrodziła się z eksperymentów medycznych naruszających prawo w aspekcie jednostkowym i społecznym.

Problemy dotyczące eksperymentów klinicznych stały się przyczyną, uchwalenia przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w 1964 r. w Helsinkach tzw. Deklaracji Helsińskiej, którą określa się mianem pierwszego dokumentu z zakresu tematyki *stricte* bioetycznej.

Źródła bioetyki, czyli idei, które stanowiły przyczynę do rozwinięcia rozważań etycznych w kierunku treści charakterystycznych dla dyskursu bioetycznego, upatruje się zazwyczaj w rozważaniach Joseph'a Fletcher'a, Paul'a Ramsey'a, a także Richard'a McCormika i Hansa Jonas. Fletcher w 1954 r. w książce pt. *Medicine and Morals*, a Ramsey w 1970 w książce *Patient as Person* zawarli rozważania stanowiące wstęp do problematyki *stricte* biomedycznej. Autor *Medicine and Morals* twierdził, iż celem nowoczesnej medycyny jest walka z naturą, z przyrodniczymi ograniczeniami człowieka. W związku z tym, w obliczu rewolucji biologicznej i technologicznej, chodzi o uwolnienie człowieka od chorób oraz danie mu zakorzenionego w postępie „prawa do kierowania własnym życiem”. Fletcher ukierunkował refleksję na etyczne rozważania nad zmianami zachodzącymi w medycynie pod wpływem postępu wiedzy i techniki, podkreślając, iż priorytetową wartością jest osobisty wybór człowieka [1,2,8].

Genezy powstania bioetyki należy upatrywać w działalności trzech naukowców, a mianowicie onkologa Van Rensselaer'a Potter'a, filozofa Daniela Callahan'a oraz położnik i ginekolog A. Hellegers'a. W 1970 r. w artykule *Bioethics. The Science of Survival* opublikowanym w „*Perspectives in Biology and Medicine*” Potter po raz pierwszy użył terminu „bioetyka”, a następnie posługiwał się nim w swej książce wydanej w 1971 pt. *Bioethics: Bridge to the Future* [1,6,7,8,10].

Wizja bioetyki jaką przedstawił Potter w zasadzie sprowadza się do trzech punktów. Otóż b. miała być nauką, w której chodzi o „spojrzenie w przyszłość” i charakteryzuje ją interdyscyplinarność oraz globalność ujmowania problemów z zakresu biomedycyny [1,6,8,10]. Upatrując w postępie technologicznym szansy zniwelowania zagrożeń dla gatunku ludzkiego, Potter postulował konieczność analizy rozwoju i skutków, jakie niesie ze sobą rewolucja naukowo - techniczna, przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na moralną odpowiedzialność za ów postęp. Po pierwsze zatem, b. miała stanowić dyscyplinę, która zalecając określone działania „zmierzające do poprawy jakości życia” stawała się „nauką o przetrwaniu gatunku ludzkiego”[6,7,10]. Po drugie, Potter podkreślał, iż ta nowa dziedzina ma „łączyć biologię z wiedzą dotyczącą wartości ludzkich”[6,7,10]. Po trzecie zaś, bioetyka



miała w swych principiach nie tylko uwzględniać człowieka, ale również inne organizmy oraz środowisko jako takie, a co za tym idzie b. miała stać się dyscypliną obejmującą problemy całego ekosystemu [6,7,10]. W 1988 r. Potter zaprezentował całościową koncepcję tzw. bioetyki globalnej, tj. zespolenia zagadnień z zakresu medycyny (np. ratowania życia oraz promocji zdrowia) z problematyką charakterystyczną dla rozważań z obszaru ekologii (np. warunki oraz sposoby życia gatunku ludzkiego prowadzące do przetrwania, jakość życia a jakość środowiska). Potter jest autorem tzw. „bioetycznego *credo* dla jednostki”, dla którego konstytutywne są następujące zasady: „1) w świecie pogrążonym w kryzysach należy nawiązać szeroką współpracę na rzecz warunków przeżycia ludzkości, 2) każdy powinien prowadzić takie życie, które przyczyni się do stworzenia lepszych warunków przyszłym pokoleniom i unikać takich działań, które mogą w swych konsekwencjach zagrażać przyszłym pokoleniom, 3) należy akceptować niepowtarzalność każdego człowieka i ludzkie dążenie do ulepszenia grupy społecznej – należy wsłuchiwać się w racje innych ludzi i być emocjonalnie zaangażowanym w działanie, 4) cierpienie jest stałym elementem przyrody, ale wobec człowieka cierpiącego mamy obowiązki łagodzenia, eliminowania cierpień, 5) śmierć należy akceptować jako nieuchronny element życia, jednocześnie promować postawę szacunku dla życia, braterstwa między ludźmi i odpowiedzialności wobec innych pokoleń” [10].

Do rozwoju bioetyki jako samodzielnej dyscypliny naukowej w znacznej mierze przyczyniła się działalność Callahan'a, który wraz z psychiatrą W. Gaylin'em założył w 1969 r. Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, znanym jako Hasting Center [1,2,7,8,10]. Instytut ten programowo zajmuje się: analizą problemów wynikających z postępu biomedycyny, w kontekście racji społeczno – etycznych; tworzeniem programów nauczania dla wyższych uczelni w zakresie zagadnień bioetycznych; dostarczaniem różnorodnym instytucjom informacji związanych z problemami bioetycznymi; polityką sanitarną, etyką zawodową, kryminologią itd. W Hasting Center od 1971 r. wydaje się czasopismo „Hasting Center Report”, które uznane jest za główne pismo bioetyczne. Bioetyka zawdzięcza Callahan'owi oddzielenie treści *stricte* bioetycznych od tematyki, którą zajmuje się tradycyjna etyka. Równie istotny wkład w rozwój kształtującej się ówczesnie dziedziny było akcentowanie przez Callahan'a faktu, iż decyzje o charakterze naukowym, zwłaszcza te z obszaru biomedycyny, muszą podlegać kryteriom oceny moralnej, gdyż są one niewątpliwie przedmiotem osądu społecznego ze względu na skutki, wartość i zasadność w kontekście życia człowieka. Callahan podkreślał również to, iż b., z jednej strony, powinna wypracować

reguły kierujące indywidualnymi wyborami moralnymi w stosunku do rewolucyjnych zmian, z drugiej zaś, przedmiotem namysłu bioetycznego powinien być społeczno – cywiliacyjny obszar oddziaływań biomedycyny na środowisko człowieka [1,8,10].

Pod wpływem poglądów Pottera w 1971 r. A. Hellegers wraz z S. Shiwer'em założyli The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Humane Reproduction and Bioethics przy Georgetown University, znanego jako Kennedy Institute of Ethics [1,2,7,8,10], w obrębie którego funkcjonują trzy wydzielone centra, a mianowicie: centrum bioetyczne, centrum badań demograficznych oraz centrum badań nad biologią reproduktywną. W ośrodku tym została wydana pierwsza *Encyclopedia of Bioethics* (1978 r. 4 T. Red. T. Reich) oraz są publikowane roczniki *Bibliography of Bioethics*, które zawierają pełną literaturę z bioetyki. Celami powołanego instytutu jest dydaktyka i prace badawcze z zakresu problematyki bioetycznej, usługi na rzecz instytucji publicznych w zakresie: zaludnienia, reprodukcji i bioetyki [1,2,7,8,10]. Pod koniec lat 70 na Georgetown University filozof i biochemik T. Beauchamp oraz filozof i teolog J. Childress w publikacji pt. *Principles of Biomedical Ethics*, sformułowali teorię bioetyczną określaną mianem principializmu lub „matrycą z Georgetown”, zawierającą główne, bioetyczne zasady tzw. „średniego szczebla”, czyli takie które stanowią swego rodzaju wypadkową jednostkowych przypadków i ogólnych teorii etycznych: poszanowanie autonomii pacjenta, dobroczynienie, nieszkodzenie i sprawiedliwość [2,8]. Swoją koncepcję Beauchamp i Childress opracowali częściowo zgodnie z zaleceniami jakie przedstawiono w tzw. Raporcie z Belmont w 1979 r, który był wynikiem działania pierwszego, powołanego w 1975 r. przez Kongres Stanów Zjednoczonych, kolegiального ciała bioetycznego, a mianowicie Narodowej Komisji dla Ochrony Osób w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych, powołanej [8].

W Europie po raz pierwszy słowa „bioetyka” użył w 1973 r na łamach „Revue Theologique de Louvain” Bone, pierwsze zaś centrum bioetyczne powstało w 1975 r. w Barcelonie na tamtejszym uniwersytecie, w ramach Fakultetu Teologicznego utworzono *Instituto Borja de Bioetica*. W Polsce natomiast zagadnienia bioetyczne jako pierwszy poruszył R. Tokarczyk w 1984 r w publikacji *Prawa narodzin, życia i śmierci. Etyczne problemy współczesności* (Lublin), zaś pierwszy opublikowany w 1988 r podręcznik akademicki pt. *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki* przygotował T. Ślipko [1].

Istotny element historycznego konstytuowania się dyscypliny naukowej jaką jest b., stanowi tworzenie tzw. komitetów lub inaczej komisji bioetycznych. Owe instytucjonalne organa, które „gromadzą w regularnych odstępach czasu biologów, lekarzy i ewentualnie

osoby spoza tych środowisk” [3] zajmują się problemami legalizacji nowych metod, a także technik leczenia, diagnozowania i eksperymentowania. Orzekają zatem o rozwoju badań naukowych i wynikających z nich zagrożeniach. Komitety czy komisje bioetyczne zwracają również uwagę na zgodność określonych rozstrzygnięć naukowo - terapeutycznych z funkcjonującymi już międzynarodowymi deklaracjami i konwencjami dotyczącymi między innymi praw człowieka, pacjenta czy zwierząt [3].

Jednym z głównych działów bioetyki jest wspomniana już →**tanatologia** [ (gr. *thánatos* ‘śmierć’, *logos* ‘słowo’, ‘myśl’, ‘nauka’), w przypadku której wyróżnia się przynajmniej cztery definicje: 1) jako teorii śmierci, 2) jako dyscypliny naukowej, mającej za swój przedmiot fenomen śmierci, 3) jako poznania istoty śmierci [12], 4) jako dyscypliny opisującej i zestawiającej wiedzę o śmierci, pochodzącą z różnych dyscyplin badawczych [15,13]. Najogólniej t. można zdefiniować, jako naukę inter- lub multidyscyplinarną o charakterze opisowym, mającą za swój przedmiot fenomen śmierci.

T. jako nauka nie posiada jednoznacznie zdefiniowanego przedmiotu badań (ściśle określonej definicji śmierci) [14]. Sposób pozyskiwania materiału badawczego (metodologia), oparty jest na porównaniu, analizie i syntezie wyników nauk przyrodniczych i humanistycznych. Zdaniem Louisa Vincenta-Thomas’a t. poprzez swój charakter porównawczy i opisowy w różnicach ‘poszukuje jedności człowieka’, [13] analizując fenomen śmierci w trzech aspektach: 1) samej śmierci (jej natury, przyczyn i postaci), 2) procesu umierania, 3) tego, co po śmierci (obyczajów, rytuału, kwestii eschatologicznych) [15]. Według systematyki L. V. Thomas’a podstawowymi źródłami wiedzy t. są: 1) nienaukowe dziedziny wiedzy: a) filozofia, b) teologia, 2) dziedziny naukowe: a) nauki biologiczno-medyczne, b) nauki humanistyczne i społeczne – lingwistyka, semiologia, historia, antropologia społeczna i kulturowa, psychologia i ekonomia [12]. Interesującą systematykę problemów t. podaje Anna Alichniewicz; charakteryzując główne wymiary t. filozoficznej i bioetycznej (które można jednak odnieść do t. w ogóle), wyróżnia w jej przestrzeni trzy główne problemy: 1) problem śmierci („problem Platona”), 2) problem zmarłego („problem Epikura”), 3) problem umierania („problem Tolstoja”), [16].

Po raz pierwszy pojęcia „t.” w sensie dyscypliny naukowej użył w 1975 r. Salomon Anselm w książce pt.: *Thanatologia sive mortis naturam, causa, genera ac species et diagnosis disquisitiones*. W roku 1832 t. jako „teoria śmierci” zostaje zdefiniowana we francuskich słownikach: *Dictionnaire général de la Langue française* i *Vocabulaire universel des sciences, des arts et métiers*. Jako dyscyplina naukowa t. wyodrębniła się na początku II

połowy XX w. Swój instytucjonalny wyraz znalazła w powołanym przez L. V. Thomas'a Francuskim Towarzystwie Tanatologicznym (*Société de Thanatologie*). Nie sposób wymienić wszystkich najważniejszych prac tanatologicznych. Do najważniejszych opracowań z tego okresu można zaliczyć między innymi prace z zakresu: a) antropologii - L. V. Thomas'a, *Antropologie de la mort* (1975) b) historii - Michela Vovelle'a, *Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność* (1983), Philippe'a Ariès'a, *Człowiek i śmierć* (1989), c) socjologii - Edgara Morina, *L'Homme et la Mort dans l'histoire* (1951), Jeana Baudrillarda, *Wymiana symboliczna i śmierć* (1976), Geoffrey'a Gorera, *The Pornography of Death* (1955), d) medycyny - Elizabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying* (1969), e) filozofii – Vladimira Jankèlèvitcha, *La mort* (1966) oraz studia interdyscyplinarne, jak np.: *The Meaning of Deth* (1959) pod. red. Hermana Feifela czy *Człowiek wobec śmierci* (1968) Arnolda Toynbee, i inne.

Obecnie do najważniejszych periodyków t. należą między innymi: *Mortality*, *Death Studies* i *Omega*. Do prężnie działających stowarzyszeń naukowych podejmujących problemy tanatologii można zaliczyć między innymi: *Société de Thanatologie*, *Centre for Death and Society (CDAS)* czy *Association for Death Education Counseling (ADEC)*.

W Polsce do roku 1997 jest cyklicznie organizowana przez Wrocławskie Towarzystwo Naukowe ogólnokrajowa konferencja tanatologiczna pt.: „Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka”.

1. M. Adamkiewicz, *Zagadnienie śmierci w bioetyce*, Warszawa 2002
2. A. Alichniewicz, *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, Kraków 2007
3. J. Bernard, *Od biologii do etyki*, Warszawa 1994
4. *Narodziny i śmierć*, (red.) M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa – Łódź 2001
5. J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2009
6. *Aktualny stan bioetyki i ekologii w Polsce i na świecie*” red. J. Jaroń, Siedlce 2005.
7. J. Kwapiszewski, *Bioetyka – Remedium na patologie i kryzysy w społeczeństwie informacyjnym*, Słupsk 2005
8. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, T.1, Warszawa 2009
9. K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, T.2, Warszawa 2009
10. D. Ślęczek-Czakon, *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, Katowice 2004
11. T. Ślipko, *Bioetyka – najważniejsze problemy*, Warszawa 2008
12. V. Thomas, *Tworzenie tanatologii*, [w:] S. Rosiek (wybór), *Wymiary śmierci*, Gdańsk 2002.

13. V. Thomas, Wprowadzenie do antropotanologii, [w:] S. Cichowicz i J. M. Godzimirski (wybór), Antropologia śmierci. Myśl francuska, Warszawa 1993.
14. J. Gajda-Krynicka, Tanatologia jako dyscyplina naukowa? Próba refleksji filozoficzno-metodologicznej, [w:] J. Kolbuszewski (red.), Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka, t. VIII, Wrocław 2004.
15. J. Gajda-Krynicka, Tanatologia jako dyscyplina naukowa? Logos śmierci, [w:] J. Kolbuszewski (red.), Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka, t. IX, Wrocław 2005.
16. A. Alichniewicz, Śmierć, zmarły i umieranie – trzy wymiary tanatologii, [w:] Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej, Karków 2007.
17. W. Kwiatkowski, Tanatologia – nauka czy pseudonauka, [w:] M. Gałuszka i K. Szewczyk (red.), Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej, Warszawa-Lódź 1996.
18. M. Adamkiewicz, Oblicza śmierci, Propedeutyka tanatologii, Toruń 2004.
19. K. Sobczak, O możliwości filozofii śmierci jako nauki, [w:] J. Kolbuszewski (red.), Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka, t. XI, Wrocław 2007.

## 2.2. Medycyna w kontekście filozoficzno – historycznym

Wiedza dotycząca człowieka, jego stanu zdrowia, budowy organizmu ludzkiego, a także umiejętność leczenia budziły zainteresowanie człowieka od zarania dziejów, zmieniając się i doskonaląc wraz z rozwojem religii, filozofii, nauki i techniki. Namysł analityczny nad rozwojem medycyny opiera się na refleksji łączącej dyskursy historyczny i filozoficzny, które to umożliwiają ukazanie ewolucji i specyfiki nauki, jaka jest medycyna

Pierwotnie wiedza ta wpisana była w sferę magiczno – **→religijną** zarezerwowaną wyłącznie dla grupy szamanów (uzdrowicieli) funkcjonujących we wspólnotach pierwotnych. Wraz z rozwojem wielkich cywilizacji opartych na religiach skupiała się w rękach wyspecjalizowanych kast kapłańskich stosujących medyczne praktyki magiczne. Ich wiedza medyczna pozwalała na dokonywanie dość skomplikowanych, jak na ówczesne czasy operacji i zabiegów chirurgicznych (leczenie złamań, trepanacja czaszki), a farmakologia oparta na wiekowym doświadczeniu reprezentowała olbrzymi zestaw leków zwierzęcych roślinnych i mineralnych mniej lub bardziej skutecznych przy leczeniu codziennych dolegliwości. Ostatnie słowo w praktyce medycznej miała jednak siła wyższa, od której woli zależało powodzenie stosowanego leczenia. Wszystkie wielkie cywilizacje antyczne bliskiego i dalekiego wschodu wykształciły olbrzymie pokłady teoretycznej i praktycznej wiedzy medycznej utrwalone w licznych zabytkach kultury materialnej i antycznej historiografii.

Wiedza ta traktowana obecnie jest głównie jako historyczny zapis poziomu cywilizacji antycznych, do wyjątku należy jednak tradycyjna medycyna chińska, która traktowana jest obecnie w państwie środka jako równorzędna z europejską nowoczesną medycyną.

Aspekt religijny miała również medycyna grecka pierwotnie rozwijana przez kapłanów w świątyniach pod patronem greckiego boga Asklepiosa, by z czasem przejść w ręce osób świeckich. Byli to lekarze reprezentujący wolny zawód, a także akuszerki, olejkarze i handlarze leków. Tradycyjnie uznaje się, że pierwszym lekarzem, który zerwał z religijną i magiczną tradycją medyczną był Hipokrates (ur. ok. 460-370 p.n.e.) – grecki lekarz z Kos, który swoją wiedzę medyczną oparł całkowicie na gruncie filozoficznym. Od tej pory rozwijająca się filozofia grecka między innymi Sokratesa, Platona i Arystotelesa miała bezpośredni wpływ na rozwój medycyny. W aleksandryjskiej szkole lekarskiej zapoczątkowanej przez Herofilosa z Chalkedonu (355-280 r. p n.n.e.) oraz Erasistratosa z Chios (ok. 310-250 r. p n.e.) uczono tradycyjnej medycyny greckiej, rozwijano także wiedzę dotyczącą anatomii.

Medycyna starożytnego Rzymu czerpała z praktyki i wiedzy lekarzy akademii aleksandryjskiej. Pochodzenia greckiego był także najbardziej znany lekarz starożytnego Rzymu – Galen (ok. 130 - 200 n.e.) rozwijający greckie dziedzictwo w zakresie anatomii, fizjologii i patologii – zbiór jego dzieł był podstawą medycznej wiedzy średniowiecznej i renesansowej w Europie. Z antycznej wiedzy Hipokratesa, Arystotelesa i Galena czerpali również wielcy lekarze arabscy, a wśród nich największy z nich Avicenna (980 r. 1037 r.), którego dzieło „Kanon” docierając w łacińskich i arabskich odpisach przez uniwersytety hiszpańskie przyczynił się do dynamicznego rozwoju wiedzy medycznej w średniowiecznej Europie. [1,2,3,4,5]

We wczesnym średniowieczu w Europie praktyka medyczna i nauka medycyny koncentrowała się głównie wokół klasztorów, obejmując swoim zasięgiem opiekę nad współbraćmi lub dworem władcy feudalnego – nie reprezentowała ona zbyt wysokiego poziomu, bardzo często opierając się w praktyce medycznej na tradycyjnej lokalnej farmakologii.

Starożytna wiedza medyczna odżyła w szerszym zakresie na nowo w XI i XII w. stając się podstawą ówczesnej medycyny. Powstawały szkoły medyczne w Salerno, Montpellier, a także w XIII w. uniwersytety w Paryżu, Bolonii, Neapolu, Pradze czy w Krakowie. Aby móc studiować medycynę należało uzyskać najpierw tytuł magistra z siedmiu sztuk wyzwolonych, a następnie udać się na uniwersytet, na którym prowadzono naukę w tym zakresie.

Ograniczenia religijne narzucone przez władzę kościelną paraliżowały w średniowiecznej Europie rozwój medycyny ograniczając studiowanie głównie do modelu studiów scholastycznych, polegających na czytaniu, analizowaniu i wyciąganiu wniosków, traktując jako niepodważalny autorytet greckich i rzymskich klasyków. W tych ciasnych ramach filozoficzno – religijnych w oparciu o własne doświadczenia medyczne powstały rewolucyjne jak na średniowiecze dzieła między innymi: mniszki Hildegardy z Bingen (1098-1179), Alberta Wielkiego (1193-1280), Arnolda Villanovy (1234?-1311), czy Piotra Abbano (1254-1316). Opieka medyczna dla plebsu w średniowiecznych miastach sprawowana była najczęściej w szpitalach przykościelnych zazwyczaj zlokalizowanych poza murami średniowiecznych miast. Dobrze wykształceni medycy świadczyli swoje usługi głównie patrycjatowi miejskiemu czy dworom książęcym. [1,2,3,4,5]

Olbrzymi postęp w naukach medycznych nastąpił na przełomie XIV i XV w. wraz z renesansem włoskim i nowymi prądami filozoficznymi. Poszerzony horyzont geograficzny i rozwój komunikacji pozwolił na większy dostęp do literatury arabskiej i nowych specyfików wykorzystywanych w praktyce leczniczej. W świetle rozwijających się prądów filozoficznych zaczęto na nowo odczytywać antycznych i średniowiecznych autorów, rozbudowując wiedzę medyczną o empiryczne doświadczenie. Paracelsus (1493-1541) uprościł średniowieczny system leczenia wprowadzając liczne spreparowane środki chemiczne. Wielki postęp nastąpił w wiedzy anatomicznej, w której zaczęto rewidować tradycyjną wiedzę Galena, budując ją na nowo na podstawie prowadzonych pod koniec XV w. sekcji zwłok i precyzyjnych badań poszczególnych organów. Olbrzymią spuściznę anatomiczną pozostawili po sobie między innymi Leonardo da Vinci (1452-1519) i Andreas Wesaliusz (1514-1564). Prawidłowo opisano również zasady krążenia krwi w organizmie człowieka w oparciu o obserwacje i doświadczenia Williama Harvey'a (1578-1657), dzięki mikroskopowym obserwacjom Antoniego Leeuwenhoek'a (1632-1723) poznano i opisano budowę nerek, śledziony, skóry i plemników. [1,2,3,6,7]

Ze względu na głoszone teorie medyczne nastąpił upadek poziomu higieny w porównaniu do średniowiecza, co w połączeniu z większym zaludnieniem nowożytnych miast i nasilonej komunikacji przyczyniło się do licznie występujących epidemii. [8,9]

Mimo ewidentnych postępów oparte o teorie jatrochemików i jatrofizyków metody leczenia cały czas nawiązywały do antycznej teorii humoralnej. Dzięki nowym odkryciom geograficznym farmacja została wzbogacona o liczne środki roślinne i zwierzęce przywożone z odkrywanych regionów świata. [1,2,3]

Kolejny przełom nastąpił w XVIII w. wraz z nowym materialistyczno – przyrodniczym spojrzeniem na świat, powstały fizjologiczne prace Alberta Hallera (1708-1777), traktujące fizjologię jako osobną dziedzinę nauki, prace te rozwijane były dalej między innymi przez Lazaro Spalanzani (1729-1799). W oparciu o nowe prądy filozoficzne na niektórych uniwersytetach przebudowano system kształcenia lekarzy zrywając z istniejącymi jeszcze relikami średniowiecza, poszerzając nabór na lekarzy, tworząc ogrody botaniczne czy laboratoria chemiczne a także wprowadzając praktykę kliniczną przy uniwersytetach. [1,2,7]

Szczepienie przeciwko ospie, opracowane przez Edwarda Jennera (1749-1823), zapoczątkowało zupełnie nowe zagadnienie szczepień ochronnych rozwijane dynamicznie w oparciu o nowe odkrycia w XIX i w XX w – tworzono szczepionki przeciwko wściekliźnie, tężcowi, błonicy, cholercy, dżumie, gruźlicy, żółtej febrze, grypie czy polio. W XVIII w. pojawił się w szerszym użyciu stetoskop jako nowe narzędzie diagnozowania. [1,2,7]

Rozwój nauki w XIX w. pogłębił wiedzę na temat organizmu ludzkiego pozwalając na lepsze zrozumienie rządzącymi nimi zasad, z drugiej strony rozwój przemysłu i techniki podwyższał poziom dokonywanych zabiegów medycznych. Zastosowanie narkozy w 1847 r., wynalezienie eteru przez Willima Mortona (1818-1860) i chloroformu, a także antyseptyków w 1867 r. przez Józefa Listera (1827-1912) podniosło radykalnie poziom i skuteczność zabiegów chirurgicznych. [1,2]

W XIX w. dokonała się również postępująca specjalizacja w medycynie wyodrębniająca między innymi takie dyscypliny jak embriologię, farmakologię, medycynę kliniczną, pediatrię, psychiatrię, anatomię patologiczną, neurologię, okulistykę, laryngologię, położnictwo, ginekologię, higienę i medycynę sądową.

Istniejące społeczeństwo masowo zaczęło obejmować opieką medyczną, tworząc ogólnodostępne instytucje szpitali miejskich, szpitali specjalistycznych, lecznic przyzakładowych, sanatoriów.

Zmiany w zachodzące w społeczeństwie pozwoliły także pod koniec XIX w. pierwszym kobietom na studiowanie i praktykowanie medycyny, która zarezerwowana była praktycznie od czasów antycznych tylko dla mężczyzn. Wraz ze wzrostem profesjonalizacji naukowej w XIX w. powstaje jako nowa dyscyplina naukowa – Historia Medycyny – opisująca wiedzę medyczną antyku, średniowiecza i renesansu i oświecenia, która korzysta z wypracowanej przez historyków krytycznej metodologii badawczej. [1,2,7]

Drugą dyscypliną warunkującą krytyczną analizę dyskursu medycznego jest filozofia medycyny, mająca swój cel, przedmiot i metody badawcze, swoją historię oraz przedmiotowe



piśmiennictwo. Filozofia medycyny, według Władysława Szumowskiego, „jest nauką, która rozpatruje medycynę jako całość; omawia jej stanowisko w ludzkości, społeczeństwie, państwie i szkołach lekarskich; daje rzut oka na całość dziejów medycyny; przedstawia najogólniejsze zagadnienia z filozofii biologii; analizuje metodyczne formy myślenia lekarskiego, wymieniając i wyjaśniając błędy logiczne, popełnione w medycynie; czerpie z psychologii i metapsychiki te wiadomości i poglądy, które mają znaczenie dla całości medycyny; omawia naczelne wartości w medycynie oraz formułuje ogólne podstawy etyki lekarskiej” [10].

Do podstawowych zagadnień filozofii medycyny podejmowanych w przedmiotowej literaturze należą przede wszystkim: 1) problem natury człowieka i jego miejsca w przyrodzie (ujmowany holistycznie jako synteza empirycznego poznania przyrodniczego z teoretycznym modelem człowieka i świata [12].), 2) koncepcja zdrowia i choroby, 3) zagadnienie celu, zadań, miejsca i powinności medycyny, 4) zagadnienia deontologiczne i etyczne, 5) kwestia relacji między koncepcją zdrowia człowieka a modelem opieki medycznej.

Po raz pierwszy w piśmiennictwie zachodnim zagadnienia z zakresu filozofii medycyny zostały podjęte w *Corpus Hippocraticum*. Pojęcie „filozofii medycyny” pojawiło się w roku 1797, w związku z wydaniem dzieła *Du degré de certitude de la médecine* przez Pierre’a Cabanisa, filozofa i nadwornego lekarza Ludwika XVI. O filozofii medycyny jako nauce zaczęto mówić w roku 1799, kiedy to Thouret zgłosił postulat utworzenia katedry i wprowadzenia filozofii medycyny do kanonu przedmiotów kształcenia medycznego. W 1801 roku Francesco Vacca Berlinghiero ogłosił drukiem *La Filosofia Della Medicina*. Pierwsza katedra historii i filozofii medycyny, której kierownikiem został Władysław Szumowski, powstała w roku 1920 na Uniwersytecie Jagiellońskim. Od tego momentu filozofia medycyny stała się dyscypliną faktycznie wchodzącą w skład programu kształcenia medycznego [10].

Do najstarszych periodyków naukowych poświęconych zagadnieniom z zakresu filozofii medycyny należy *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, wydawane od roku 1924. Najważniejsze publikacje obcojęzyczne to między innymi: *The Journal of medicine and philosophy*, wydawane od roku 1976, *Studies in philosophy of medicine* publikowane w latach 1977-1980 oraz *Medicine, health care, and philosophy*, które ukazało się po raz pierwszy w roku 1998 i *Philosophy, ethics, and humanities in medicine* wydawane od roku 2006.

1. Władysław Szumowski, Historia medycyny filozoficzne ujęta, Wyd. Marek Derewiecki, Kęty 2008.
2. Historia Medycyny (red. Tadeusz Brzeziński) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

3. Rembieliński R., Historia farmacji, Wydawca Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987.
4. The Cambridge history of medicine, (Roy Porter red.) Cambridge University Press, Cambridge 2006
5. Western medicine, An illustrated History, (Irvine Loudon, Oxford University Press, Oxford 2001
6. The Western medical tradition: 800 B.C.-1800 A.D. L. I. Conrad, M. Neve, V. Nutton, R. Porter, Cambridge University Press, Cambridge 1995.
7. Health, disease, and society in Europe, 1500-1800: a source book. P. Elmer, O. P. Grell, Manchester University Press, Manchester 2004.
8. Vigarello G., Historia zdrowia i choroby - od średniowiecza do współczesności, Oficyna Wydaw. Volumen, 1997.
9. Vigarello G., Czystość i brud : higiena ciała od średniowiecza do XX wieku Wydawnictwo. W.A.B., Warszawa 1996.
10. W. Szumowski, Filozofia medycyny, Kęty 2007.
11. W. Szumowski, Historia medycyny filozoficznie ujęta, Kęty 2008.
12. A. Bednarczyk, Medycyna i filozofia w starożytności, Warszawa 1999.
13. J. Tatoń, Filozofia w medycynie, Warszawa 2003.
14. R. Gillon, Etyka lekarska: problemy filozoficzne, Warszawa 1997.
15. H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg, Filozofia medycyny: wprowadzenie, Warszawa 1993.
16. T. Biesaga, E. D. Pellegrino, Filozofia medycyny, [w:] Systemy bioetyki, T. Biesaga (red.), Kraków 2003.
17. M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), Narodziny i śmierć, Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego, Warszawa-Łódź 2002.

### 2.3. Medycyna w ujęciu socjologicznym

Subdyscyplina socjologii, której głównym zadaniem jest wykrywanie i wyjaśnianie społecznych prawidłowości warunkujących stan zdrowia jednostek i zbiorowości, a także wpływu procesów społecznych na funkcjonowanie instytucji medycznych to socjologia medycyny[1]. Mówiąc o tożsamości owej subdyscypliny należy uwzględnić trzy aspekty analizy: *historyczny* – przedstawiający genealogię, źródła oraz genezę jej powstania, w niniejszym przypadku wzbogaconego o wątki polskiej tradycji owej dziedziny; *strukturalny* – prezentujący jej zewnętrzny i wewnętrzny podział; *systemowy* – omawiający podstawowe treści poruszane w ramach socjologii medycyny, które obejmują jej ideę przewodnią, podstawowe nurty myślowe oraz tematykę szczegółową.

*Powstanie socjologii medycyny – aspekt historyczny.* Socjologia medycyny, podobnie jak socjologia ogólna charakteryzuje się „długą tradycją i krótką historią”. Powstanie owej

socjologicznej subdyscypliny związane jest ze stosunkowo odległą genealogią, i jednocześnie źródłami oraz genezą usytuowanymi w XX wieku. Przez genealogię socjologii medycyny należy rozumieć jej rodowód, czyli określone zmiany zachodzące w ramach medycyny, w której zaczęto dostrzegać znaczenie społecznego kontekstu wielu zjawisk zachodzących w jej obszarze. Do owych zmian, pomijając zwrócenie przez samego już Hipokratesa uwagi na istotną rolę jaką odgrywają czynniki społeczne w etiologii chorób [9], zalicza się między innymi rozwój → **higieny społecznej** trwający od XVII wieku [3] oraz XIX - wiecznej medycyny społecznej, które wskazywały na środowiskową, tzn. ekonomiczno – materialną stronę klasowych uwarunkowań kształtujących obraz chorób. Powstawanie pierwszych teorii epidemiologicznych oraz kształtowanie się tzw. epidemiologii społecznej należy traktować jako kolejne elementy odtworzenia genealogii socjologii medycyny. Warto pamiętać, iż wiek XIX to z jednej strony okres wielkich odkryć w medycynie, które stanowią fundament medycyny klinicznej, z drugiej zaś czas określenia socjologii jako samodzielnej dyscypliny naukowej. Przedstawiciele obu dyscyplin inspirowali się wzajemnie, co znajduje odzwierciedlenie tak w klasycznych koncepcjach socjologicznych (np. A.Comte), jak i w teoriach oraz metodach badawczych stosowanych przez medyków. Przykładowo epidemiologia społeczna czerpała głównie z tych koncepcji społeczeństwa, które zwracają uwagę na klasowe i środowiskowe uwarunkowania chorób. Ponad to metody i techniki badań społecznych, umożliwiły analizę zachorowalności i umieralności dużych liczebnie zbiorowości. Podobnie uwzględnienie kontekstu społecznego jako istotnego z punktu widzenia zarówno etiologii chorób, jak i procesu diagnostyczno – terapeutycznego przyczyniło się do rozwoju psychiatrii środowiskowej [4].

Wskutek nadmienionych zjawisk oraz procesów społeczno – cywilizacyjnych, pojawiły się fenomeny, stanowiące o źródłach powstania socjologii medycyny. Do owych zjawisk, które spowodowały wzrost zainteresowania socjologów praktykami medycznymi a tym samym powstanie socjologii medycyny, należą między innymi: pojawienie się i upowszechnienie chorób o charakterze przewlekłym i degeneracyjnym z wieloczynnikową etiologią [3,1]; nieujmowane dotąd z perspektywy medycznej problemy, takie jak np. alkoholizm czy narkomania, które zostały poddane jurysdykcji medycznej [3,1]; nasilanie się tzw. chorób cywilizacyjnych, tzn. nowotworów, chorób układu krążenia, oddechowego i przemiany materii, czy chociażby stres określony przez WHO jako choroba XX wieku; nieustanne zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych oraz osób w podeszłym wieku,

wzrost kosztów opieki nad osobami ubogimi, bezrobotnymi i bezdomnymi, wzrost kosztów usług medycznych spowodowanych rozwojem technologii, czy nieefektywna lokalizacja środków związanych ze zdrowiem [3,1]. Wymienione powyżej zjawiska wymagały nie tylko *stricte* biomedycznego podejścia do kwestii związanych ze zdrowiem i chorobą, ale także odwołania się do pozamedycznych czynników, dotyczących szeroko rozumianego środowiska społecznego.

Bezpośrednimi przesłankami, które wprost spowodowały powstanie socjologii medycyny są po pierwsze inspiracje oraz odwołania do badań z zakresu demografii, antropologii, psychologii społecznej, i oczywiście socjologii ogólnej, które to odniesienia sytuowały określone problemy medyczne w odmiennym od czysto biologicznego kontekście. Socjologiczne zainteresowanie medycyną ma więc źródło w podstawowych dla dyscypliny założeniach określających podmiot jej zainteresowań jako każde działanie o charakterze społecznym w tym: organizacji społeczeństwa, zachodzących w nim interakcji oraz efektów wszelkiej aktywności. Wiedza i praktyki medyczne stanowią wytwór społecznej działalności, tym samym są elementami kultury zbiorowości, zaś instytucje medyczne stanowią fragment struktury społecznej i jako takie podlegają socjologicznym analizom.

Po drugie zaś, istotnym z perspektywy wskazania źródeł socjologii medycyny jest publikacja w latach pięćdziesiątych XX wieku, w Stanach Zjednoczonych Ameryki książki Talcott'a Parsons'a pt. *System społeczny* (1951) [3,4], omawiającej między innymi zjawisko choroby w kategoriach teorii dewiacji społecznej, tzn. choroby jako swego rodzaju odchylenia od obowiązujących norm zachowania, uniemożliwiającej pełnienie podstawowych ról społecznych [9]. Tym samym Parsons zainicjował wyodrębnienie tematyki socjomedycznej i został uznany za ojca subdyscypliny, która w połowie lat pięćdziesiątych ukonstytuowała się jako socjologia medycyny. Należy przy tym zaznaczyć, iż do prekursorów i współtwórców zalicza się także Mc Intire'a, który już w 1895 roku podkreślał wagę uwzględniania wpływu zmian cywilizacyjnych na relacje, jakie zachodzą między medycyną a społeczeństwem, a także E. Blackwell'a [3]. Natomiast do grona socjologów zajmujących się tematyką socjomedyczną należy zaliczyć między innymi: E. Freidson'a, R. Merton'a, P. Kendall'a, R. Dubos'a, I. Illich'a, S. Saxon'a, R.M. Hessler'a, A.C. Twaddle'a, G. Rosen'a, S. Nettleton, J. Bloom'a, P. Brown'a.

Polska tradycja subdyscypliny, jaką jest socjologia medycyny zawdzięcza swój rozwój Marii Sokołowskiej, która w latach sześćdziesiątych XX wieku wprowadziła zagadnienia socjologiczne do kanonu rozważań, związanych z szeroko rozumianymi zjawiskami zdrowia, choroby oraz medycyny jako takiej. M. Sokołowska rozpoczęła instytucjonalną działalność w ramach socjologii medycyny w 1964 roku, dzięki utworzeniu w Instytucie Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk Pracowni Socjologii Medycyny, której była kierownikiem i uruchomieniu w tym samym roku Sekcji Socjologii Medycyny w Polskim Towarzystwie Socjologicznym, gdzie objęła funkcję przewodniczącej [6]. W 1965 roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie, odbyły się pierwsze zajęcia z socjologii medycyny, a na przełomie 1971/72 socjologia medycyny uznana została za przedmiot obowiązujący w programie dydaktycznym [8]. W 1969 roku wydana została pierwsza w Polsce książka o tematyce socjomedycznej pt. *Badania socjologiczne w medycynie* autorstwa M. Sokołowskiej [5], a w 1986 roku pierwszy, polski podręcznik akademicki również jej autorstwa pt. *Socjologia medycyny* [5]. Natomiast w 1975 roku ukazał się również pierwszy ogólnopolski wybór tekstów oraz skrypt do nauczania przedmiotu socjologia medycyny [5]. W 1978 zaś roku zostało utworzone pierwsze w Polsce Koło Naukowe Socjologii Medycyny. Obecnie natomiast ośrodkiem kontynuującym i rozwijającym spuściznę oraz działalność M. Sokołowskiej jest Instytut Socjologii Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej w Lublinie [6]. Dalszy rozwój subdyscypliny w Polsce wydaje się być bezpośrednio związany z powstawaniem i rozwojem wydziałów nauk o zdrowiu funkcjonujących przede wszystkim w strukturach uczelni medycznych. W ich ramach socjologowie mogą podejmować samodzielne badania bądź nawiązywać współpracę interdyscyplinarną. Wydaje się, iż w sferze badawczej, o czym świadczy ilość publikacji, socjologowie koncentrują się głównie na społecznej problematyki zdrowia i choroby, rzadziej zaś podejmują rozważania na temat instytucjonalnego funkcjonowania medycyny.

*Wewnętrzna i zewnętrzna różnorodność dyscypliny (aspekt strukturalny).* Socjologia medycyny jako rozwijająca się w zdecydowany sposób nauka, charakteryzuje się stosunkowo zróżnicowaną pod względem podziału strukturą. Można zatem wyróżnić, po pierwsze, zewnętrzny układ subdyscypliny, który został wprowadzony w 1957 roku przez Roberta Strausa'a, określający kierunki socjomedycznych zainteresowań badaczy, a mianowicie *sociology of medicine* (socjologia w medycynie) oraz *sociology in medicine* (medycyna w socjologii) [3,4,5,6,7,8]. Podział socjologii medycyny na *of* oraz *in*, wyznacza dwie główne

orientacje badawcze, z których pierwsza spełnia funkcję poznawczą, druga zaś funkcję praktyczną. Tendencja *of* wiąże się z prowadzeniem badań podstawowych, które ukierunkowane są na problemy dotyczące zjawiska zdrowia i choroby, między innymi pod kątem społecznych norm, wartości, zachowań, ról czy też instytucji. Tego typu badania są istotne z punktu widzenia naukowców, dążących do wzbogacenia teorii socjologicznych, które opierając się na danych empirycznych, służą interpretacji społecznego wymiaru zjawisk związanych ze sferą szeroko rozumianej medycyny. Natomiast kierunek socjologii medycyny określany jako *in* skupia się przede wszystkim na badaniach stosowanych, a więc w polu zainteresowań znajduje się zdobycie informacji niezbędnych do rozwiązania i rozpoznawania konkretnych problemów pacjentów, jak również problemów związanych z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej, co w rezultacie ma prowadzić do usprawnienia działania personelu, instytucji medycznych czy też medycyny jako takiej [5]. Środowisko zaangażowane w tego typu działania, to głównie grono socjologów współpracujących z ośrodkami i uczelniami medycznymi, dla których socjologia pełni w stosunku do medycyny raczej rolę instrumentalną, aniżeli wiedzotwórczą. Oba kierunki rozwoju socjologii medycyny *in* oraz *of*, w toku historycznego kształtowania się jej tożsamości i na gruncie różnych krajów bądź to rywalizują, bądź wzajemnie się uzupełniają [6].

Po drugie, socjologia medycyny odznacza się także swoistym podziałem wewnętrznym, określającym jej specjalistyczną problematykę, tzn. wyróżnia się socjologię zdrowia i choroby, instytucji medycznych, zawodów medycznych [3], a niejednokrotnie także socjologię niepełnosprawności czy socjologię ciała. Niemniej jednak owe działy są często traktowane czy raczej określane jako stosunkowo autonomiczne typy socjologii np. socjologia zdrowia [5], które choć powiązane z macierzystą dziedziną, to jednak często funkcjonujące na zasadzie odrębnych paradygmatycznie poddyscyplin. Niekiedy też wspomina się o typach socjologii przedmiotowych, tzn. związanych ze szczegółowymi problemami wpisującymi się w zagadnienia socjologii medycyny, np. socjologia promocji zdrowia [7]. Przedmiotowa ewolucja socjologii medycyny polega na coraz to silniejszym akcentowaniu komponentu, jakim jest szeroko rozumiana problematyka zdrowia, która współcześnie podporządkowuje i porządkuje pozostałe zagadnienia [5,7].

*Medycyna jako zjawisko społeczne - aspekt systemowy.* W odniesieniu do treści, którymi charakteryzuje się socjologia medycyny, należy wyróżnić ideę przewodnią scalającą zagadnienia omawiane w jej obrębie, a mianowicie akcentowanie społecznego kontekstu w

szeroko rozumianej problematyce medycznej. Jednymi z podstawowych wątków, które konstytuują główną oś rozważań, porządkującą szczegółową tematykę socjologii medycyny są: a) socjogenne determinanty sytuacji zdrowotnej w zbiorowości, takie jak społeczne: zróżnicowanie, nierówności, wsparcie czy deprywacja; b) wpływ kategorii społeczno – demograficznych, jak: wykształcenie, zawód, stan cywilny, płeć, wiek, miejsce zamieszkania, na stan zdrowia jednostek funkcjonujących w ramach społeczności; c) uwarunkowania społeczno – kulturowe między innymi: normy, wartości, zwyczaje związane z wiedzą na temat zdrowia, a także obrazem chorób i procesami terapeutycznymi; d) społeczne komponenty działań dotyczących zachowań w zdrowiu i chorobie, a także stosunku między personelem medycznym, a pacjentem; e) wpływ elementów struktury społecznej: → **grupy** (rodzina), instytucja (szpital, medycyna), system (opieka zdrowotna) na → **potrzeby i postawy zdrowotne**; f) społeczne procesy wykluczania: stygmatyzacja, etykietyzowanie, marginalizowanie osób niepełnosprawnych i starszych, g) społeczne skutki rozwoju medycyny w tym zjawisko medykalizacji i jatrogenyzy, h) społeczno-kulturowe uwarunkowania zawodów medycznych oraz relacji w zespołach opiekuńczo-terapeutycznych, i) zdrowotne ruchy społeczne oraz grupy samopomocowe wspierające chorych i ich rodziny, j) społeczna dostępność do opieki medycznej, k) medyczny aspekt kontrolowania i konstruowania ciała [1, 2,3,4,9].

Wśród treści systemowych socjologii medycyny wyróżnia się także nurty myślowe, które ukierunkowują dyskurs prezentowanej subdyscypliny, określające jej reformatorski charakter względem medycyny jako takiej. Jeden z nurtów badawczych podejmowanych przez socjologię medycyny charakteryzuje hasło: „humanizacja medycyny”, podkreślające konieczność holistycznego podejścia do człowieka jako obiektu medycznego namysłu i praktyki. W ramach owego nurtu badacze zwracają uwagę, że zmiany paradygmatów współczesnej medycyny są niezbędne dla skuteczności podejmowanych działań lekarzy. Podkreśla się przy tym między innymi, iż pacjent nie może być traktowany jako przedmiot techniczno – biomedycznych zabiegów lecz jako podmiot funkcjonujący i nierozzerwalnie związany z określonymi warunkami środowiskowo – społecznymi oraz kulturowymi. Kolejny nurt rozważań wyróżniany w ramach socjologii medycyny określany jest jako krytyczno – demaskatorski, który w skrajnej wersji uznaje medycynę za epidemię, tzn. traktuje medycynę jako rozprzestrzeniającą się jatrogenność w szerokim znaczeniu tego słowa, a mianowicie nie tylko klinicznym, ale również społecznym. W wersji zaś mniej radykalnej, ów nurt myślowy

akcentuje negatywne skutki medykalizacji poszczególnych etapów i sfer życia człowieka np. medykalizacja macierzyństwa czy procesu umierania, medykalizacja podstawowych kategorii społeczno – demograficznych, medykalizacja seksualności itd. Istotnym nurtem myślowym wyodrębnianym na gruncie socjologii medycyny jest zwrot w kierunku profilaktyki zdrowotnej, a przede wszystkim ochrony i promocji zdrowia. Kierunek ten stanowi konsekwencję nie tylko nurtów: humanizującego i krytycznego, ale także jest swego rodzaju odzwierciedleniem zmian zachodzących w ramach samej medycyny, która uwzględnia nie tylko skutki, ale także przyczyny chorób, a co za tym idzie poddaje weryfikacji obowiązujący do niedawna biomedyczny model. W owym nurcie myślowym socjologia medycyny wskazuje na społeczno – kulturowe uwarunkowania środowiskowe, determinujące i sterujące wzrostem kontroli nad stanem zdrowia społeczeństwa, które to zdrowie traktuje się jako „korelat struktury społecznej”. Socjologia medycyny poddaje refleksji i bada w takim kontekście problemy związane z prozdrowotnymi stylami życia czy choćby systemy organizacji usług medycznych, które realizują potrzeby związane z zachowaniem zdrowia w społeczeństwie [4,6,7,9].

1. B. Tobiasz – Adamczyk, Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Kraków 2002.
2. Medycyna społeczna. Socjologia medycyny. Wybór tekstów, (red.) C. Baran, M. Latoszek, Gdańsk 1978.
3. C. Baran, M. Latoszek, Medycyna społeczna. Socjologia medycyny. Zagadnienia programowe, Gdańsk 1980.
4. Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, (red.) J. Barański, W. Piątkowski, Wrocław 2002.
5. W stronę socjologii zdrowia, (red.) W. Piątkowski, A. Titkow, Lublin 2002.
6. Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny, (red.) W. Piątkowski, Lublin 2004
7. W. Piątkowski, W. A. Brodniak, Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna, Tyczyn 2005
8. Socjologia i antropologia medycyny w działaniu, (red.) W. Piątkowski, B. Płonka – Syroka, Wrocław 2008
9. M. Sokołowska, Socjologia medycyny, Warszawa 1986

## **2.4. Społeczny aspekt medycyny**

Koncepcja medycyny społecznej wynika z faktu, iż człowiek jest istotą zarówno biologiczną jak i społeczną. Stąd jego życie i działalność związane są z otaczającym go środowiskiem przyrodniczym i społecznym. Już w starożytności Hipokrates uważał, że rozwiązania problemów zdrowia należy szukać w związku przyczynowym ze środowiskiem zewnętrznym, a więc także i społecznym.



Medycyna społeczna jest wielodyscyplinarną gałęzią nauki, zajmującą się badaniem praw biologicznych i społecznych decydujących o zdrowiu i chorobie społeczeństw [1]. Zdaniem belgijskiego lekarza, René Sanda określenie „społeczna” podkreśla zastosowanie osiągnięć nauk medycznych do społeczeństwa jako całości bądź do ustroju społecznego państwa i problemów zdrowotnych, które z tego wynikają [2].

Za prekursora medycyny społecznej należy uważać higienę społeczną, której rozwój w przeszłości jest istotny dla określenia przedmiotu zainteresowań współczesnej medycyny społecznej. Rozwój ten związany był między innymi z higieną tradycyjną oraz medycyną pracy. Medycyna społeczna, która rozwinęła się pod tym hasłem przede wszystkim w krajach niemieckojęzycznych, wywodzi się głównie z higieny społecznej. Jako osobna gałąź nauki zaczęła funkcjonować prawdopodobnie około połowy XIX wieku. Jednak już wcześniej (w XVI w.) na związki między środowiskiem i procesem pracy zwracali uwagę Paracelsus i Agricola, a w XVII wieku Marcin Pansy. Ich prace, dotyczące chorób górników są pierwszymi, które wskazują na związek między powstawaniem chorób, a warunkami środowiska i procesem pracy. Higiena jako taka również odegrała znaczącą rolę w rozwoju społecznej myśli medycznej. Chociaż szerokie ujęcie zadań higieny zostało zawężone w drugiej połowie XIX wieku za sprawą Maxa Pettenkofera reformatora zdrowotnego w Niemczech, który problem zdrowia sprowadził do czynników przyrodniczych, to pozytywne skutki obu kierunków ówczesnej higieny: sanitarnego i bakteriologicznego były znaczne. Już wtedy niektórzy higieniści doceniali społeczny aspekt w medycynie. Należy tu wymienić przede wszystkim, F.F. Erismana, przedstawiciela rosyjskiej szkoły higienicznej, według którego higiena bada środowisko przyrodnicze, a także środowisko społeczne i ich wpływ na zdrowie. Tak więc higiena odegrała swoją zasłużoną rolę w rozwoju społecznej myśli medycznej [3,4].

Johann Peter Frank – działający na przełomie XVIII i XIX wieku – wybitny austriacki działacz, lekarz, organizator i nauczyciel, który życie poświęcił walce o zdrowie społeczeństwa położył zasługi na polu związania społecznej myśli medycznej z polityką. Uzasadniał on konieczność podjęcia przez państwo decyzji prawnych w zakresie ochrony zdrowia ludności, takich jak:

- wymaganie świadectw zdrowia przed zawarciem małżeństwa,
- zapewnienie opieki nad macierzyństwem,
- zapewnienie ludności pomocy w chorobie,
- urządzenie szkół i nauczanie zgodnie z potrzebami zdrowia,

- zwalczanie alkoholizmu i prostytucji,
- zaopatrzenie ludności w odpowiednią wodę,
- usuwanie nieczystości.

Frank twierdził, że państwo jest odpowiedzialne za zdrowie ludności oraz, że władze państwowe można o tym przekonać siłą argumentacji naukowej [5].

Za prekursora medycyny społecznej uważa się niemieckiego patologa Rudolfa Virchowa, który już ponad sto lat temu w naukowy sposób zajął się opisywaniem chorób powszechnie występujących w społeczeństwie oraz wpływem czynników środowiskowych na ich przebieg. Virchow jako pierwszy (w sprawozdaniu z epidemii duru plamistego na Śląsku w roku 1848) podniósł problem niedostatecznej dbałości o higienę, niedożywienia i niskiej edukacji jako czynników nasilających rozpowszechnienie epidemii. Podkreślał również rolę działań władz w podnoszeniu statusu socjalnego i poprawie stanu zdrowia ludności oraz lekarzy w służbie ubogim chorym. Ponadto, razem z grupą badaczy, ustanowił on trzy hasła przewodnie, które stały się głównymi założeniami medycyny społecznej:

- zdrowie jednostki nie jest sprawą prywatną, ale ma znaczenie dla ogółu;
- zdrowie obywateli pozostaje w zależności od warunków społeczno-ekonomicznych i dlatego zależność tę należy badać;
- środki ochrony zdrowia muszą być natury nie tylko medycznej, ale i społecznej.

W 1848 roku użył po raz pierwszy określenia „Publiczna Ochrona Zdrowia” (Offentliche Gesundheitspflege) zastrzegając, że zwrot ten nie jest nowy, że o „*medicina publica*” mówi się od wielu lat, tyle, że się jej nie stosuje [3].

Mniej więcej w tym samym czasie A. Guerin jako pierwszy użył zwrotu „*medycyna społeczna*” w swoim artykule w „*Gazette Medicale de Paris*” podkreślając jej łączność ze środowiskiem społecznym i ekonomicznym życia i pracy ludzi [2]. Jako pierwszy medycynę społeczną w ujęciu naukowym praktykował A. Grotjahn, który był autorem dzieła „*Sozial Pathologie*”. Dziedzina ta zaczęła w owym czasie skupiać się na statycznym badaniu chorób i ich rozprzestrzeniania wśród określonej populacji, badaniu przyczyn chorób społecznie uwarunkowanych, poszukiwaniu metod, które mogłyby zapobiegać powstawaniu tych chorób, proponowaniu i tworzeniu struktur organizacyjnych działając na rzecz zdrowia publicznego [4].

W każdym razie o medycynie społecznej i jej stosowaniu praktycznym można mówić od czasu wprowadzenia ubezpieczeń społecznych, najpierw w Niemczech (1883 – 1889) a następnie w innych krajach Europy, co rozpoczęło nowy okres w dziedzinie polityki zdrowia.

Jednym z prekursorów medycyny społecznej w Polsce był Józef Polak, założyciel Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego oraz czasopisma „Zdrowie”, którego kontynuatorem jest wydawane do dziś „Zdrowie Publiczne”. Duże zasługi na polu rozwoju medycyny społecznej położyli Tomasz Janiszewski – założyciel Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego oraz Witold Chodźko, jeden z założycieli Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, które działa do dziś pod nazwą Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego [4].

Przedmiot medycyny społecznej pojmowany jest niejednolicie. Wg B. Kożusznika, medycyna społeczna bada zależności, związki przyczynowo – skutkowe między zjawiskami i procesami społecznymi a procesami troski o zdrowie, tj. działalności na rzecz zdrowia społeczeństwa. Z kolei według J. Kostrzewskiego, celem medycyny społecznej jako nauki i działalności praktycznej jest zapewnienie zdrowia społeczeństwu ludzkiemu, a zadaniami jej są: ocena stanu zdrowia ludności i jej rozwoju, ocena zdrowotnych warunków otoczenia, opracowanie metod i sposobów oraz środków dla umacniania zdrowia, zapobiegania chorobom, kalectwu i ułomności, leczenie chorych i ich rehabilitacja, kształtowanie warunków zdrowotnych otoczenia przez eliminowanie czynników szkodliwych, a wprowadzenie czynników sprzyjających zdrowiu ludności, kształtowanie urodzeń i przyrostu naturalnego, który zapewni harmonijny rozwój społeczeństwa. Biorąc powyższe pod uwagę, za H. Matuszewskim i Cz. Baranem powtórzyć można syntetyczne ujęcie przedmiotu medycyny społecznej zawarte w definicji, która mówi, że medycyna społeczna jest nauką, która zajmuje się badaniem stanu zdrowia ludności, badaniem czynników środowiska społecznego kształtujących ten stan, w ich powiązaniu z czynnikami środowiska przyrodniczego, oraz badaniem warunków i metod skutecznego działania na rzecz zdrowia. Definicja ta określa medycynę społeczną jako naukę znacznie szerszą niż higiena społeczna rozumiana w sposób tradycyjny [6].

Przedmiot medycyny społecznej przesądza o rodzaju stosowanych metod badawczych. Masowy charakter zjawisk przyrodniczych i społecznych stwarza potrzebę i możliwości określania ich ilościowo. Kiedy więc poddajemy badaniu wzajemną zależność zjawisk społecznych i przyrodniczych, czy chcemy wykryć i ustalić związki pomiędzy czynnikami środowiskowymi a zdrowiem, posługujemy się metodami epidemiologicznymi. Jak wiadomo, współczesna epidemiologia nie ogranicza się do chorób zakaźnych lecz obejmuje wszelkie zjawiska związane ze zdrowiem, niezależnie od ich charakteru, dostarcza więc nowoczesnych metod służących medycynie społecznej. W badaniach epidemiologicznych można ustalić

korelację pomiędzy schorzeniami a wybranymi czynnikami środowiska zewnętrznego. Badania epidemiologiczne wykorzystuje się również w celu ustalenia potrzeb zdrowotnych.

Jak wspomniano, zjawiska przyrodnicze i społeczne mają charakter masowy i dają się określić ilościowo. Wynika to z faktu, że przedmiotem badań jest najczęściej zbiorowość, można więc posługiwać się nauką zajmującą się zjawiskami zachodzącymi w zbiorowościach, i które często można grupować w układy jednorodne. Stąd posługujemy się metodami statystycznymi. Podejmując zagadnienia wynikające ze związku medycyny społecznej z innymi naukami, które integruje w zakresie przydatnym w ochronie zdrowia, musimy sięgać również do innych metod badawczych. Obok już wymienionych, w odpowiednim zakresie posługujemy się metodyką z zakresu socjologii, psychologii, ekonometrii i innych.

Nadal spotykamy się z różną terminologią w zakresie medycyny społecznej i pojęć pokrewnych. Terminy takie jak: medycyna społeczna, medycyna zapobiegawcza, zdrowie publiczne i inne są stosowane w literaturze światowej w sposób zamienny jako synonimy. Jednak zakres ich treści nie pokrywa się w pełni, a poszczególne pojęcia nie oznaczają ściśle tych samych obszarów.

1. Wdowiak L.: Dziś i jutro medycyny społecznej i zdrowia publicznego, Zdr. Publ. 2004; 114(2):125-126
2. Wojtczak A: Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
3. Struczyński J: Drogi rozwoju medycyny społecznej – Praca magisterska wykonana w Zakładzie Organizacji i Ochrony Zdrowia AM w Gdańsku, Gdańsk 1990
4. Brzeziński T: Historia medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wyd. IV Warszawa 2004
5. Matuszewski H.: Medycyna społeczna część 1 – Teoria organizacji i kierowania, AM im. M.Kopernika w Krakowie, Kraków 1980
6. Baran Cz. (red.): Medycyna społeczna – materiały do ćwiczeń, AM w Gdańsku, Gdańsk 1985

## **2.5. Zdrowie publiczne, jako dyscyplina akcentująca społeczno - medyczny kontekst zdrowia**

Zdrowie publiczne można określić jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa”. Jest to nowoczesna definicja sformułowana przez Donalda Achesona w raporcie o stanie zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii. Wynika ona ze zrozumienia, że zdrowie publiczne jest koncepcją obejmującą wieloprofesjonalne działania w obszarze zdrowia społeczeństwa - ochrony, umacniania i poprawy zdrowia populacji. W tak ukształtowanej definicji kluczowym słowem jest „zdrowie”, a nie „medycyna”, a słowo „publiczne” podkreśla, że działania mające zapewnić i umocnić zdrowie ludzi oparte są na zorganizowanym wysiłku społeczności a nie na indywidualnych staraniach i zabiegach [1]. Zdrowie publiczne stanowi połączenie instytucji, wielodyscyplinarnej bazy naukowej i działań praktycznych.

Zdrowie publiczne jest dyscypliną medyczną, która do realizacji swoich zadań wykorzystuje szeroką gamę działań pozamedycznych. O ich znaczeniu mówił już Hipokrates. Uznawał znaczenie czynników środowiskowych wpływających na stan zdrowia ludzi, co zapisał w traktacie „O powietrzu, wodach i klimatach”. Radził w nim lekarzom brać przy rozpoznawaniu i leczeniu choroby pod uwagę to co pacjent je, pije, w jakich żyje warunkach klimatycznych i politycznych [2].

Spoglądając historycznie na formułowanie się zakresu pojęcia zdrowie publiczne, wspomnieć trzeba o działaniach ogólnie higienicznych, walce z epidemiami oraz o początkach medycyny pracy jako o zjawiskach stojących u podstaw dzisiejszego zdrowia publicznego. takimi przykładami mogą być Bernardo Rammazini, który już w 1700 roku opublikował artykuł omawiający problematykę chorób zawodowych „De morbis artificum diatriba”[3] czy też Gotfryd Leibniz, niemiecki filozof i naukowiec, który żyjąc na przełomie XVI i XVII wieku postulował stworzenie systemu publicznej opieki zdrowotnej.

Zainteresowanie zdrowiem w ujęciu ponadjednostkowym przybrało formalne kształty na przełomie XVIII i XIX wieku. Rozpoczynające się wówczas przyspieszenie cywilizacyjne wywołało zintensyfikowanie działań na rzecz zdrowia. Pojawiła się wówczas większość również dziś aktualnych w tym obszarze form aktywności, które uwzględniają zarówno ogólnie podejście środowiskowe jak i zindywidualizowane, nastawione na wybrane grupy społeczne, działania medyczne i pozamedyczne, w tym elementy profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Prekursorem takiego sposobu działań jest Johann Frank, profesor medycyny, który poświęcił się idei zdrowia społeczeństwa. Wydał dzieło „System einer vollständigen medicinischen Polizei”, zawierające nowatorskie postulaty dotyczące higieny, zdrowia publicznego i

organizacji państwowego systemu ochrony zdrowia. Umieścił w nim następujące postulaty skierowane do odpowiedzialnych za politykę państwa:

- wprowadzenie obowiązku posiadania świadectw zdrowia przed zawarciem związku małżeńskiego,
- zapewnienie opieki nad macierzyństwem,
- zapewnienie obywatelowi pomocy w chorobie,
- ukształtowanie procesu nauczania i urządzenie szkół zgodnie z wymogami zdrowia,
- zwalczanie plag społecznych takich jak alkoholizm i prostytutcja,
- zaopatrzenie zbiorowisk ludzkich w wodę i stworzenie systemu usuwania nieczystości.

Ponadto Frank wykazał zasadność prowadzenia statystyk medycznych i istotę warunków bytowych ludności dla oceny zdrowia oraz kształtowania polityki zdrowotnej państwa [4,5].

Dużymi zasługami w rozwoju zdrowia publicznego wykazał się Amerykanin Milton Rosenau, pierwszy kierownik Wydziału Medycyny Zapobiegawczej na Uniwersytecie Harvarda (późniejszej Szkoły Zdrowia Publicznego). W zwięzły i klarowny sposób określił miejsce zdrowia publicznego wśród dyscyplin medycznych. Wg M. Rosenau medycyna kliniczna opiera się na indywidualnych relacjach lekarz-pacjent, natomiast zdrowie publiczne to relacje lekarza oraz przedstawicieli innych dziedzin życia ze społeczeństwem, czyli pacjentem zbiorowym [6]. Może się zatem wydawać, że są to odrębne, nie zazębiające się obszary. Jednak pracownicy medyczni działający w obszarze klinicznym, mający szansę obserwować powtarzalność dolegliwości swoich pacjentów oraz typowe związki przyczynowo-skutkowe, niejednokrotnie podejmują działania, które owocują rozwiązywaniem problemów zdrowotnych zbiorowości, czyli wchodzi w zakres zainteresowań zdrowia publicznego. Odwrotnie, działania systemowe, podejmowane dla zdrowia społeczeństwa przekładają się często na konkretne rozwiązania stosowane wobec pojedynczego pacjenta.

Definicja zdrowia publicznego przedstawiona przez Donalda Achesona stosowana jest chętnie, tak ze względu na jej zwięzłość, jak również zawarcie w jej treści odniesień do tzw. nowego zdrowia publicznego. Jednak w takiej sytuacji „gubi się” szereg treści, które są niezwykle istotne, jeśli z problematyka zapoznają się osoby spoza kręgu znawców przedmiotu. Stąd wśród fachowców nadal poważana jest definicja rekomendowana na początku XX wieku (1920 rok) przez C. Winslowa, profesora zdrowia publicznego na

Uniwersytecie Yale. Mówi ona, że „zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa wyrażające się w działaniach na rzecz:

- higieny środowiska,
- zwalczania chorób zakaźnych,
- nauczania zasad higieny indywidualnej,
- organizację służb medycznych i pielęgniarstwa ukierunkowanych na wczesne rozpoznawanie chorób i skuteczne zapobieganie ich rozwojowi, oraz
- utrwalanie mechanizmów społecznych zapewniających każdemu poziom bytowania umożliwiający utrzymanie zdrowia i długotrwałe życie”[7].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization) zaadaptowała do swoich potrzeb definicję Winslowa, skracając ją i przyjmując tekst, który mówi, że „zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczeństwa”[8].

Na początku lat siedemdziesiątych XX wieku rozpoczął się proces powstawania pojęcia Nowego Zdrowia Publicznego. Kamieniem milowym tego kierunku był holistyczny model zdrowia Bluma i Lalonde, ogłoszony w 1974 roku. Przedstawił on teorię, że za zdrowie społeczeństwa odpowiedzialne są cztery podstawowe obszary:

- czynniki biologiczne, a więc genetyka, dojrzewanie, starzenie się, system regulacji wewnętrznej,
- czynniki środowiskowe (socjalne, fizyczne i psychiczne),
- styl życia (wzór konsumpcji, aktywności fizycznej, czynniki ryzyka zawodowego i zdrowotnego),
- system organizacji opieki zdrowotnej [9].

Wg tej teorii największy wpływ na zdrowie społeczeństwa mają zachowania ludzkie i tu znajduje się największy potencjał do wprowadzania korzystnych dla zdrowia zmian. Teoria Lalonde’a dała również podstawy do dynamicznego rozwoju promocji zdrowia, jednej z bazowych dziedzin zdrowia publicznego.

Upraszczając, można przyjąć, że do podstawowych odkryć decydujących o głównych kierunkach działań w zakresie zdrowia publicznego zaliczyć można:

- udowodnienie, że genetyczna konstrukcja człowieka nie ulega zmianie na przestrzeni tysiącleci,

- stwierdzenie, że poprawa zdrowia społeczeństwa oraz wzrost liczby ludności w krajach rozwiniętych rozpoczęły się na około sto lat przed wprowadzeniem skutecznych leczniczych metod klinicznych, co świadczy o wpływie warunków bytowania na zdrowie,
- odkrycia dotyczące etiologii i metod zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez szczepienia i działania sanitarne,
- udowodnienie, że większości chorób niezakaźnych, o znaczeniu społecznym można zapobiec poprzez zmianę warunków życia i zachowań, przykładem mogą być zmiany zachodzące w zakresie chorób układu krążenia.

Zdrowie publiczne jest plastycznym i zmieniającym się obszarem działania, a w zasadzie wieloma obszarami. W rozwoju zdrowia publicznego jako systemu wyodrębnia się trzy główne obszary:

1. część wiedzy biomedycznej wykorzystywana przez klinicystów i lekarzy pierwszego kontaktu do rozpoznawania czynników ryzyka oraz do zaspokajania potrzeb zdrowotnych indywidualnych pacjentów,
2. część wiedzy biomedycznej wykorzystywana przez lekarzy zdrowia publicznego do zaspokajania zbiorowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa („pozakliniczna” działalność służby zdrowia),
3. wiedza, która dotyczy innych dyscyplin naukowych wykorzystywana do poprawy warunków zdrowotnych społeczeństwa.

Grupa ekspertów WHO w połowie lat dziewięćdziesiątych XX. wieku, w związku z sytuacją wynikającą z demokratycznych przemian w państwach Europy centralnej i wschodniej, opracowała zarys podstawowych działań z zakresu zdrowia publicznego (*essential public health functions*) [10]. Uważano, że ustalenia te powinny się utrzymać w programach rządowych krajów europejskich, jako działania na rzecz zdrowia ludności, za których finansowanie i zapewnienie niezbędnych sił i środków odpowiada państwo. Postanowiono uściślić zakres najniezbędniejszych działań tego obszaru i w związku z tym w 1997 roku grupa robocza Światowej Organizacji Zdrowia opracowująca strategię „Zdrowie dla wszystkich w 21 wieku”, zleciła przeprowadzenie metodą delficką badania, którego celem było opracowanie takiej listy. Efektem badania jest właśnie rzeczona lista podstawowych, z punktu widzenia zdrowia publicznego, działań. Zawiera ona następujące elementy:

1. zapobieganie, aktywne monitorowanie i zwalczanie chorób zakaźnych oraz ważnych społecznie chorób niezakaźnych;



2. monitorowanie sytuacji zdrowotnej (zbieranie i wykorzystywanie podstawowych informacji o stanie zdrowia ludności);
3. promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
4. medycyna pracy;
5. ochrona środowiska;
6. legislacja dotycząca obszaru zdrowia publicznego;
7. zarządzanie zdrowiem publicznym i badania naukowe w zakresie zdrowia publicznego;
8. funkcjonowanie niezbędnych służb zdrowia publicznego;
9. opieka zdrowotna dla grup wysokiego ryzyka i osób specjalnej troski.

Ze względu na specyfikę zdrowia publicznego należy zaznaczyć, iż w literaturze przedmiotu wspomina się o etyce zdrowia publicznego, która wskazuje na swoiste konflikty między perspektywą indywidualną związaną z dobrem jednostki i interesem prywatnym a perspektywą społeczną dotyczącą dobrem zbiorowości i interesem publicznym. W latach 2003 – 2006 realizowany był europejski projekt EuroPHEN (*European Public Health Ethics Network*) w ramach Piątego Programu Ramowego Unii Europejskiej, który to projekt miał za zadanie analizę problemów etycznych w zakresie zdrowia publicznego, jakie pojawiają się przy wdrażaniu programów, interwencji z zakresu zdrowia publicznego. Ów projekt składał się z trzech części, pierwsza dotyczyła praktyki i polityki zdrowia publicznego, druga, identyfikacji i analizy etycznych konfliktów, trzecia zaś, związana była z badaniem postaw społecznych w stosunku do prób godzenia często rozbieżnych optyk, które ma godzić praktyka zdrowia publicznego, a mianowicie jednostkowej i populacyjnej. Warto także dodać, iż w 2001 roku został przygotowany Kodeks Etyki Zdrowia Publicznego, który można określić mianem otwartego kodeksu etycznego, czyli takiego zbioru powinności, dającego możliwość dołączenia dodatkowych reguł, co sprzyja rozwojowi zdrowia publicznego jako samodzielnej dyscypliny wiedzy. W owym kodeksie istotne miejsce zajmują zasady, które nakazują uwzględnianie przy wdrażaniu oddziaływań z zakresu zdrowia publicznego, szacunek dla praw jednostki, opinii grup społecznych na temat wprowadzanych rozwiązań, których one dotyczą, a także rozważania wielości dostępnych podejść i poszanowania zróżnicowanych wartości i kultur.

1. Tataro K.: Philosophy of public health: lessons from its history in England, *J. of Public Health Med.* 2002, 24(1):11-15
2. Nosko J. (red.): *Z dziejów zdrowia publicznego*, Oficyna Wydaw. Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2006

3. Jennings M.: Reading - introduction to hazardous substances management, Occupational Health & Safety Practitioner, 2006, 1, 10
4. Kirschner H.: Zdrowie publiczne - ewolucja pojęć i praktyka, Zdr. Pub. 2002: 112 (1), 3-8
5. Szreter S.: The population health approach in historical perspective, Am. J. of Pub. Health, 2003, 93(3):421-431
6. Rosenau M. J.: The Uses Of Fear In Preventive Medicine, Boston Medical and Surgical Journal 1910, 162: 305-307 [<http://plague.law.umkc.edu/cphl/history/articles>]
7. Tulchinsky TH, Varavikova EA. The new public health, Academic Press, New York, 2000
8. World Health Organization: Basic Documents, 42-nd Edition, WHO, Geneva 1999
9. Lalonde M.: A New perspective on the health of Canadians, A work dokument Government of Canada, Ottawa 1974
10. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. Essential public health functions: results of the international Delphi study; World Hlth. Stat. Quart. 1998,51,44–54

## Spoleczne komponenty w naukach o zdrowiu

Katarzyna Leoniuk, Magdalena Gajewska, Agata Janaszczyk, Kszysztof Sobczak, Halina Nowakowska, Ewa Wojdak - Haase, Jolanta Olszewska, Agnieszka Paczkowska, Łukasz Karczyński, Ewa Bandurska

### 3.1. Socjoekonomiczne determinanty zdrowia i choroby

Terminem „socjoekonomiczne uwarunkowania zdrowia” określa się społeczne oraz ekonomiczne możliwości realizacji zachowań zdrowotnych. Warunki społeczne kształtują takie dane, jak: płeć, narodowość, wyznanie, przynależności do grupy etnicznej, poziom wykształcenia, zawód czy sytuacja rodzinna. Warunki ekonomiczne są określane przez takie zmienne, jak: dochód, warunki mieszkaniowe, dostęp do dóbr, jaki posiada dana grupa społeczna. Zakres ich oddziaływania jest uwzględniany zarówno w opracowywaniu etiologii jednostek chorobowych, ale przede wszystkim jest pomocny przy konstruowaniu programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

Jednym z lekarzy, który wskazywał na socjoekonomiczne uwarunkowania zdrowia, był Rudolf Virchow, który – jak pisze Władysław Szumowski – oddelegowany przez rząd pruski na Górny Śląsk w roku 1848 do zbadania epidemii tyfusu napisał płomienne sprawozdanie, w którym opisał potrzeby ekonomiczne, zdrowotne i narodowe miejscowej ludności polskiej [1]. Innym uczonym, który podnosił publicznie związek pomiędzy biedą a zdrowiem był Louis Pasteur. Prowadzone przez niego badania wykazały, że brak czystości wśród ludzi ubogich, był przyczyną szerzących się w XIX w. epidemii cholery. Z kolei w Wielkiej Brytanii w roku 1842 ukazał się raport Edwina Chadwicka pt. *The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. W raporcie tym stwierdza dobitnie, że jeśli bieda jest

przyczyną choroby, to dzieje się też odwrotnie – choroba bywa przyczyną ubóstwa. Tym samym Chadwick zwrócił uwagę na fakt, że sytuacja ekonomiczna społeczeństwa i różnych warstw społecznych jest także zależna od stanu zdrowia jednostek. Implikacją praktyczną tych badań było powołanie w 1848 r. w Londynie pierwszych instytucji zajmujących się ochroną zdrowia publicznego, takich jak Medical Officer of Health for London, którego zadaniem było między innymi czuwanie nad stanem zdrowia najuboższych warstw społecznych oraz opracowanie dokumentu *An Act for Promoting Public Health* wyznaczającego pierwsze postulaty promocji zdrowia publicznego.

Karol Marks oraz inni zwolennicy teorii konfliktu wskazują, że dynamiczny i nieregulowany rozwój kapitalizmu spowodował, iż zdrowie stało się przedmiotem konfliktu klasowego. Oznacza to, że zdrowymi mogą być jedynie ludzie zamożni. Jak pisze Jonathan H. Turner, odnosząc się do sytuacji w Stanach Zjednoczonych, uwarunkowanie prawami gospodarki rynkowej, dostępu do usług medycznych sprawiło, że zdrowie przekształciło się w jedno z trudno dostępnych dóbr [2]. Powoduje to, że dostęp do wiedzy medycznej, profilaktyki chorób i możliwość dbania o zdrowie są powiązane z pozycją społeczną. Socjologowie podkreślają silny związek pomiędzy położeniem społecznym a zdrowiem. Położenie społeczne jednostki określa się poprzez uwzględnienie takich danych, jak jej wykształcenie, zawód, dochód oraz prestiż przysługujący pełnionej przez nią funkcji społecznej. Ta funkcja jest warunkiem umożliwiającym dostęp do konkretnych zasobów społeczno-ekonomicznych.

Położenie społeczne, wykonywany zawód i wykształcenie różnicują społeczeństwo ze względu na stopień narażenia na czynniki chorobotwórczych oraz możliwość korzystania ze środków wspomagających zdrowie, które pozostają w ścisłym związku z warunkami bytowymi ludzi. Z drugiej strony samo zdrowie, traktowane jako kapitał, staje się ważnym czynnikiem procesu różnicowania społecznego. Stan zdrowia człowieka jest niezmiennie warunkiem określającym jego dostęp do takich dóbr społecznych, jak: wykształcenie czy prawo wykonywania zawodu, a one przede wszystkim konstytuują i umacniają jego pozycję społeczną, która wiąże jednostkę z tym, a nie innym środowiskiem społecznym. Jak pisze Magdalena Sokołowska, czynniki kształtujące zdrowie, takie jak: sposób odżywiania, stres, korzystanie z używek, warunki mieszkaniowe, zanieczyszczenie powietrza, wreszcie izolacja społeczna, mają znaczący wpływ na proces różnicowania klas społecznych. Analiza klasy społecznej w ramach epidemiologii jest uznanym i cenionym narzędziem pomagającym w określeniu wpływu położenia społecznego jednostek na pojawienie się choroby czy zgonu [3].

Jak widać, związek pomiędzy warunkami biologicznymi, jakimi są zdrowie i choroba, a sytuacją społeczno-ekonomiczną ma ogromny wpływ nie tylko na życie jednostki, ale też i całego społeczeństwa, dlatego też postulat wyrównywania warunków i znoszenia nierówności w dostępie do dobra, jakim jest zdrowie, to jedno z fundamentalnych założeń działalności Światowej Organizacji Zdrowia. Organizacja ta w nawiązaniu do współczesnych badań socjologicznych uznaje, że profilaktyka chorób i zmiana zachowań zdrowotnych są kluczowe dla minimalizowania różnic społecznych i poprawy sytuacji zdrowotnej na świecie. Wśród czynników społecznych wpływających na zdrowie niemałą rolę odgrywają czynniki kulturowe, między innymi tradycja, która definiuje poszczególne nawyki zdrowotne, takie jak higiena, dieta, aktywność fizyczna, czy wreszcie sposób leczenia. Talcott Parsons zauważył, że dominujący wpływ kultury amerykańskiej ujawnia się w propagowaniu postawy autokreacyjnej. Etos indywidualizmu obecny w kulturze amerykańskiej implikuje aktywne kreowanie własnego zdrowia przez jednostkę. Traktuje ona zatem zdrowie jako kapitał, a zachowania prozdrowotne w kategoriach „inwestycji w siebie”.

Socjoekonomiczne uwarunkowania zdrowia i chorób należą do kryteriów wyróżniających choroby, które określa się „społecznymi”. Wg Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, choroby społeczne to grupa chorób najczęściej przewlekłych, występujących masowo, w powiązaniu z grupami i warstwami ludności, w znaczny sposób obniżająca wartość biologiczną społeczeństwa oraz ekonomie państwa (absencja chorobowa, inwalidztwo, rehabilitacja, chorobowość, śmiertelność) [8].

W przeszłości choroby społeczne odnoszono do masowych schorzeń pozostających w związku z warunkami socjalnymi ludności. W 20-leciu międzywojennym w Polsce chorobami społecznymi były: jaglica, nadumieralność kobiet w połogu, nadumieralność niemowląt i małych dzieci oraz alkoholizm. Różnice w zwyczajach, poziomie kultury, zróżnicowanie etniczne i religijne Polaków w nowych historycznie i politycznie warunkach, dodatkowo bardzo niski poziom ekonomiczny i brak infrastruktury mieszkaniowej, uzasadniały akcentowanie określenia społeczny w odniesieniu do zdrowia ludności w tym czasie. Okres po II wojnie światowej ze zrujnowanymi miastami i wsiami, licznymi migracjami, spowodowały masowe przenoszenie się chorób zakaźnych takich jak gruźlica czy choroby przenoszone drogą płciową. Analfabetyzm i demoralizacja społeczeństwa to dodatkowe trudne do opanowania czynniki, które kształtowały sytuację zdrowotną [9].

Współcześnie, często pojęcie choroby społeczne używa się zamiennie z pojęciem choroby cywilizacyjne. Uzasadnia się to faktami pozostającymi w istotnym związku z

postępem cywilizacyjnym i jego wpływem na zdrowie publiczne. Masowość występowania schorzeń i problemów zdrowotnych ma swoje źródło w rozwoju cywilizacji, w postępie technologicznym i technicznym, postępie wiedzy. Nadawanie chorobom cywilizacyjnym dodatkowo określenia społeczny wynika z potwierdzonych badaniami dostrzeżenia środowiska społecznego jako źródła determinantów zdrowia. Dzięki współczesnym badaniom i formułowanym na podstawie ich wyników oraz teoriom można stwierdzić, że choroba cywilizacyjna jest efektem wystąpienia wielu czynników jednocześnie.

Determinanty socjoekonomiczne pozwalają identyfikować problemy zdrowotne i choroby, a to pozwala na holistyczne podejście do zagadnień zdrowotnych jednostki i społeczeństwa. Jednocześnie pozwala na podejmowanie działań kształtujących poziom zdrowia w populacji. Wykorzystuje się tu podstawowe socjologiczne teorie procesów i zmian społecznych. Status socjoekonomiczny jest pojęciem, sformułowanym przez socjologów i „oznacza społeczny status jednostki lub grupy właściwy ludziom, którzy osiągnęli zbliżony poziom bogactwa, zakres władzy, prestiżu, wykształcenia, prowadzą podobny tryb życia, w podobny sposób spędzają czas wolny i mają zbliżony do siebie status zawodowy” [10]. Status socjoekonomiczny sytuuje jednostki w strukturze społecznej różnicując jednocześnie możliwość dostępu do różnych dóbr, czy szanse na osiągnięcie życiowych celów. Wyznaczany jest między innymi przez takie wskaźniki, jak: przynależność do określonej klasy społecznej, poziom wykształcenia, wysokość dochodów, rodzaj wykonywanej pracy. Zróżnicowanie dostępności do zasobów automatycznie powoduje powstawanie zjawiska społecznych nierówności także w zdrowiu.

1. W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, wyd. 3, Warszawa 1994.
2. J.H. Turner, *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*, przeł. E. Różalska, wyd. 1, Poznań 1998.
3. M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986.
4. M. Blaxter, *Zdrowie*, przeł. M. Okła, wyd. 1, Warszawa 2009.
5. W.A. Brodniak, *Spoleczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Próba syntezy*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie, choroba i społeczeństwo*, Lublin 2004.
6. T. Parsons, *System społeczny*, przeł. M. Kaczmarczyk, Kraków 2010.
7. M. Skrzypek, *Status socjoekonomiczny (SES) jako podstawowa kategoria socjomedyczna w badaniach nad chorobą wieńcową z perspektywy stanu zdrowia społeczeństwa*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie, choroba, społeczeństwo*, Lublin 2004.
8. S. Betlejewski, *Choroby społeczne, cywilizacyjne czy choroby stylu życia?*, *Wiadomości Lekarskie* 2007.

9. H. Kirschner, Promocja zdrowia na tle rozwoju medycyny społecznej, [w:] J.B. Karski, Promocja zdrowia, Wydanie nowe. Warszawa 1999,
10. Z. Słońska, Status socjoekonomiczny, jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia. [www.pamietajoseru.pl/artykuly](http://www.pamietajoseru.pl/artykuly), wg stanu na 30 lipca 2009.

### **3.2. Patologie społeczne, jako zagrożenie dla spójności i trwałości społeczeństwa**

Patologia (gr. *pathologia*) oznacza naukę o zjawiskach chorobowych i zjawiskach, które są odchyleniami od stanu normalnego. W naukach społecznych oznaczają ją destruktywne i autodestruktywne zachowania ludzi, grup lub całych społeczeństw [1].

Pojęcie to jest jednym z najstarszych pojęć socjologicznych, które pozostaje historycznie powiązane z ujmowaniem społeczeństwa za pośrednictwem metafory organizmu wprowadzonej do nauk społecznych już przez Augusta Comte'a i upowszechnionej przez Emila Durkheima. Postrzegane jako funkcjonujący organizm społeczeństwo jest charakteryzowane przez socjologów za pośrednictwem takich terminów medycznych, jak zdrowie i choroba, a choroba jako jednostka patologiczna jest identyfikowana z takimi zjawiskami, jak: samobójstwo, prostytutcja, alkoholizm czy przestępczość. Pojęcie patologii społecznej na stałe pojawiło się w słowniku nauk społecznych w XIX w. Fakt ten jest wynikiem niepodważalnego wpływu, jaki w owym okresie nauki medyczne wywierały na pozostałe dyscypliny naukowe [2]. Wprowadzenie takiej dystynkcji implikowało, że socjologowie byli postrzegani jako „lekarze” społeczni prowadzący badania socjomedyczne lub reformatorzy dążący do naprawy organizmu społecznego, wskazujący kierunki zmiany społecznej, która zatrzyma rozwój zjawisk patologicznych. W tej perspektywie socjologia pełni nie tylko funkcję diagnostyczną, ale też „lecniczą”. Durkheim uważał, że rola męża stanu jest rolą lekarza: „uprzedza on wyklucie się choroby, stosując odpowiednią higienę, a jeśli choroba już wybuchła, stara się ją leczyć” [3]. Pojawienie się w słowniku pojęć nauk społecznych idei patologii społecznej wiążemy zatem nie tylko z wyżej wspomnianym oddziaływaniem medycyny i higieny, ale także z przekonaniem, że nauki społeczne mają

charakter nauk pragmatycznych i utylitarnych powołanych do „uzdrawiania” rzeczywistości społecznej.

W fundamentalnej dla socjologii rozprawie *Zasady metody socjologicznej*, wydanej po raz pierwszy w 1895 r., Durkheim wskazał zasady rozróżniania faktów normalnych i patologicznych. Odszedł on od potocznego rozumienia choroby, w tym bólu i cierpienia, jako patologii, idąc w stronę rozumienia medycznego. Wskazał też na punkty, w których patologia społeczna nie odpowiada biologicznemu pojęciu choroby, jak chociażby niemożność wskazania korelacji pomiędzy wystąpieniem patologii społecznej a śmiertelnością organizmów społecznych [3]. Pisał: „Warunki zdrowia i choroby nie dadzą się zdefiniować *in abstracto* i absolutnie. Każdy rodzaj ma swoje zdrowie, ponieważ ma właściwy sobie typ przeciętny (...). Ta sama zasada odnosi się do socjologii, choć jest tu często ignorowana. Trzeba wyzbyć się wciąż jeszcze zbyt rozpowszechnionego nawyku osądzania instytucji, praktyki, normy moralnej, jak gdyby były one dobre lub złe same w sobie i same przez się dla wszystkich społeczeństw. (...) to, co normalne dla człowieka dzikiego nie zawsze jest normalne dla człowieka cywilizowanego. Zdrowie starca to nie to samo, co zdrowie człowieka w sile wieku, podobnie jak i to ostatnie jest inne niż zdrowie dziecka. Tak samo jest ze społeczeństwami” [3]. Durkheim uważał chorobę za stan równie normalny co zdrowie, ponieważ występuje ona równie powszechnie. Patologiczny charakter w jego mniemaniu przysługuje natomiast chorobom rozwijającym się w sposób nietypowy podobnie jak faktom anormalnym społecznie. Dla tego socjologa „Normalne jest istnienie samej przestępczości, jeśli tylko nie osiąga ona i nie przekracza pewnego poziomu, który można zapewne ustalić dla każdego typu społeczeństwa. (...) Zaliczając zbrodnię do zjawisk socjologii normalnej, nie tylko mówimy, że jest ona zjawiskiem nieuchronnym, acz godnym ubolewania, wynikającym z nieuleczalnej słabości ludzkiej; twierdzimy również, iż jest ona czynnikiem zdrowia publicznego, integralną częścią wszelkiego zdrowego społeczeństwa. (...) Zbrodnia jest normalna, ponieważ społeczeństwo bez zbrodni jest niemożliwe” [3]. W przekonaniu Durkheima zbrodnia jako fakt normalny staje się przyczyną rozwoju moralności pewnego typu społecznego. Karę za przestępstwo postrzega on jako lekarstwo. Zbrodnia staje się natomiast faktem patologicznym wówczas, gdy przekracza przewidywany dla niej poziom oraz gdy zostaje naruszona jej wewnętrzna norma powszechności lub, inaczej mówiąc, gdy nabiera ona charakteru nietypowego dla niej samej, gdy pojawiają się zjawiska naruszające dotychczasowe pojęcie normalności, wówczas – zdaniem Durkheima – mamy do czynienia z



patologią społeczną. Wniosek ten pokrywał się z uprzednio prowadzonymi przez E. Durkheima badaniami nad typami i wzrostem samobójstw w społeczeństwach XIX-wiecznych. Ich wynikiem było wyróżnienie samobójstwa anomicznego powiązanego z deregulacją życia społecznego. *Anomia* etymologicznie oznacza brak norm, praw, ale też i tradycji. Jako zjawisko społeczne wystąpiła w społeczeństwach zachodnich w XIX w. wraz z pojawieniem się kryzysu ekonomicznego. Łączył się on z procesem przechodzenia od społeczeństwa tradycyjnego do społeczeństwa nowoczesnego, który zaowocował rozluźnieniem więzi społecznej i wzrostem poziomu samobójstw anomicznych w Europie.

Wprowadzony przez Durkheima do słownika nauk społecznych termin anomii jest pojęciem warunkującym postrzeganie patologii społecznej z perspektywy funkcjonalistycznej reprezentowanej przez amerykańskiego socjologa Roberta K. Mertona. Zauważył on, iż „Pojęcie anomii w pierwotnym ujęciu Durkheima odnosi się do stanu względnego zaniku norm w społeczeństwie czy grupie” [4]. Merton, pod wpływem innego amerykańskiego socjologa – Talcotta Parsonsa, dokonał rozszerzenia pojęcia anomii oraz uszczegółowienia jej wskaźników, co jest o tyle istotne dla analizowanego tu pojęcia, iż to one właśnie są symptomami zaniku norm oraz upadku obowiązujących stosunków społecznych, a zatem są one wskaźnikami pojawiającego się stanu patologicznego struktury społecznej, inaczej mówiąc – dewiacji społecznej. Merton, podobnie jak Parsons, wiązał pojawienie się patologii społecznej nie tylko ze zjawiskami kulturowymi czy strukturą społeczną, jak to robił E. Durkheim, ale także z procesami adaptacyjnymi na poziomie jednostkowym [5]. Merton wyróżnił następujące typy indywidualnego przystosowania: konformizm, innowację, rytualizm, wycofanie oraz bunt. Konformizm pełni tutaj funkcję najbardziej rozpowszechnionej reakcji przystosowawczej, pozostałe – ponieważ nie są równie powszechne – stanowią według Mertona zjawiska dewiacyjne. Przystosowanie o charakterze innowacyjnym prowadzi zatem do zachowań dewiacyjnych, o ile „nacisk kulturowy na cel sukcesu zachęca do podjęcia tego sposobu przystosowania poprzez wykorzystanie instytucjonalnie zakazanych, lecz często skutecznych środków zdobycia przynajmniej oznak sukcesu – bogactw i władzy. Reakcja ta występuje wtedy, kiedy jednostka bez zinternalizowania w równym stopniu norm instytucjonalnych kierujących sposobami i środkami prowadzącymi do jego osiągnięcia przyswoiła kulturowy nacisk na cel” [4]. Przykładem takiego kulturowego nacisku jest ideologia bogactwa, która w połączeniu z ograniczeniami, jakie stawia przed jednostką bieda, prowadzi nieuchronnie do innowacyjnych

zachowań dewiacyjnych. Sprawia to, że zachowania przestępcze występują częściej wśród ludzi biednych, stąd wzrost ubóstwa w społeczeństwie będzie skorelowany ze wzrostem przestępczości, a ten ostatni będzie wskazywał na stan patologiczny struktury społecznej. Rytualizm jest natomiast odwrotnością innowacyjności. Według Mertona jest on odrzuceniem kulturowych celów, ale nadal przestrzeganiem zinstytucjonalizowanych norm. Wycofanie z kolei oznacza całkowite odrzucenie wartości społecznych. Merton pisał: „Jest to więc sposób adaptacji wywołany niepowodzeniami w osiągnięciu celu uznanymi społecznie metodami oraz ze względu na zinternalizowane zakazy, niemożliwością wykorzystania drogi zakazanej. (...) Ucieczka jest całkowita, konflikt wyeliminowany i jednostka staje się całkowicie odspołeczniona” [4]. Ostatnią z dróg przystosowawczych do anomicznej struktury społecznej stanowi bunt. Pozwala on na wyjście poza ramy dotychczasowej struktury społecznej i tworzenie nowej. Buntownicy dostrzegają zatem arbitralność otaczających ich zasad i dążą do ustanowienia takich, które uzdrowią strukturę społeczną. Wzmoczone występowanie tych postaw przystosowawczych oraz skorelowanych z nimi zachowań społecznych wskazuje na anomie i dysfunkcjonalność systemu społecznego, które są postrzegane jako źródło patologiczności struktury społecznej. Funkcjonalistyczne podejście do problemu patologii społecznej jest ujęciem najbardziej rozpowszechnionym w naukach społecznych. Obok niego pojawiają się też inne perspektywy patrzenia na zjawiska patologii społecznej. Jedną z nich przedstawiał Cesare Lombroso będący zwolennikiem poglądu, że to raczej pewne cechy biologiczne jednostek, a nie warunkowania społecznoekonomiczne, decydują o ich zachowaniach dewiacyjnych. Jego twierdzenie do dziś znajduje zwolenników wśród genetyków badających ludzkie zachowania i prawa ich dziedziczności.

1. A. Podgórecki, *Zagadnienia patologii społecznej*, Warszawa 1976.
2. P. Sałustowicz, *Słownik pojęć socjologicznych*, wyd. 1, Kraków 2004.
3. E. Durkheim, *Zasady metody socjologicznej*, przeł. J. Szacka, Warszawa 1968.
4. R.K. Merton, *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, przeł. E. Morawska, J. Wertenstein-Żuławski, Warszawa 1998.
5. T. Parsons, *System społeczny*, przeł. M. Kaczmarczyk, Kraków 2010.
6. H.S. Becker, *Outsiderzy. Studia z socjologii dewiacji*, wyd. 1, przeł. Olga Siara, Warszawa 2009.
7. U. Świętochowska, *Patologie cywilizacji współczesnej*, wyd. 1, Toruń 2001.

### **3.3. Mandala zdrowia: ekologiczno - społeczny model zdrowia**

Podstawowe znaczenia terminu mandala stwierdza, iż jest to „mistyczny symbol wszechświata przedstawiający najczęściej kwadrat wpisany w koło, który zazwyczaj zawiera ułożone symetrycznie wyobrażenia bóstw”. W takim znaczeniu, symbol ten najczęściej używany jest w buddyzmie i hinduizmie jako pomoc w medytacji [1]. Pojęcie mandala zdrowia, odzwierciedla społeczno-ekologiczny model zdrowia. Model ten, uznawany obecnie za podstawę teoretyczną dyscypliny jaką jest promocja zdrowia, został opracowany przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto, na początku lat osiemdziesiątych. Określenie „mandala zdrowia”, po raz pierwszy pojawiło się w 1998 roku, użyli jej dwaj kanadyjscy uczeni Hancock T. oraz Perkins F. Wyjaśnia ono wieloaspektowe zależności pomiędzy zdrowiem a środowiskiem fizycznym, społecznym i kulturowym, w którym funkcjonuje człowiek [2]. Model ten wyraźnie akcentuje fakt, iż człowiek od momentu poczęcia aż do okresu senium, tworzy ze środowiskiem jedną całość. Nie jest to ujęcie nowatorskie, powszechnie znane jest zdanie „ojca medycyny” Hipokratesa (460-377 p.n.e) „Jeśli chcesz zachować zdrowie, poznaj najpierw swoje środowisko, w którym żyjesz i pracujesz”[3]. Mandala Zdrowia, to rysunek, który graficznie przypomina dzieło Leonardo da Vinci „Człowiek witruwiański”, który mistrz upowszechnił około roku 1490. Przedstawia on figurę nagiego mężczyzny w dwóch nałożonych na siebie pozycjach, wpisaną w okrąg i kwadrat. Rysunek ten, stanowił ilustrację do traktatu rzymskiego architekta Marcusa Vitruwiusa Pollio, poświęconego proporcjom ludzkiego ciała. Zgodnie z tradycją pitagorejską, okrąg symbolizuje sferę duchową, kwadrat zaś materialną egzystencję. Ludzkie ciało reprezentuje doskonałe połączenie materii i ducha [4]. Mandala Zdrowia składa się kilku koncentrycznych kręgów, ułożone są one hierarchicznie. W ich centrum znajduje się człowiek w wymiarze fizycznym, intelektualnym i duchowym. Najbliższym kręgiem otaczającym człowieka, a więc najważniejszym, jest rodzina, traktowana jako swoisty bufor oddzielający jednostkę od instytucji społecznych, łagodząca i osłaniająca przed skutkami oddziaływania społeczności i kultury. Rolą rodziny, zgodnie z tym modelem, jest także kształtowanie odpowiedniego systemu wartości, w tym postaw prozdrowotnych.

Kolejny krąg mandali, znajdujący się w bezpośrednim sąsiedztwie rodziny, zawiera takie elementy jak:

- zachowania człowieka,
- biologię człowieka,
- środowisko psycho-socjo-ekonomiczne

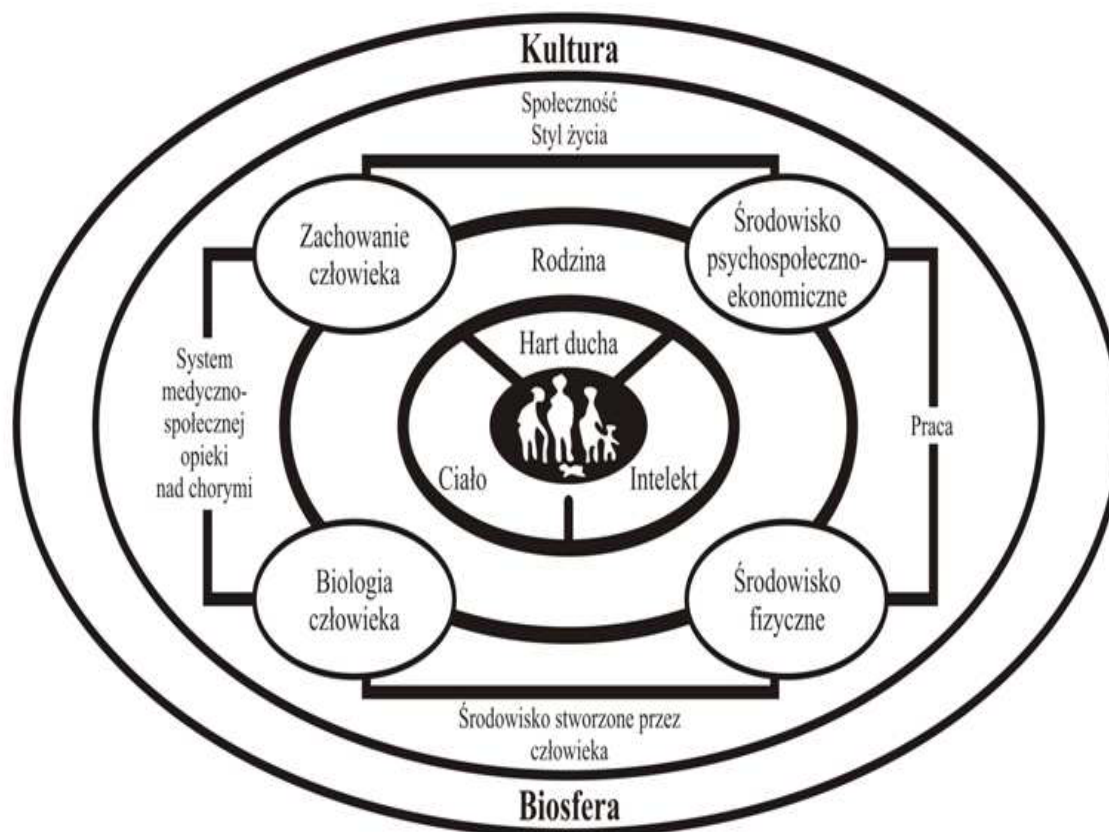
– środowisko fizyczne.

Określenie zachowania człowieka, interpretowane są jako: zwyczaje żywieniowe, sposób spędzania wolnego czasu, dbałość o bezpieczeństwo własne i najbliższych, podejmowanie zachowań ryzykownych takich: jak palenie tytoniu, picie alkoholu czy zażywanie narkotyków. Czynniki biologiczne oznaczają: budowę anatomiczną organizmu, jego funkcjonowanie a także uwarunkowania genetyczne jednostki. Środowisko psycho-socjo-ekonomiczne, rozumiane jest jako: status społeczny i ekonomiczny jednostki, możliwość korzystania ze wsparcia społecznego, dostępność do informacji. Środowisko fizyczne to: warunki mieszkaniowe, warunki środowiska pracy oraz warunki otoczenia rozumiane, jako warunki klimatyczne czy urbanistyczne [5].

Fakt wskazania, iż styl życia człowieka i środowisko w którym funkcjonuje, stanowią decydujące elementy warunkujące zdrowie, było pod koniec XX wieku, nowością, której przypisuje się nawet miano swoistej „rewolucji” w myśleniu o uwarunkowaniach zdrowia[6].

Pozostałe determinanty zdrowia, takie jak: społeczność, system opieki nad chorym, styl życia, praca, zajmują kolejne kręgi. Najszersze części „mandali”, najbardziej oddalone od centrum układu, przedstawiają biosferę, czyli żywą powłokę ziemi, stanowiącą środowisko życia organizmów, która zajmuje jeden biegun najodleglejszego kręgu. Przeciwny punkt stanowi kultura, rozpatrywana jako całokształt duchowego i materialnego dorobku społeczeństwa [7].

Układ poszczególnych warstw prezentuje rycina nr 1.



Rysunek nr 1. Mandala zdrowia – model ekosystemu zdrowia.

Źródło: Hancock T.: The mandala of health: a model of the human ecosystem. W: R. Anderson, I. Kicbusch (ed.): Health promotion: A resource book. Copenhagen 1990, s. 129-138 [8].

Mandala doskonale obrazuje bogactwo uwarunkowań zdrowia. Model ten jednoznacznie zwraca uwagę na mnogość oraz różnorodność czynników mających wpływ na dobrostan jednostki. Poprzez graficzne przedstawienie relacji i zależności, obrazuje wzajemne oddziaływania i powiązania między środowiskiem i kulturą a jednostką w której ta funkcjonuje. W modelu społeczno-ekologicznym zakłada się potrzebę dążenia do poznania korzeni zachowań zdrowotnych człowieka, poprzez odniesienie ich do wzorów codziennego życia oraz analizę wszystkich składników wywierających wpływ na jednostkę. Model ten wskazuje na fakt, że konkretne zachowania, które są w danej chwili obiektem zainteresowania, np. palenie tytoniu, są jedynie składnikiem zespołu zachowań i nie można

ich rozpatrywać w oderwaniu od pozostałych [9]. Mandali Zdrowia przypisuje się kilka cech charakterystycznych. Uznawana jest za model holistyczny (całościowy), ponieważ zwraca uwagę na różnorodne uwarunkowania zdrowia: fizyczne, środowiskowe oraz kulturowe. Podejście holistyczne zakłada wewnętrzną harmonię i równowagę każdej struktury. Dbalność o ową wewnętrzną harmonię jest wyzwaniem zarówno indywidualnym, jak i zadaniem dla całych społeczności.

Traktowana jest jako model dynamiczny, ponieważ różnorodne czynniki, rozpatrywane jako przyczyny stanu zdrowia, mogą być modyfikowane przez jednostkę, dlatego też koncepcja ta akcentuje indywidualną odpowiedzialność za zdrowie.

Cechą charakterystyczną Mandali Zdrowia jest także jej interakcyjność, rozumiana w następujący sposób: różnorodne komponenty modelu, wywierając wpływ na jednostkę, wchodzi jednocześnie w relacje między sobą. Owe relacje-interakcje mogą mieć charakter wzmacniający lub znoszący działanie. Wielowymiarowe relacje i więzi społeczne wpływają na członków społeczeństwa i mogą zmieniać styl życia a także ułatwiać koncentrację na jego jakości [10].

1. Kopaliński W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, wydanie XVIII, Wiedza powszechna, Warszawa 1989.
2. Hancock T., F. Perkins F.: The Mandala of Health: A Conceptual Model and Teaching Tool [w:] J. R. Anderson, J. Kickbusch (red.), Health Promotion. A Resource Book, Copenhagen 1990.
3. Kolarzyk E.: Stanowisko człowieka w przyrodzie, [w] Wybrane problemy higieny i ekologii człowieka, skrypt dla studentów Collegium Medicum UJ, <http://www.e-nujag.cm-uj.krakow.pl/materialy/higiena/Skrypt-tekst.pdf> - dostęp z dnia 22.09.2012
4. Zöllner F.: Leonardo, TASCHEN GmbH, wyd. polskie TMC Art., 2004.
5. Sidorowicz W., Maroszek J., Kiedik D.: Analiza społeczna w polityce zdrowotnej, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2002.
6. Bik B. Koncepcja promocji zdrowia, [w:] Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia. Poździoch S., Ryś A., Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków 1996.
7. Słońska Z.: Promocja Zdrowia-zarys problematyki. Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, Rocznik I, nr 1-2.
8. Hancock T.: The mandala of health: a model of the human ecosystem. W: R. Anderson, I. Kicbusch (ed.): Health promotion: A resource book. Copenhagen 1990
9. Słońska Z.: Promocja zdrowia – zarys problematyki. Promocja zdrowia , nauki społeczne i medycyna, 1 (1-2).
10. Borzucka-Sitkiewicz K.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

### 3.4. Rodzina w kontekście zmian zachodzących w społeczeństwie

Termin → **rodzina** stosowany jest powszechnie zarówno w życiu publicznym, jak i w badaniach naukowych prowadzonych w ramach różnych dyscyplin, między innymi socjologii, psychologii, pedagogiki, antropologii, ekonomii, medycyny czy prawa. Niezależnie od kontekstu, w jakim jest analizowana, rodzina powszechnie uważa się za podstawową grupę, umożliwiającą egzystencję jednostce oraz całemu społeczeństwu. Antropolodzy kultury podkreślają uniwersalny charakter rodziny, gdyż występuje ona (oczywiście w różnych formach) we wszystkich typach społeczeństw [1]. Mimo owej powszechności badacze rodziny nie są zgodni co do jednej wspólnej odpowiedzi na pytanie: czym jest rodzina? Jednym z powszechnych sposobów percepcji problemu jest pogląd modernistyczny, utożsamiający rodzinę z „podstawową komórką społeczną”, czy „jednostką nuklearną”. Podejście to zakłada, iż rodzinę stanowią rodzice oraz zależne od nich dzieci, tworzący wspólne gospodarstwo domowe (domostwo) [2]. Inną definicję rodziny proponuje J. Trosk, dla którego podstawowym „budulcem” rodziny jest diada. Rodzina zatem to taka grupa, w której występuje co najmniej jedna z następujących diad: rodzic – dziecko lub/i partner – partner. Warto podkreślić, iż parę mogą tworzyć małżonkowie bądź osoby (tej samej lub różnej płci) pozostające w związku nieformalnym (kohabitacji) [2]. Model diad przystaje więc do współczesnej różnorodności form życia rodzinnego, w których wewnętrzna struktura podlega dynamicznym zmianom. Co istotne w świetle zaprezentowanych założeń rodzinę tworzą zarówno małżeństwo z dziećmi, „samotni” rodzice z dzieckiem, wspólnie mieszkająca para dorosłych, czy rodzina zreorganizowana składające się z rodziców i dzieci wspólnych i/lub pochodzących z wcześniejszych związków (tzw. rodzina patchworkowa). Monorodzicielstwo, rodziny zreorganizowane podobnie jak kohabitacja są zjawiskami na tyle powszechnie występującymi w społeczeństwach wysokorozwiniętych, iż nie należy ich marginalizować, stosując określenia typu „niepełna rodzina”, czy „niby-rodzina”. Tym samym rodzina współczesna jako taka bardziej przypomina swoisty proces, „strumień” zdarzeń realizujących się w ciągłych interakcjach jej członków, niż stabilny byt. Jej istotą jest to, co leży u podłoża powtarzających się mechanizmów i motywacji czyli czynności, które umożliwiają budowanie wspólnoty [3].

Argumentem przemawiającym za dynamiczną koncepcją rodziny jest jej strukturalno-funkcjonalna modyfikowalność pod wpływem zmieniających się czynników o charakterze społeczno-ekonomicznym. Na przestrzeni interwałów czasowych możemy obserwować typowe modele organizacji życia rodzinnego powiązane z dominującymi formami społeczeństwa. W socjologii zwykło się prezentować przemiany rodziny w kontekście trzech typów społeczeństwa: preindustrialnego, industrialnego i postindustrialnego [4]. Tym samym rodzina epoki preindustrialnej, określana również jako rodzina tradycyjna, charakteryzuje się dużą liczebnością i spójnością wewnętrzną, jak również sztywnym podziałem ról związanych z płcią. Gospodarstwo domowe stanowi warsztat produkcyjny, co czyni z rodziny instytucję o znaczeniu ekonomicznym. Natomiast epoka industrialna to okres głębokich przemian społeczno – ekonomicznych, w wyniku których zaczyna kształtować się współczesny model rodziny. Dominuje rodzina dwupokoleniowa, nieprodukcyjna, w której oprócz męża pracującego poza domem, aktywność zawodową podejmuje kobieta. Zmienia się układ między członkami grupy to znaczy coraz większe znaczenie nabiera zaspokajanie potrzeb indywidualnych, co z jednej strony, wpływa na osłabienie więzi rodziny z mikrostrukturą społeczną (grupą sąsiedzka, dalszą rodziną), z drugiej zaś, zmniejsza jej stabilność, czyniąc bardziej podatną na rozpad [5]. W okresie postindustrialnym rodzina podlega dalszym przemianom, zapoczątkowanym na przełomie XIX i XX wieku. Jednym z charakterystycznych trendów staje się wzrost autonomii i swobody osobistej, zarówno w sferze publicznej, jak i w życiu rodzinnym. Pogłębia się egalitaryzm wewnątrz rodziny, prowadzący do wzrostu pozycji dziecka i kobiety. Nie brakuje też negatywnych konsekwencji i problemów takich, jak wzrost osamotnienia i alienacji jednostki, nerwice, nadmierny konsumeryzm, niestabilność rodziny. Przemiany te prowadzą do stworzenia nowego typu relacji małżeńskich opartych na stosunkach symetrycznych, partnerskich [5]. Zmianom podlega zarówno rola mężczyzny, który przestaje być jedynym żywicielem rodziny, jak i rola kobiety – niejednokrotnie łączącej tradycyjne funkcje na rzecz gospodarstwa domowego z obowiązkami zawodowymi. Sytuacja ta, przyczynia się do negocjacji między partnerami, których efekt zawarty jest w indywidualnych wzorach relacji regulujących życie rodzinne oraz w podziale obowiązków. Tym samym szukając typowych dla współczesnej rodziny cech badacze wymieniają jej nietrwałość (duża liczba rozwodów), mniejszą skłonność do zawierania związków małżeńskich, partnerski podział obowiązków (jeżeli nawet nie realizowany w praktyce to model ten jest często deklarowany i powszechnie akceptowany



społecznie), mniejszą liczbę i nową pozycję dziecka oraz silne więzy osobowe i emocjonalne łączące członków grupy [2,4,5,6].

Rodzina niezależnie od panujących warunków społeczno-ekonomicznych nieodmiennie realizuje różnorodne zadania tak na rzecz swoich członków, jak i innych jednostek oraz grup społecznych. W ramach analizy podstawowych zadań rodziny, zwykle się wymieniać dwa główne typy funkcji tzn. funkcje rodziny jako grupy pierwotnej, oraz funkcje rodziny jako instytucji społecznej [6]. Owe aspekty, z jednej strony, koncentrują się na odrębnych efektach działalności wspólnoty, z drugiej zaś, wzajemnie się uzupełniając stanowią o istocie rodziny i wręcz czynią z niej niepowtarzalną i niezastępowalną formę życia społecznego.

Klasyczne rozumienie rodziny jako grupy pierwotnej, dla której charakterystyczne są bliskie, osobiste relacje, zwraca uwagę na funkcje związane z zaspokajaniem potrzeb interpersonalnych i emocjonalnych jednostki. Realizacja tych zadań, związana jest z wykonywaniem ról społecznych typowych dla rodziny (małżeńskiej, rodzicielskiej czy braterskiej) [6]. Należy odnotować, iż w modelu rodziny współczesnej, szczególną rangę nadaje się funkcji miłości [7]. Czynniki społeczno – kulturowe takie jak proces indywidualizacji, dominacja malej, dwupokoleniowej rodziny, miłość romantyczna jako główny powód zawierania związków oraz rozwój wiedzy na temat procesów rozwojowych człowieka spowodowały rosnącą determinację partnerów do czerpania satysfakcji i zadowolenia ze wzajemnych relacji. Miłość ma nie tylko gwarantować jednostce subiektywne poczucie szczęścia, ale stanowi również społecznie akceptowalną formę zaspokajania potrzeb emocjonalnych i seksualnych dorosłych członków rodziny [8]. Oczywiście miłość jest również podstawą interakcji rodzic-dziecko w wyniku, których tworzą się więzi i kształtowana jest osobowość dziecka. Kierując się miłością członkowie rodziny opiekują się sobą, zabezpieczając realizację podstawowych potrzeb fizjologicznych, emocjonalnych, ekonomicznych, kulturalnych i społecznych nie tylko najmłodszych, ale również osób starszych, niepełnosprawnych czy chorych. Funkcja miłości urasta więc do, jeżeli nie najważniejszej to, jednej z istotniejszych, tym samym jedność i harmonia współczesnej rodziny opiera się na interpersonalnych więziach wewnątrzrodzinnych, które mają prowadzić do pełniejszego zaspokajania indywidualnych potrzeb członków grupy. Takie, osobowe ujęcie funkcji rodziny, przekłada się na zasadnicze znaczenie, jakie przypisywane jest „szczęściu rodzinnemu” oraz na wysoką pozycję rodziny w systemie wartości współczesnego człowieka.

Obok wymienionych funkcji opiekuńczej, emocjonalnej w tym miłości, rodzina realizuje również inne zadania świadczące o jej instytucjonalnym charakterze. Owo instytucjonalne ujęcie rodziny zwraca uwagę na zadania, mające znaczenie dla większej zbiorowości, szczególnie zaś na realizację funkcji prokreacyjnej i socjalizacyjnej, które gwarantują biologiczne i kulturowe trwanie społeczeństwa. Wraz z pojawieniem się nowego członka zbiorowości, zaczyna się proces jego socjalizacji (uspołeczniania). To właśnie w rodzinie dziecko poznaje, język, podstawowe normy, wartości, obyczaje i zasady życia społecznego, a także kształtuje umiejętności współżycia z innymi. Grupa, w której wzrasta dziecko, traktowana jest jako swoisty mikroświat, stanowiący istotną część struktury społecznej. Rodzina jest więc, swoistym medium za pośrednictwem którego jednostka wchodzi w relacje ze światem zewnętrznym [3], określa również miejsce jednostki w społeczeństwie, stanowiąc punkt życiowego startu, tym samym wpływając, a niekiedy wręcz determinując, pozycję osiągniętą przez jednostkę w społeczeństwie (funkcja stratyfikacyjna lub identyfikacyjna) [2].

Analizując funkcjonowanie rodziny współczesnej z jednej strony dostrzegamy wielość i różnorodność zadań jej przypisywanych - świadczących o jej uniwersalności i nie zastępowalności, z drugiej zaś obserwujemy liczne procesy zewnątrz i wewnątrzrodzinne wpływające na formę i stopień realizacji owych zadań. Nie każda grupa jest w stanie samodzielnie sprostać wysokim wymaganiom stawianym rodzinie. W przypadku poważnych trudności lub całkowitej niemożności realizacji zadań na rzecz zbiorowości czy jednostki, można mówić o zjawisku dysfunkcjonalności rodziny [9]. W większości przypadków sytuacja trudna czy kryzysowa zostaje opanowana dzięki zasobom wewnątrzgrupowych, gdyż jak wspomniano rodzina stanowi strukturę elastyczną, adaptującą się do zmiennych warunków życia. Zdarzają się jednak takie trudności, z którymi wspólnota pierwotna nie jest w stanie poradzić sobie samodzielnie, korzysta więc ze wsparcia społecznego, które coraz częściej ma charakter instytucjonalny. Do zjawisk negatywnie wpływających na funkcjonowanie współczesnej rodziny zalicza się: alkoholizm, przemoc, dezorganizację (rozwód, rozpad rodziny, ponownie założenie rodziny) oraz dezintegrację (konflikty i inne nieprawidłowości w relacjach interpersonalnych). Warto podkreślić, iż wielofunkcyjność i wielowymiarowość charakteryzująca rodzinę, przyciąga przedstawicieli różnych dziedzin, których analizy koncentrują się wokół specyficznego ujęcia, bądź specyficznej cechy grupy pierwotnej. Dlatego też, chcąc w pełni opisać, zrozumieć i zinterpretować prawidłowości

charakteryzujące funkcjonowanie współczesnej rodziny, właściwym podejściem wydaje się być analiza interdyscyplinarna. Również praktyczne zastosowanie wyników badań nauk o rodzinie, powoduje konieczność współpracy różnych specjalistów, w celu optymalizacji działań wspierających „grupę grup”, zwłaszcza w sytuacji jej dysfunkcyjności bądź kryzysu.

Jednymi z najważniejszych funkcji rodziny są funkcja prokreacyjna i funkcja wychowawcza, wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego, organizowanie życia swoich członków, zapewnienie pomocy i opieki wzajemnej w razie choroby, starości, utrzymywanie ciągłości kulturalnej społeczeństwa [1]. W związku z tym, istotna wydaje się kwestia planowania rodziny, którą rozumie się przez świadome i celowe przewidywanie struktury rodziny oraz liczby jej członków, uwarunkowane względami osobistymi, zdrowotnymi, socjalno – bytowymi i kulturowymi.[2] Planowanie rodziny to jedna z najważniejszych i podstawowych odpowiedzialności, z jaką musi poradzić sobie dojrzały i dorosły człowiek, to także styl życia małżonków, który umożliwia im zaplanowanie lub odłożenie poczęcia dziecka w sposób wolny i świadomy. Opiera się na świadomości i wiedzy oraz respektowaniu cyklicznego rytmu płodności i niepłodności pary. Wg zaleceń WHO, termin „ naturalne planowanie rodziny” powinien być zastąpiony wyrażeniem „ metody rozpoznawania płodności”, ponieważ Naturalne Metody Planowania Rodziny, to grupa metod opartych na znajomości i wykorzystywaniu naturalnego cyklicznego rytmu płodności kobiety, dzięki niemu bowiem możemy określić fazy płodności i świadomie planować bądź odłożyć moment poczęcia dziecka. [3] Rodzice również ponoszą odpowiedzialność za uświadomienie dzieci, aby przede wszystkim zapobiec niechcianym skutkom jego braku.

Planowanie ciąży to również świadome macierzyństwo, czyli idea zgodnie, z którą każda kobieta i jej życiowy partner powinni nauczyć się w sposób absolutnie racjonalny sterować własną płodnością. Takie pojęcie planowania rodziny, powinno zmierzać do decyzji obojga, że będą mieli tyle dzieci, na ile pozwolą im ich warunki materialno – bytowe. Decyzja o posiadaniu potomstwa musi być ze wszech miar decyzją dojrzałą i świadomą, czyli musi nastąpić w momencie, kiedy nie zakłóci w żaden sposób funkcjonowania obojga partnerów w społeczeństwie, czyli np. w momencie nauki.

Idealna metoda planowania rodziny, winna spełnić kilka podstawowych warunków, a mianowicie: jest w pełni skuteczna, bezpieczna, długotrwała, ale jednocześnie jej efekty są

szybko odwracalne, nadto powinna być tania i chronić przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową. Żadna z obecnie znanych i stosowanych metod, niestety tych wszystkich jednocześnie warunków nie spełnia. [4] O planowaniu rodziny mówi również akt prawny, jakim jest Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Taki zapis spotykamy już w preambule, a o szczególnej pomocy w tym zakresie, mówią artykuły: 2, pkt. 2, 2a, art. 3, art. 4 [5]. Decyzja o ciąży powinna być podjęta również, kiedy oboje osiągną optymalny dla czasu planowania potomstwa wiek, czyli dla kobiety od lat >18 do 33 – 35 lat, z zaznaczeniem, że kolejne ciąży nie powinny następować zbyt szybko po sobie, i co niezmiernie istotne każda ciąża powinna być bezwzględnie po kontrolą lekarza. [3] Karol Wojtyła natomiast definiuje świadome macierzyństwo, jako sposób, w który kobieta w życiu małżeńskim staje się matką, oraz fakt, iż ma ona prawo stać się matką wtedy, kiedy sama tego chce. [6]

Optymalne warunki dla rozrodu i rozwoju rodziny, powinny zatem być następujące

- Matka 18 – 33 lata, ojciec 22 – 35 lat
- 2 – 3 letnia przerwa między porodami
- unikanie ciąży w niesprzyjających warunkach zdrowotnych
- Nieplanowanie ciąży w pierwszym roku małżeństwa
- podjęcie decyzji o ciąży tylko wtedy, gdy oboje rodzice tego chcą i świadomie do tego dążą

Bezpośrednio z hasłem Planowanie rodziny wiąże się pojęcie Regulacja Urodzeń, czyli taki sposób postępowania małżonków/partnerów zmierzających do realizacji zamierzeń prokreacyjnych, a prze to do ograniczenia niekontrolowanej rozrodczości z wykorzystaniem metod naturalnych i/lub środków antykoncepcyjnych

Partnerzy przed dokonaniem wyboru sposobu regulacji poczęć, powinni:

- poznać zasady stosowania danej metody, a w przypadku środka antykoncepcyjnego także jego działanie
- poznać stanowisko swojego partnera w tej kwestii
- zasięgnąć porady lekarza, a następnie położnej, aby upewnić się, czy wszystko dobrze zrozumieli

- mówiąc o planowaniu rodziny, należy zapoznać partnerów z rodzajami metod, które mogą wykorzystać, i tak są to:
- Metody Naturalne, czyli oparte na kryteriach biologicznych, na poznaniu i ciągłej lub okresowej obserwacji zmian zachodzących w przebiegu cyklu miesięczkowego, umożliwiającymi rozpoznawanie okresów płodności kobiety bez naruszania naturalnych funkcji organizmu

Do metod naturalnych należą:

- kalendarzyk małżeński wg reguły Ogino – Knausa
- metoda termiczna
- obserwacja śluzu (Billingsa)
- metoda objawowo – termiczna
- metoda tzw., wielowskaźnikowa
- stosunek przerywany

- METODA OGINO – KNAUSA – ma zastosowanie u kobiet regularnie miesięczkujących, aby ją móc stosować kobieta, powinna skrupulatnie notować długości swoich cykli miesięczkowych przynajmniej przez pół roku. By nie zajść w ciążę, kobieta musi dokładnie ustalić kiedy w cyklu miesięcznym występuje owulacja. Oblicza się go odejmując 14 dni od średniej długości trwania 6 ostatnich cykli. Znając te dane należy jeszcze wziąć pod uwagę czas przeżycia komórki jajowej i plemników oraz dodać 2 dni i 2 dni po spodziewanej owulacji. To okres płodny. Przeważnie stanowi on 10 – 16 dzień cyklu. Należy wówczas zaniechać kontaktów seksualnych. To metoda mało skuteczna, ponieważ długość trwania cyklu może ulec zmianie po chorobie, podróży, na skutek zmiany klimatu, przeżyć, silnych stresów. Na sto kobiet stosujących tę metodę jako zapobieganie nieplanowanej ciąży, w ciągu roku zachodzi w ciążę od 14 – 47 kobiet

- METODA TERMICZNA – to metoda prosta, ale wymagająca dużego zdyscyplinowania i systematyczności. To sposób śledzenia czynności jajników oraz rozpoznawania wystąpienia jajczkowania poprzez mierzenie temperatury ciała. Okres płodności przypada na dni, kiedy temperatura ciała kobiety z niższego poziomu przechodzi w wyższy. Trwa on co najmniej 9 dni, 6 dni temperatury niższej przed skokiem i 3 kolejne dni temperatury wyższej. Okres niepłodności po owulacji zaczyna się czwartego dnia temperatury wyższej i trwa do pierwszego dnia miesiączki

- METODA BILLINGSÓW - to obserwacja śluzu szyjkowego, który zmienia się w poszczególnych fazach cyklu. Okres niepłodności przed owulacją to okres suchy, występujący bezpośrednio po miesiączce. Wtedy w okolicach przedsionka pochwy i zewnętrznych narządów płciowych można zaobserwować suchość. Dzień najbardziej płodny przypada na ostatni dzień, w którym stwierdza się występowanie śluzu. W ciążę można zajść do trzeciego dnia po szczycie. Do następnej miesiączki trwa okres niepłodności. Występujący wtedy śluz jest lepki, gęsty, który nie przepuszcza plemników

- METODA OBJAWOWO – TERMICZNA – to skojarzenie dwóch sposobów wyznaczania okresów płodności kobiety w cyklach miesięczkowych, tj., na podstawie: pojawienia się i zmienności śluzu szyjkowego oraz towarzyszących temu odczuć pomiaru podstawowej ciepłoty ciała. Wszystkie poczynione obserwacje należy nanosić na jedną kartę, gdyż tylko taki zapis ułatwia ich porównanie i interpretację

- METODA WIELOWSKAŻNIKOWA – służy do rozpoznawania początku i końca fazy płodności na podstawie trzech głównych objawów: zachowania się podstawowej ciepłoty ciała, zmienności śluzu szyjkowego i zmian zachodzących w szyjce macicy

- STOSUNEK PRZERYWANY – polega na wysunięciu członka z pochwy przed wytryskiem, metoda bardzo niepewna, o wysokim wskaźniku wg Pearl'a. Cieszy się w Polsce bardzo dużą popularnością. Udowodniono jej negatywny wpływ na psychikę, może z czasem doprowadzić do oziębłości, a nawet impotencji. [7]

Historia metod naturalnego planowania rodziny:

1677 – Antonie van Leeuwenhoek, holenderski przyrodnik, zaobserwował pod mikroskopem męskie plemniki

1826 – Karl Ernst von Baer, rosyjski biolog, pochodzenia niemieckiego odkrył komórkę jajową

1827 - Karl Ernst von Baer odkrywa przebieg zapłodnienia

1876 – dr Mary Jacobi zaobserwowała cykliczne zmiany temperatury ciała kobiety

1905 – Theodor van de Velde, holenderski ginekolog, opisał dwufazowy przebieg temperatury w cyklu kobiecym oraz podał prawidłowy sposób pomiaru

1923 – Kvusaku Ogino, japoński ginekolog, opublikował w Japonii pracę dotyczącą owulacji, w której określił przypuszczalny termin owulacji na 12 – 16 dni przed miesiączką. Jego publikacja dotarła do Europy dopiero w 1930 r. Zaobserwował możliwość obliczenia

cykliczności owulacji, lecz stwierdził również, że nie można się wyłącznie opierać przy jego określaniu na metodach obliczeniowych jak i wyraził swój sprzeciw wobec środków antykoncepcyjnych

1927 – Theodor van de Velde postawił hipotezę, że dwufazowy przebieg temperatury w cyklu kobiecym ma związek z owulacją i ciałkiem żółtym

1929 – Hermann Knaus, austriacki ginekolog niezależnie od Ogino, opublikował wyniki badań patofizjologicznych, na podstawie których doszedł do wniosku, że owulacja przypada na 15 dni przed miesiączką

1930 – Jan Nikolaus Smulders, holenderski neurolog na podstawie badań Ogino i Knausa opracował tzw. „metodę okresowej wstrzemięźliwości”. Nazywano ją również metodą kalendarzową lub Ogino – Knausa. Wykazywał ona zawodność w razie przesunięcia się terminu owulacji, w związku z tym sprawdzała się głównie u kobiet z regularnymi cyklami.

1930 – Wilhelm Hillebrand, niemiecki ksiądz, w ramach duszpasterskich porad małżeńskich uczył po raz pierwszy pomiaru podstawowej temperatury ciała (PTC) w celu regulacji i zyskał w Niemczech miano „ojca metody termicznej”

1947 – R. F. Vollmann szwajcarski ginekolog, opublikował opracowanie o metodzie termicznej pt., „Płodność i wykres temperatury kobiety”. Była to pierwsza publikacja zawierająca reguły metody termicznej dla użytkowników

1950 – W Norwegii ukazała się monografia na temat śluzu szyjkowego napisana przez P. Bergmanna

1950 – Gerhard Karl Döring, niemiecki ginekolog, opisał po raz pierwszy sposób określania przedowulacyjnej fazy niepłodności na podstawie krzywej termicznej (reguła Döringa)

1952 – Josef Rötzer, austriacki ginekolog rozpoczął badania nad naturalnym planowaniem rodziny. Początkowo zajmował się metodą termiczną. Gdy po kilku miesiącach żona zwróciła mu uwagę na wydzielanie śluzu, połączył obserwację objawów płodności z pomiarem temperatury tworząc pierwszą metodę objawowo – termiczną

1957 – Jan Gerhard Hendrik Holt, holenderski położnik, wydał książkę o metodzie termicznej, zwanej od jego nazwiska metodą Holta

1962 – Edward Keefe, amerykański ginekolog, w pracy pt., „Rozpoznawanie dni możliwej płodności za pomocą samoobserwacji szyjki macicy” opisał samobadanie szyjki macicy

1963 – John Marshall, angielski neurolog, wydał książkę na temat metody obliczeniowo – termicznej będącej połączeniem metody kalendarzowej i termicznej

1965 – Josef Rötzer wydał pierwszą książkę o metodzie objawowo – termicznej pt., : „Liczba dzieci i miłość małżeńska. Wskazówki co do regulacji poczęć”. Publikacja zawierała pierwszą wersję metody Rötzera, nazywanej również metodą austriacką.

1966 – Billings odkrywa metodę obserwacji śluzu szyjkowego

1966 – Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wydała raport potwierdzający skuteczność metod naturalnych

1968 – Papież Paweł VI opublikował encyklikę „*Humanae Vitae*” zobowiązującą katolickie małżeństwa do stosowania zasad naturalnego Planowania Rodziny

1971 – John i Sheila Kippley założyli w USA stowarzyszenie „*The Couple to Couple League*” uczące własnej metody objawowo – termicznej, nazwanej metodą amerykańską

1973 – Jan Mucharski, polski zakonnik, pod pseudonimem Paul Thyma opublikował w Anglii zasady metody objawowo – termicznej „*podwójnej kontroli*”, nazywanej również metodą angielską

1975 – Powstała Międzynarodowa Federacja Popierania Życia Rodzinnego (IFFLP). Organizacja ta wspiera prace badawcze, ułatwia dzielenie się doświadczeniami w nauczaniu metod NPR, współpracuje z agencjami planowania rodziny i służba zdrowia

1977 – Powstała Światowa Organizacja Owulacyjnej Metody Billingsa (WOOMB) z siedzibą w Australii

1977 – John Kelly i Anna Flynn, angielscy lekarze założyli w Birmingham Stowarzyszenie Nauczycieli NPR, promujące metodę objawowo – termiczną podwójnej kontroli

1978 – około tego roku polska ginekolog Teresa Kramarek opracował reguły metody objawowo – termicznej

1979 - Josef Rötzer wydał książkę pt., „*Naturalna Regulacja Poczęć*”. W języku niemieckim doczekała się ona 23 wydań, przetłumaczona została na wiele języków, także na polski. Najnowsze polskie tłumaczenie nosi nazwę „*Sztuka Planowania Rodziny*” wyd. Vocatio. Jest to aktualny podręcznik metody Rötzera. Koniec lat 70 – tych Teresa Kramarek, polski ginekolog opracowała własną metodę termiczno - objawową, zwaną metodą polską.

1986 – W Niemczech założono stowarzyszenie pod nazwą Instytut Naturalnej Regulacji poczęć (*Institut Für Natürliche Empfängnis – Regelung – INER*), zajmujące się szerzeniem metody objawowo – termicznej prof. J. Rötzera, obejmujące obszar języka niemieckiego (Niemcy, Austria, Szwajcaria, północne Włochy)

1989 – W Polsce, na wzór angielskiego Stowarzyszenia Nauczycieli NPR, powstało „Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli NPR” propagujące metodę podwójnej kontroli



1992 – W Polsce powstała „Liga Małżeństwo Małżeństw” szerząca metodę objawowo – termiczną wg Kippleyów

1993 – w Polsce, na wzór niemieckiego INER-u, powstało stowarzyszenie pod nazwą „Instytut Naturalnego Planowania Rodziny wg metody prof. J. Rötzera”

1996 – Powstał Europejski Instytut Edukacji Rodzinnej (IEEF), który organizuje coroczne konferencje na temat NPR. Jego członkami są dwa polskie stowarzyszenia: INER i Polskie stowarzyszenia Nauczycieli NPR (8, 9, 10)

Planowanie rodziny to dziedzina podlegająca stałej ewaluacji, zmierza ona w dwóch kierunkach, pierwszy to badania nowych metod, a druga to stałe doskonalenie już istniejących.(4)

1. M. Gordon, *The Oxford Dictionary of Sociology*. Oxford, 1998
2. Szlendak, *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa 2010
3. A.Giza-Poleszczuk, *Rodzina a system społeczny. Reprodukacja i kooperacja w perspektywie interdyscyplinarnej*, Warszawa 2005
4. Z. Tyszka, *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2002
5. A. Kwak, *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*, Warszawa 2005
6. F. Adamski, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków 2002
7. Z. Klimczuk, *Socjologia rodziny. Wybrane zagadnienia*, Olsztyn 2008
8. N. Goodman, *Wstęp do socjologii*, Poznań 2001
9. J.Izdebska, *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku*, Białystok 2000
10. Encyklopedia dla pielęgniarek., (red) J. Bogusz. Wydanie III poprawione i uzupełnione. PZWL. Warszawa 1989
11. W. Fijałkowski. Biologiczny rytm płodności a regulacja urodzeń. PZWL., Warszawa 1978
12. M. Wisłocka. Sztuka kochania. Warszawa 1985
13. B. Grzechocińska. Kierunki rozwoju współczesnych metod planowania rodziny. *Nowa Medycyna*, nr 6/1999
14. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży
15. 13. K. Wojtyła. Miłość i odpowiedzialność. Lublin 1986 r.
16. Łepecka – Klusek C. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wyd. Czelej., Lublin 2003.
17. M.Obara ., A. Warenik – Szymankiewicz., Z. Słomko., *Metody i środki planowania rodziny*, w: *Ginekologia: podręcznik dla lekarzy i studentów*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1997.
18. J. Rötzer., *Sztuka Planowania Rodziny*, Vocatio. Warszawa 2005.
19. M. Troszyński (red). *Naturalne Planowanie Rodziny. Podręcznik dla nauczycieli naturalnego planowania rodziny*. Warszawa 2006 r.

### **3.5. Wsparcie społeczne, jako postawa potencjału pomocowego**

Idea wsparcia społecznego wydaje się wyrastać z wyczerpania czy raczej poczucia niewystarczalności charytatywno – dobroczynnych form pomocy. Zatem jej podstaw należy upatrywać, z jednej strony, w postawach altruistycznych, które obecne były w działaniach charytatywno – dobroczynnych, z drugiej zaś, w podejściu humanistyczno – terapeutycznym. Oznacza to, iż wsparcie społeczne nie tyle kwestionuje oddziaływania trwale obecne w moralnym potencjale pomocowym społeczeństw, ale na ich bazie buduje nowoczesne, społeczne ujęcie, jakim jest autentyczne i systemowo rozumiane wsparcie. Pojęcie wsparcia społecznego nie jest jednoznaczne, i może być różnie rozumiane, a co gorsza czasami bywa nieprecyzyjnie definiowane [1]. Ogólnie wsparcie społeczne można zdefiniować na cztery sposoby, z których pierwsza definicja określa je jako pomoc dostępną dla jednostek lub grup uzyskiwaną w sposób ustawiczny podczas codziennych interakcji z innymi członkami społeczeństwa między dawcą a biorcą. Druga definicja wskazuje na to, iż wsparcie społeczne polega na oferowaniu konkretnej pomocy i rady przez „znaczących innych”, którzy zgłaszają gotowość do współdziałania na rzecz potrzebujących jednostek lub grup. Trzecie zaś ujęcie wsparcia społecznego wskazuje na to, iż jest ono specyficzną interakcją społeczną podejmowaną przez osoby w trudnej sytuacji, która to interakcja odbywa się w toku wymiany emocji, informacji, dóbr i działań. Z oczywistych powodów taka perspektywa, jest szczególnie uwzględniana w refleksji socjologicznej, gdyż udzielanie pomocy postrzegane jest jako pozytywny efekt więzi społecznych, poczucia wspólnoty i sił społecznych charakteryzujących daną grupę. W reszcie czwarty sposób rozumienie wsparcia społecznego nawiązuje bezpośrednio do wykazywania postaw altruistycznych i w tym kontekście oznacza nawiązywanie pozytywnych interakcji w kontekście międzyludzkiej pomocniczości [2].

Czynnikami składowymi wsparcia społecznego są, po pierwsze, sieć społeczna człowieka, a więc powiązania z innymi ludźmi, po drugie, cechy osobowości człowieka, do których zalicza się sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach, sposoby rozwiązywania problemów, łatwość nawiązywania i utrzymywania kontaktów, poziom społecznego

niepokoję, zdolność do efektywnego pełnienia ról społecznych, czy umiejętność odczytywania znaczeń społecznych. Wsparcie społeczne staje się niezbędne w różnego rodzaju sytuacjach generujących swoiste bariery, a zatem w sytuacjach problemowych, kryzysowych, konfliktowych, stresowych, nagłego wypadku czy też zadaniowych [2].

W odniesieniu do ujmowania wsparcia społecznego jako interakcji należy wyróżnić ich rodzaje, a mianowicie można mówić o interakcjach człowiek – człowiek (członkowie rodziny, sąsiedzi, rówieśnicy itd.), interakcjach człowiek – grupa (rodzina, grupy religijne, polityczne, organizacje itd.), interakcjach człowiek – instytucje (występuje tu kontekst masowości, bezosobowości) oraz interakcjach człowiek – rzesze, układy (miasta, wsie, regiony etniczne czy kulturowe). Biorąc pod uwagę typ więzi łączących wspierającego i wspieranego R. Kalma i A. Antonucci wyróżnili trzy podstawowe źródła, kręgi społecznego zabezpieczenia. I tak najwięcej wsparcia udzielają współmałżonkowie, rodzi i przyjaciele, w dalszej kolejności, czyli osoby najbliższe, które w większości przypadków są głównym źródłem funkcjonalnego i strukturalnego wsparcia jednostek, znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. W tym kręgu wsparcia pomoc jest określana jako znaczna, choć nie tak niezawodna, jak w przypadku pierwszego źródła pomocy. Trzeci krąg wsparcia związany jest z sąsiadami, dalszymi krewnymi, profesjonalistami, instytucjami, programami, w odniesieniu do którego biorca pomocy uzyskuje jej stosunkowo niewiele. Czwarty zaś krąg związany jest ze wsparciem związanym z funkcjonowaniem biorcy pomocy w grupach samopomocowych, a więc wśród osób, które przezywają podobny rodzaj problemów, posiadających podobne doświadczenia [2].

Wyodrębnia się dwie podstawowe formy działań pomocowych, a mianowicie wsparcie profesjonalne o charakterze instytucjonalnym, jakie instytucje społeczne świadczą na rzecz osób i grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji życiowej [2], nazywane również wsparciem formalnym [1] oraz wsparcie naturalne (nieprofesjonalnego). Należy podkreślić, iż oba rodzaje pomocy mogą okazać się równie skuteczne, a wręcz wsparcie wynikające z osobistych więzi i relacji - czyli to udzielane przez osoby bliskie i rzadko posiadające profesjonalne kwalifikacje w zakresie pomocy społecznej, przez wielu badaczy uważane jest za istotniejsze, między innymi ze względu na takie cechy wsparcia naturalnego jak autentyczność, wzajemność czy niski poziom sformalizowania relacji. Często też w dwojaki sposób określa się charakter wsparcia społecznego, tzn. jako strukturalne lub funkcjonalne. Wsparcie strukturalne to sieć wsparcia społecznego, rozumiana jako zasoby stanowiące

ewentualne źródło pomocy, z których jednostka może potencjalnie skorzystać, zaś wsparcie funkcjonalne to rodzaj interakcji społecznych, które zostały podjęte w sytuacji kryzysowej. Tak więc mówiąc o wsparciu strukturalnym mówi się o możliwościach, z jakich może skorzystać jednostka bądź grupa, natomiast wsparcie funkcjonalne to konkretne działania, które zostały podjęte i które stanowią treść wsparcia.

Cele udzielanego wsparcia można podzielić na motywacyjne, wyzwajające, przygotowawcze, zabezpieczające. Wsparcie społeczne zmierzające do ukształtowania motywacji polega na przekonaniu jednostki lub grupy, co do możliwości wyboru własnej ścieżki życiowej, a więc polega na przywróceniu samosteroowności życiowej i ukształtowaniu poczucia własnej, osobowej wartości. Wsparcie społeczne akcentujące element działania wyzwajający dotyczy udzielenia „schronienia” pozwalającego na aktywizację, w tym również zasobów samopomocowych. Owa aktywizacja ma być związana z regeneracją, i mobilizowaniem sił, które to elementy związane są z aktywowaniem potencjału pozwalającego na samodzielne radzenie sobie z sytuacją w jakiej znalazł się biorca wsparcia. Przygotowawczy cel wsparcia odnosi się do wyposażenia biorcy w kompetencje, które stanowią rezerwuar niezbędnych umiejętności radzenia sobie w codziennej egzystencji. Natomiast zabezpieczenie oferowane w ramach wsparcia społecznego ma na celu przekazanie zasobów i zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych. W związku z wymienionymi celami wsparcia społecznego należy stwierdzić, iż jego istotą jest usprawnienie i kompensacja, nie zaś wyręczanie biorcy pomocy. Warunkami zaś efektywności wsparcia jest trafność uzyskanej pomocy w odniesieniu do pomocy oczekiwanej, z drugiej strony, a więc chodzi o uzyskanie odpowiedniości między rodzajem wsparcia a potrzebami wymagającymi zaspokojenia [2].

Wsparcie społeczne można podzielić ze względu na jego specyfikę na ratownicze, profilaktyczne, terapeutyczne, socjalne i usługowe. Zgodnie ze zróżnicowaniem specyfiki można również mówić o odmiennych rodzajach wsparcia, a mianowicie informacyjnym (dostarczanie informacji), emocjonalnym/wartościującym („duchowe” wsparcie), instrumentalnym: materialne (tradycyjne formy udzielania pomocy finansowej) /świadczenie usług (pomoc w wykonywaniu konkretnych czynności) / wsparcie w rozwoju (wyrównywanie szans) [2].

W związku z powyższym, można stwierdzić, iż jednym z istotnych elementów społecznej egzystencji jest możliwość udzielania i korzystania ze wsparcia społecznego. Jak

się wydaje, szczególnie ważne jest wsparcie społeczne oferowane rodzinie, która jako jeden z elementów systemu społecznego, w sytuacji poważnych trudności, powinno móc liczyć na pomoc ze strony innych osób, grup bądź instytucji społecznych. Wsparcie instytucjonalne (profesjonalne, specjalistyczne) należy traktować jako specyficzną formę pomocy kierowaną do rodzin długotrwale dysfunkcyjnych, której kształt i charakter w znacznej mierze wyznacza Ustawa o pomocy społecznej z 1990 roku oraz jej późniejsze nowelizacje. Podstawowym celem działań pomocowych państwa, określonych w ustawie jest „umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia” [3]. Do podstawowych instytucji realizujących wyznaczone przez ustawodawcę cele należą Miejskie i Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej oraz Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, wspierane przez inne instytucje i organizacje najczęściej o charakterze lokalnym, których działalność częściowo lub całkowicie finansowana jest ze środków publicznych.

Działania instytucjonalne świadczone na rzecz rodziny dysfunkcyjnej można podzielić na dwie podstawowe kategorie, a mianowicie na wsparcie materialne (pomoc i opieka socjalna) oraz wsparcie instrumentalne – realizowane w ramach aktywnej pracy socjalnej z rodziną (kontrakty socjalne), której głównym celem jest przywrócenie lub osiągnięcie samodzielności funkcjonalnej. W ramach wsparcia instrumentalnego należy wyróżnić takie działania, a co za tym idzie takie rodzaje wsparcia, jak wsparcie emocjonalne (terapia), wsparcie informacyjne (edukacja, poradnictwo) oraz wsparcie wartościujące (diagnoza deficytów i mocnych stron rodziny).

Należy podkreślić, iż osoba lub rodzina korzystająca ze zinstytucjonalizowanych form wsparcia, zobowiązana jest do współpracy z pracownikami instytucji pomocowych, w celu wspólnego rozwiązania problemu. O ile postulat mówiący o aktywizacji klientów instytucji pomocowych jest trudny do zastosowania w przypadku takich działań z zakresu pomocy społecznej, które ograniczają się jedynie do dystrybucji świadczeń socjalnych na rzecz rodziny znajdującej się w trudnej sytuacji ekonomiczno - bytowej (zasiłki, wsparcie materialne), to mogą i powinny być realizowane w ramach indywidualnej pracy z rodziną dysfunkcyjną [4].

Trwałym efektem działań wspierających – zwłaszcza tych utożsamianych z pracą socjalną lub terapią rodzin, powinno być ukształtowanie postawy aktywnej, a także

wyposażenie tak dzieci, jak i dorosłych członków rodziny, w umiejętności instrumentalne przydatne w późniejszym funkcjonowaniu. W tym znaczeniu wsparcie społeczne łączy się z ideą samopomocy, rozumianej jako udział i współdecydowanie o formach, czasie trwania i zakresie otrzymywanej pomocy. W sytuacji, gdy pomoc udzielana jest bezwarunkowo, zastępując inne sposoby rozwiązywania problemów rodzinnych, zwłaszcza gdy sytuacja ta ma charakter częsty, albo gdy ogranicza swobodę decydowania o sobie i grupie pierwotnej, to taka sytuacja może prowadzić do uzależnienia jednostki lub grupy od otrzymywanego wsparcia oraz powodować realne obniżenie samodzielności u wspieranego. Problem braku współpracy i zaangażowania w wychodzenie z sytuacji trudnej jest szeroko dyskutowany przez środowiska pomocowe. Często przytaczanym wyjaśnieniem biernej postawy klientów pomocy społecznej obok tak zwanej „wyuczonej bezradności”, są braki kadrowe oraz niedostatki oferty pomocowej do aktualnych potrzeb. Wymienione problemy potwierdzają dane statystyczne, z których wynika, że w zdecydowanej większości przypadków (około trzy czwarte klientów pomocy społecznej w latach 1994-2005) wsparcie rodziny ogranicza się do pomocy materialnej lub świadczeń socjalnych [4].

Warto podkreślić, iż w krajach demokratycznych (dotyczy to również Polski) ważnym elementem systemu pomocy, niejako uzupełniającym i zasilającym ofertę instytucji publicznych są fundacje i organizacje pozarządowe (*non-governmental organizations*, NGO). Charakterystyczne dla tego typu aktywności społecznej jest dobrowolność uczestnictwa, korzystanie z pracy wolontariuszy oraz specyficzne warunki powstania wiążące się najczęściej z „oddolną inicjatywą obywatelską”, związaną z indywidualną percepcją problemów społecznych. Organizacje pozarządowe stanowią zróżnicowaną grupę tak pod względem form aktywności na rzecz rodziny (edukacyjne, charytatywne czy socjalne), jak i zasięgu działalności. Biorąc pod uwagę zasięg terytorialny można wyróżnić organizacje działające w ograniczonym środowisku lokalnym, ogólnopolskie (np. Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, CARITAS Polska) lub międzynarodowe (np. Czerwony Krzyż, Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Krzywdzeniu i Zaniedbywaniu Dzieci – ISPCAN) [5].

Zmiany społeczno – ekonomiczne zachodzące w Polsce od 1989 roku, przyczyniły się do wzmożonej samoorganizacji w ramach tzw. trzeciego sektora. Często stosowane zamiennie określenia „trzeci sektor” oraz „sektor *non – profit*” oznaczają różne formy instytucjonalnej działalności realizowanej w myśl idei społeczeństwa obywatelskiego, obejmujące takie rodzaje samoorganizacji społecznej jak: organizacje pozarządowe, stowarzyszenia, fundacje,

kluby, wspólnoty obywatelskie itp. Określenie „trzeci sektor” odnosi się do podziału działalności społeczno – gospodarczej, charakterystycznej dla nowoczesnych państw demokratycznych, na trzy podstawowe sektory: administrację publiczną (sektor państwowy), instytucje i organizacje nastawione na maksymalizację zysków (sektor prywatny) oraz prywatne organizacje działające społecznie (organizacje pozarządowe). Natomiast określenie „sektor *non – profit*” podkreśla inną cechę charakteryzującą organizacje pozarządowe, odróżniającą je zwłaszcza od sektora prywatnego, czyli nie osiąganie zysków ze swojej działalności. Inne nazwy również odnoszące się do niematerialnych efektów działalności trzeciego sektora to organizacje pożytku publicznego oraz organizacje użyteczności publicznej. Do najważniejszych tendencji charakteryzujących rozwój organizacji pozarządowych w ostatnich latach można zaliczyć: dynamiczny przyrost liczby fundacji i organizacji działających na rzecz rodziny, rozszerzenie oferty pomocowej kierowanej do różnych grup społecznych oraz zróżnicowanie sieci organizacji w układzie terytorialnym [6].

Organizacje pozarządowe można uznać za jeden z elementów systemu wsparcia rodziny dysfunkcyjnej, których zadaniem jest uzupełnianie, wspieranie i współpraca z lokalnymi i państwowymi instytucjami w celu stworzenia spójnego, adekwatnego i elastycznego systemu wsparcia, działającego na rzecz rodziny problemowej. Należy nadmienić, iż niejednokrotnie działalność organizacji pożytku publicznego częściowo finansowana jest z rządowych lub samorządowych środków publicznych, bądź też z środków strukturalnych Unii Europejskiej. Przykładowo badania wskazują, iż w 2007 roku środki publiczne (krajowe lub europejskie) stanowiły główne źródło finansowania dla około 40% organizacji pozarządowych, działających na terenie Polski [7]. Zależność finansowa części spośród organizacji *non – profit* od środków publicznych budzi pewne wątpliwości. Mianowicie wydaje się, iż optymalną formą współpracy między instytucjami publicznymi a organizacjami pozarządowymi w celu tworzenia wspólnego systemu wsparcia jest partnerstwo, które to powinno opierać się na otwartości, dążeniu do konsensu wypracowanego w procesie negocjacji. Jednak w sytuacji, gdy organizacje po to, aby przetrwać zmuszone są do podporządkowania się zbiurokratyzowanym mechanizmom dystrybucji środków finansowych, to relacja wypracowywania konsensusu w zakresie współdziałania na rzecz rodziny bardziej niż partnerstwo, nosi znamiona zależności paternalistyczno – rozdzielczej [8]. Pytania dotyczące realnej współpracy międzysektorowej oraz wpływ ewentualnych nieprawidłowości lub wręcz rywalizacji między poszczególnymi

elementami systemu wsparcia, na realizację celu nadrzędnego – czyli pomoc **rodzinie** dysfunkcyjnej, wydaje się być istotnym problemem badawczym, zwłaszcza jeżeli założy się, iż dla optymalizacji systemu wsparcia, w tym dla tworzenia nowych form współdziałania z rodziną, konieczne jest współwystępowanie obu sektorów (publicznego i prywatnego). Warto zauważyć, pewien paradoks, mianowicie sygnalizowane słabości i ograniczenia sektora publicznego, działają motywująco na sektor prywatny, który w ramach realizacji idei samoorganizacji społecznej, tworzy nowe instytucje i organizacje zaspokajające te potrzeby, które państwo zaniedbuje. Nawiązując do definicji wsparcia społecznego jako profesjonalnych lub nieformalnych interakcji społecznych, należy omówić pojęcie szeroko rozumianych grup wsparcia. W psychologii społecznej i w socjologii istnieje wiele definicji i teorii dotyczących grup i ich działań. Słownikowo opisuje się grupę jako zbiór jednostek, pozostających ze sobą w interakcji, łączących wspólny cel i normy, mających poczucie odróżniania się od osób będących na zewnątrz grupy [9]. Liebermann definiuje pomagające grupy jako „małe, spotykające się twarzą w twarz, interakcyjne zespoły” ludzi znajdujących się w stresującej sytuacji. Grupy te są prowadzone przez profesjonalistów lub nieprofesjonalistów. W grupie członkowie spotykają się, gdyż chcą uzyskać pomoc. Dzielenie się swoimi problemami, szczególnie więź, stwarza szansę uzyskania wsparcia, akceptacji i możliwość wyrażenia emocji takich jak złość, ból, strach i smutek. Wzajemne interakcje pomiędzy uczestnikami grupy silnie oddziałują na zmianę postrzegania swojej trudnej sytuacji, uczą nowego sposobu myślenia o swoim problemie [10].

Vingradov i Yalom podkreślają wagę relacji międzyludzkich i płynącego z niej wsparcia jako silnego czynnika terapeutycznego [11]. Badania nad wsparciem społecznym wskazują jego dużą rolę w zmniejszaniu negatywnych skutków traumatycznych wydarzeń. Efektywność i skuteczność pomocy udzielanej przez osoby z podobnymi problemami lub przez profesjonalistów jest znacznie większa niż pomoc osób z najbliższego otoczenia [12].

W systemie ochrony zdrowia istnieje wiele różnorodnych grup pomocy dla potrzebujących. Nierzadko terminologia tych grup powoduje nieporozumienia. W literaturze istnieją różne klasyfikacje grup. Schoenholtz – Read klasyfikuje grupy w następujących kategoriach [13]:

*1. Grupy psychoterapeutyczne dla rozwiązywania poważnych problemów:*

a. programy grupowe dla pacjentów oddziałów zamkniętych, którym zajęcia grupowe proponowane są, jako jedna z form pomocy w diagnozach: ostrych zaburzeń



psychiatrycznych; chronicznych zaburzeń psychicznych; uzależnień od narkotyków lub alkoholu.

b. częściowa hospitalizacja zawiera także elementy grupowych zajęć terapeutycznych i korzystają z nich m. in.: tradycyjna dzienna hospitalizacja; innowacyjne leczenie dzienne; leczenie prowadzone częściowo w domu częściowo w szpitalu; grupy dla osób przyjmujących leki psychiatryczne.

2. *Grupy psychoterapeutyczne dla rozwiązywania niewielkich i umiarkowanych problemów*: grupy ambulatoryjne (np.: ogólne grupy krótkoterminowe; specjalne grupy krótkoterminowe; ogólne grupy długoterminowe; grupy dla osób uzależnionych); grupy dla osób z problemami medycznymi; grupy interwencji kryzysowej;

3. *Grupy „inne niż psychoterapeutyczne”*: grupy wsparcia (ogólne i specjalne); grupy wsparcia prowadzone przez współuczestników; grupy Dwunastu Kroków; profesjonalne grupy wsparcia.

*Grupy psychoterapeutyczne.* Lata 40 XX wieku stanowią początek stosowania terapii grupowej. Od tego czasu zaszło wiele modyfikacji w praktyce klinicznej. Terapia grupowa również dostosowała się do tych zmian. Pojawiły się nowe kliniczne jednostki chorobowe, ujęcia teoretyczne oraz dostosowane do nich nowe ujęcia terapii grupowej.

Obecnie system zarządzania służbą zdrowia traktuje terapię grupową jako formę leczenia. Terapia grupowa jest bardzo skuteczną formą psychoterapii, nie ustępując korzystnym efektom terapii indywidualnej. Podstawową formą terapii grupowej jest otwarta, długoterminowa terapia ambulatoryjna. Ta forma terapii jest gruntownie poznana, posiada bogatą literaturę naukową. Obecnie krótkoterminowe grupy terapeutyczne, ukierunkowane na konkretny problem, są coraz powszechniejsze. Istnieją grupy ukierunkowane m.in. na: zaburzenia lękowe z napadami paniki, profilaktykę nawrotów depresji, zaburzenia odżywiania, grupy wsparcia dla pacjentów z chorobą nowotworową, HIV/AIDS, reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane [14].

Grupy psychoterapeutyczne mogą różnić się względem siebie nie tylko podstawowym problemem, ale także rodzajem stosowanych interwencji grupowych. System przekonań klinicysty prowadzącego psychoterapię dotyczący źródeł zaburzenia i środków leczących te zaburzenie, wpływa na kształt grupowej interwencji. Psychoterapeuta może prezentować

podejście poznawczo – behawioralne, psychoedukacyjne, interpersonalne, Gestalt, wspierająco – ekspresyjne, psychoanalityczne, dynamiczno – interakcyjne, psychodramę i wiele innych. Istnieją jednak również podobieństwa między tymi różnorodnymi podejściami. Rzeczywiste mechanizmy wywoływania zmiany u pacjenta, w różnych formach terapii grupowej są podobne. Yalom określa je jako „czynniki terapeutyczne”. Czynniki te są współzależne od siebie, nie występują osobno. Reprezentują różne części procesu zmiany. Niektóre z nich działają na poziomie poznania (np. rozumienie siebie), niektóre na poziomie zmiany behawioralnej (np. rozwój umiejętności społecznych), inne na poziomie emocji (katharsis); jeszcze inne na poziomie wstępnym (np. spójność) [15]

Grupy psychoterapeutyczne zostały szczegółowo opisane m.in. przez Schoenholtz – Read, który wymienia elementy składowe takiej grupy oraz oczekiwania uczestników od tego rodzaju działań [13]:

a. oczekiwania uczestników:

- potrzeba profesjonalnych ram pracy;
- akceptacja kontraktu grupowego jako części procesu terapeutycznego;
- chęć zbadania wzorców zachowań przez grupowe i indywidualne interakcje

b. czynniki związane z terapeutą i kontekstem:

- profesjonalnie wyszkoleni prowadzący;
- kontrakt dotyczący pracy w pewnych warunkach;
- zrozumiałe cele i techniki terapeutyczne
- interwencje podbudowane teoretycznie;
- wykorzystanie grupy jako mikrokosmosu;
- specyficzne kryteria diagnozy i włączania do grupy;
- umiejętności członków grupy jako kryterium doboru
- rozwój i wzmacnianie norm grupowych.

*Grupy inne niż psychoterapeutyczne.* Grupy „inne niż psychoterapeutyczne” mogą wspomagać członków grup psychoterapeutycznych na różnych etapach procesu leczenia: w fazie poprzedzającej terapię (rozwijając świadomość problemu uczestnika); w fazie terapii indywidualnej i grupowej (uzupełniając i wzmacniając proces terapeutyczny); w fazie utrzymywania poprawy (wspierając osiągnięte zmiany). Przykłady grup „innych niż psychoterapeutyczne”:

a. grupy wsparcia: dla osób adoptowanych; dla chorych na AIDS; dla dyslektyków; dla homoseksualistów i lesbijek; dla kobiet maltretowanych; dla osób z uzależnieniem; dla rodziców nastolatków; dla osób rzucających palenie; dla rodziców adoptowanych dzieci; dla osób z artretyzmem; dla osób z chorobą Alzheimera; dla osób z zaburzeniami łaknienia, itd.

b. grupy samopomocy: dla cierpiących na bulimię i anoreksję; dla osób samotnie wychowujących dzieci;

c. grupy Dwunastu Kroków: Anonimowi Alkoholicy; Anonimowi Dłużnicy; Anonimowi Objadający się; Anonimowi Pracoholicy; Anonimowi Uzależnieni od Seksu;

d. grupy psychoedukacyjne: dla osób z chorobą serca; dla osób pracujących nad rozwojem osobistym; dla rodziców; dla osób rozwiedzionych.

Oczekiwania członków oraz forma prowadzenia takich grupy są odmienne od założeń funkcjonowania grup psychoterapeutycznych. Grupy „inne niż psychoterapeutyczne” można opisać następująco:

1. Oczekiwania uczestników:

- chęć uczestniczenia bez profesjonalnego prowadzenia;
- potrzeba i pragnienie uzyskania wsparcia, a nie intensywnego badania zachowa;
- obecność i opłaty mogą być dowolne lub zmienne;

2. Czynniki związane z prowadzącym i kontekstem:

- prowadzenie nieprofesjonalne lub przez współuczestnika;
- brak formalnego kontraktu grupowego; nacisk na nieformalne zobowiązanie do udziału;
- mniej klarowne zdefiniowane granice uczestnik – prowadzący;

- nacisk na wsparcie społeczne i stosowanie raczej pragmatycznych interwencji niż interwencji opartych na teorii;
- niewielkie przywiązanie wagi do procesu grupowego jako całości i interakcji interpersonalnych;
- wejście do grupy na podstawie własnej identyfikacji z problemem lub danym tematem;
- przyjęcie wszystkich osób, które chcą uczestniczyć;
- zróżnicowane wzmacnianie norm.

Różnorodność działań grup nie będących psychoterapeutycznymi wymaga osobnego opracowania, które nie mieści się w ramach tego omówienia. Spośród wielu działań grupowych zostanie omówiona poniżej praca grupy wsparcia, najbardziej powszechna z form używanych w placówkach ochrony zdrowia [13].

*Grupy wsparcia.* Rodzajem „grupy innej niż psychoterapeutyczne” jest grupa wsparcia. L. H. Levy definiuje grupę wsparcia jako „grupę równoprawnych uczestników spotykających się w celu wzajemnego zapewnienia pomocy i oparcia w radzeniu sobie z własnymi problemami, w udoskonalaniu swojego psychologicznego funkcjonowania i zwiększaniu skuteczności własnych działań; przy czym źródłem tej pomocy jest wzajemny wysiłek, umiejętności i wiedza członków, często o podobnych kolejach losu i doświadczeniach życiowych.”

W nazewnictwie różnych form pomocy grupowej powstają często nieporozumienia. Nierzadko grupą wsparcia określa się spotkania dla pacjentów zgłaszających podobny problem, które są prowadzone przez psychologów, terapeutów, przez nich zaplanowane i określone w czasie. Takie nazewnictwo jest uzasadnione tylko wówczas, gdy prowadzący grupę wsparcia psycholog lub terapeuta uczestniczy w zajęciach na równi ze wszystkimi uczestnikami, a jego osobiste doświadczenia pozwalają na utożsamianie się z grupą wsparcia.

W grupach wsparcia uczestniczą osoby, których łączy ten sam problem np.: (Osipczuk, 2004):

- problem zdrowotny, niepełnosprawność (np. grupy wsparcia dla chorych: na raka, cukrzycę, depresję, po amputacji piersi, niewidomych, itd.),

- podobne trudności życiowe (np. grupy wsparcia dla osób: przeżywających żałobę, kobiet samotnie wychowujących dzieci, Dorosłe Dzieci Alkoholików, opiekujących się przewlekle chorym, itd.)
- uzależnienie (np. Anonimowi Alkoholicy, Anonimowi Narkomani, Anonimowi Hazardziści, itd.)
- traumatyczne przeżycie (grupy wsparcia dla ofiar przemocy, dla ofiar gwałtu, dla ocalałych z wypadków, itd.).

Badania wskazują, że czynnikami pozytywnie wpływającymi na zmianę odczuwania i rozumienia problemu przez uczestnika grupy są: *feedback* interpersonalny i odkrywanie siebie [16], „nadzieja” na osiągnięcie wspólnego celu, „uniwersalizm” czyli odkrycie, że inni mają podobne problemy oraz „altruizm” czyli wzajemne pomaganie sobie uczestników grupy [17]. Uczestnictwo w grupie wsparcia może przywrócić poczucie bezpieczeństwa, odbudować zaburzone relacje z innymi czy przezwyciężyć izolację [12].

Osobami prowadzącymi grupy „inne niż psychoterapeutyczne” w tym grupy wsparcia, są zazwyczaj wolontariusze lub nieprofesjoniści przygotowani do takiej formy pracy przez pracowników służby zdrowia. Pracownicy służby zdrowia mogą pełnić ważną rolę w inicjowaniu lub organizowaniu grup wsparcia. Mogą służyć konsultacjami osobie prowadzącej lub członkom grup wsparcia, kształcić organizatorów grup wsparcia lub członków tych grup w zakresie samodzielnego pomagania sobie.

W grupach wsparcia wyróżnia się podział na pracę z osobami prowadzącymi, a także grupy samopomocowe, organizowane i prowadzone przez samych pacjentów, ich rodziny, albo rodziny pogrążone w żałobie. Konkretnym przykładem grupy wsparcia są grupy towarzyszenia w żałobie. W przypadku rodziców, którzy utracili dziecko w większości są to grupy samopomocowe, natomiast w przypadku osób dorosłych i starszych są to zajęcia prowadzone przez psychologa, albo przez inne osoby przeszkolone do tego rodzaju pomocy. Fundacja Hospicyjna prowadzi szkolenia dla pracowników i wolontariuszy hospicyjnych, którzy po ich ukończeniu mogą pełnić funkcję osób koordynujących prace grupy wsparcia dla osób w żałobie [18]. W podobny sposób działa wiele innych grup wsparcia, organizowanych i prowadzonych przez pacjentów, we współpracy z psychologiem lub terapeutą (amazonki – nowotwór piersi, gladiatorzy-nowotwór prostaty, itp.).

Każda z form grupowej pomocy jest szansą na dotarcie i wsparcie pacjentów w trudnym procesie zmagania się z chorobą, rekonwalescencją, oczekiwaniem na rozwój choroby i zmaganie się z jej rozwojem. W miarę możliwości, szczególnie w tych sektorach ochrony zdrowia, którym towarzyszy duże obciążenie emocjonalne pacjentów należy tworzyć i wspomagać grupy wsparcia dla pacjentów i ich rodzin.

1. D. Kubacka – Jasiecka, Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysie psychologicznym, Warszawa 2010.
2. *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, (red.) Z. Palak, Z. Bartkiewicz, Lublin 2004
3. Art. 1.1, Ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r. (Dz.U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414.)
4. D. Trawkowska, Niewidoczna czy nieistniejąca? Praca socjalna z rodziną w pomocy społecznej, (w:) *Rodzina jako środowisko pracy socjalnej. Teoria i praktyka*, (red.) B. Matyjas, J. Biała, Kielce 2007.
5. B. Krajewska, *Instytucje wsparcia dziecka i rodziny. Zagadnienia podstawowe*, Kraków 2009.
6. M. Winiarski, Stowarzyszenie społeczne, (W:) *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, (red.) D. Lalak, T. Pilch, Warszawa 1999.
7. M. Gumkowska, J. Herbst, P. Radecki, *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych. Raport z 2008 roku*, Fundacja Klon/Jawor.
8. P. Marciniak, Ostrożne partnerstwo. Monitoring relacji między samorządem wojewódzkim a organizacjami samorządowymi. (w:) *Samoorganizacja społeczeństwa polskiego: trzeci sektor*, (red.) P. Gliński, B. Lewenstein, A. Siciński, Warszawa 2002.
9. A. S. Reber, E. S. reber, Słownik psychologii, Scholar, Warszawa, 2008.
10. M. A. Lieberman, A group therapist perspective on self help groups, [w]: M. Seligman, L. E. Marshak (red.), *group psychotherapy: Interventions with special populations*, Allyn & Bacon, Needham heights, 1990.
11. S. Vinogradov, I. D. Yalom, *A concise guide to group psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington, 1989.
12. W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie – interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2000.
13. J. Schoenholtz – Read, Wybór interwencji grupowej, [w]: H. S. Bernard, K. R. MacKenzie (red.), *Podstawy terapii grupowej*, GWP, Gdańsk, 2001.
14. B. Tryjarska, *Psychoterapia grupowa*, [w]: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia praktyka. Podręcznik akademicki*, Enetia, Warszawa, 2006.
15. I. D. Yalom, M. Leszcz, *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2006.
16. R. R. Dies, *Research on group psychotherapy: An overview and clinical applications*, [w]: A. Alonso, H. I. Swiller (red.), *Group therapy in clinical practice*, American Psychiatric Press, Washington, 1993.
17. I. D. Yalom, *The theory and practice of group psychotherapy*, Basic Books, New York, 1985.
18. P. Krakowiak, *Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i osób w żałobie*, Via Medica, Gdańsk, 2007.

### 3.6. Pomoc społeczna - instytucjonalna perspektywa potencjału pomocowego

→ **Pomoc społeczna** stanowi formę realizacji idei zabezpieczenia społecznego. Idea ta polega na zaspokajaniu przez państwo podstawowych potrzeb życiowych tych obywateli, którzy nie są w stanie uczynić tego samodzielnie. Obecnie pomoc społeczną definiuje ustawa z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm.; szeroko o ustawie zob. [1, 2]) jako instytucję polityki społecznej państwa mającą na celu:

- umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości,
- zapobieganie takim sytuacjom przez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem.

Niekiedy pomoc społeczną rozumie się szerzej – nie tylko jako instytucję uregulowaną w ustawie o pomocy społecznej i aktach wykonawczych do niej, ale jako ogół instytucji poświęconych zaspokajaniu potrzeb osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, np. systemy: dodatków mieszkaniowych, świadczeń rodzinnych, renty socjalnej, przeciwdziałania uzależnieniom czy promocji zatrudnienia [3, 4].

Pomoc społeczna w ścisłym sensie jest ostatnią możliwością wsparcia jednostki przez państwo – jest ona udzielana wówczas, gdy system ubezpieczeń społecznych oraz inne systemy wsparcia w ramach zabezpieczenia społecznego nie zapobiegą wystąpieniu trudnej sytuacji życiowej. Pomoc społeczna ma zatem charakter uzupełniający.

Zanim pomoc społeczna stała się instytucją państwową, podstawowe zadania przed nią stawiane były wypełniane przez podmioty prywatne lub wspólnoty religijne kierujące się poczuciem miłosierdzia (dobroczynność prywatna). W czasach nowożytnych w działania te zaczęły włączać się aparaty administracyjne państw, nadając dobroczynności charakter publiczny. W XIX w. działania te powszechnie przybierały charakter regularny, zorganizowany i obowiązkowy, a przesłanką ich stosowania stało się poczucie obowiązku

ratowania obywateli danego państwa. Działania takie, których zasadniczym elementem była pomoc w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób niebędących w stanie uczynić tego samodzielnie, nazywa się obecnie opieką społeczną (szerzej o historycznych uwarunkowaniach pomocy społecznej [3]. W odróżnieniu od opieki społecznej, pomoc społeczna obejmuje ponadto działania zmierzające do wyjścia z trudnej sytuacji życiowej [4]. Pomoc społeczna jest zatem skierowana także na aktywizację beneficjenta, a nie tylko – jak opieka społeczna – na jego protekcję [3].

Na gruncie obecnej regulacji prawnej pomoc społeczna polega w szczególności na przyznawaniu i wykonywaniu przewidzianych ustawą świadczeń pieniężnych (np. zasiłki stałe, okresowe i celowe, pożyczki, finansowanie nauki języka polskiego w przypadku cudzoziemców) i niepieniężnych (np. pracy socjalnej, schronienia, posiłków, poradnictwa specjalistycznego, pobytu i opieki w domu pomocy społecznej), prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej, analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej, realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych oraz na rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

Ogólnym celem pomocy społecznej jest zatem wspieranie osób i rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwianie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych), braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze, trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej. Ponieważ katalog ten nie jest zamknięty, możliwe jest udzielenie pomocy społecznej także z innego istotnego powodu.



Prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej przysługuje wyłącznie osobom i rodzinom, których dochody nie przekraczają aktualnych limitów ustalonych przepisami prawa. Osoby i rodziny korzystające z pomocy społecznej są przy tym obowiązane do współdziałania w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej. Brak współpracy może stanowić podstawę odmowy udzielenia pomocy lub jej wstrzymania. Te same skutki (uzupełnione o możliwość ograniczenia świadczeń pomocy) wywołuje stwierdzenie marnotrawienia przyznanych świadczeń, ich celowego niszczenia lub korzystania w sposób niezgodny z przeznaczeniem, a także marnotrawienia własnych zasobów finansowych.

Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Obowiązek zapewnienia realizacji zadań pomocy społecznej spoczywa na jednostkach samorządu terytorialnego (gmina, powiat i województwo, wykonujące zarówno zadania własne, jak i – poza samorządem województwa – zlecone z zakresu administracji rządowej) oraz na organach administracji rządowej (w szczególności wojewodzie i ministrze właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, przy którym działa ponadto Rada Pomocy Społecznej jako organ opiniotawczo-doradczy). Organy administracji rządowej i samorządowej mogą ponadto zlecać realizację zadania z zakresu pomocy społecznej (udzielając jednocześnie dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania) podmiotom prowadzącym działalność pożytku publicznego w zakresie pomocy społecznej.

Podstawowymi jednostkami organizacyjnymi wykonującymi zadania pomocy społecznej w jednostkach samorządu terytorialnego są:

- w gminach – ośrodki pomocy społecznej zatrudniające wykwalifikowanych pracowników socjalnych,
- w powiatach – powiatowe centra pomocy rodzinie,
- w województwach – regionalne ośrodki polityki społecznej.

Gmina i powiat, obowiązane zgodnie z przepisami ustawy do wykonywania zadań pomocy społecznej (a także podmioty, którym jednostki samorządu terytorialnego zleciły realizację zadań), nie mogą odmówić pomocy osobie potrzebującej, mimo istniejącego

obowiązku osób fizycznych lub osób prawnych do zaspokajania jej niezbędnych potrzeb życiowych.

Przyznanie świadczeń z pomocy społecznej następuje, co do zasady, w formie decyzji administracyjnej w wyniku postępowania prowadzonego zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego z uwzględnieniem odmienności wprowadzonych ustawą o pomocy społecznej (na przykład ogólna zasada kierowania się przede wszystkim dobrem osób korzystających z pomocy społecznej i ochroną ich dóbr osobistych). Wydania decyzji administracyjnej nie wymaga udzielenie świadczeń w postaci interwencji kryzysowej, pracy socjalnej, poradnictwa, uczestnictwa w zajęciach klubu samopomocy, a także skierowanie do całodobowej placówki opiekuńczo-wychowawczej i przyznanie biletu kredytowanego.

Świadczenia z pomocy społecznej są udzielane albo na wniosek osoby zainteresowanej (także jej przedstawiciela ustawowego albo innej osoby, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego), albo z urzędu.

1. I. Sierpowska, *Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz*, Warszawa 2009.
2. W. Maciejko, P. Zaborniak, *Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz*, Warszawa 2008.
3. I. Sierpowska, *Prawo pomocy społecznej*, Warszawa 2008, s. 14 i n., 19, 39.
4. S. Nitecki, *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2008, s. 14, 30.

### **3.7. Socjoterapia**

Pojęcie socjoterapia należy zaliczyć do grupy pojęć niejednoznacznych i nieookreślonych, głównie za sprawą różnic interpretacyjnych charakterystycznych dla przedstawicieli dyscypliny na gruncie, której jest ono eksplorowane: psychiatrii, psychologii, psychoterapii oraz pedagogiki. Najwcześniej socjoterapia pojawiła się na gruncie psychiatrii jako działanie mające na celu niedopuszczenie do wyizolowania chorego z życia społecznego, a jeżeli już do tego doszło, to ponowne włączenie go do społeczeństwa [1]. W nurcie tym Krotchvil rozumie socjoterapię jako elementem terapii środowiskowej tzn. specyficznej organizacji środowiska społecznego, wspierającego psychoterapię osób z zaburzeniami psychicznymi [2]. Natomiast na gruncie pedagogicznym Strzemięcny określa zajęcia socjoterapeutyczne jako kreowanie takich doświadczeń społecznych, które umożliwiają

efektywną realizację celów życiowych dzieci i młodzieży [3]. Ponadto socjoterapię można traktować jako formę pomocy psychologicznej, korygującej doświadczenia urazowe, takie stanowisko wydaje się być charakterystyczne dla psychologów [2]. Godząc zaprezentowane interpretacje można uznać, iż socjoterapia łączy w sobie elementy psychoedukacji, profilaktyki zdrowotnej, terapii grupowej oraz treningu umiejętności społecznych i interpersonalnych. Obecnie oferta socjoterapeutyczna kierowana jest głównie do dzieci i młodzież szkolnej, przeżywającej problemy osobiste bądź trudności życiowe, które niekorzystnie wpływają na ich rozwój oraz zachowanie, dlatego też niniejsze opracowanie koncentruje się na pedagogiczno-psychologicznej interpretacji socjoterapii.

*Cele socjoterapii.* Głównym celem zajęć grupowych jest tworzenie sytuacji socjoterapeutycznych dostarczających nowych doświadczeń interpersonalnych i społecznych prowadzących do korekty lub wyeliminowania niepożądanych zachowanie dziecka [2,3]. Oczekiwanym efektem socjoterapii są więc zmiany w postawach oraz psych-społecznym funkcjonowaniu młodego człowieka. Dodatkowym, choć nie mniej ważnym, skutkiem socjoterapii jest możliwość stworzenia wspólnoty złożonej z rówieśników oraz osób dorosłych (socjoterapeutów). W ramach oddziaływań systemowych grupa może stanowić istotny element samoidentyfikacji dziecka oraz potencjalne źródło **wsparcia społecznego**. Grupa jest więc źródłem zmian, co u dzieci związane jest głównie z dominującym sposobem uczenia się w toku interakcji z innymi (obserwacja, powtarzanie, informacja zwrotna) [4]. Oznacza to, że członkowie grupy są zarazem podmiotem jak i przedmiotem zmiany.

Szczegółowe cele realizowane podczas zajęć socjoterapeutycznych można podzielić na trzy zasadnicze kategorie. Pierwszą grupę stanowią cele terapeutyczne. Udział w zajęciach ma bowiem dostarczać dzieciom i młodzieży doświadczeń korekcyjnych przeciwstawnych doznany urazom, oraz doświadczeń kompensacyjnych. Ponadto atmosfera panująca na zajęciach ma umożliwić rozładowanie napięć wynikających z negatywnych przeżyć emocjonalnych [2,3]. Owo odreagowanie emocjonalne stanowi ważny element zajęć i procesu terapeutycznego, gdyż umożliwia odblokowanie i ujawnianie emocji w bezpiecznym środowisku. Jest również okazją do nabywania empatii poprzez zapoznanie z punktem widzenia i przeżyciami innych członków grupy. Warto podkreślić, iż proces socjoterapeutyczny nie polega na ponownym przeżywaniu trudnych sytuacji życiowych, jak to ma miejsce w przypadku klasycznej terapii grupowej, ale na rozładowaniu ich skutków oraz dostarczeniu nowych pozytywnych emocji i wzmocnień [2]. Stany takie jak nieufność,

wrogość, przygaszenie, zniechęcenie, czy smutek mają zastąpić, bądź uzupełnić pozytywne przeżycia doświadczane w trakcie zajęć. Drugą grupę celów stanowią cele rozwojowe. Uczestnictwo w grupie ma ułatwić zaspokajanie potrzeb rozwojowych związanych między innymi z wiekiem uczestników zajęć. I tak u dzieci w wieku wczesnoszkolnym istotne są potrzeby związane z aktywnością ruchową, zabawą, zdobywaniem wiedzy, twórczości, ale również uzyskiwaniem wsparcia od dorosłych i udziałem w grupie rówieśniczej [5]. Natomiast w okresie dorastania dominuje potrzeba wyrażania siebie, aprobaty społecznej, jak również autonomii, intymności i niezależności [5]. Potrzeby rozwojowe należy uwzględnić na etapie projektowania zajęć, szczególnie zaś w doborze metod pracy z grupą. Cele edukacyjne, które stanowią trzecią grupę zadań socjoterapii, służą poszerzeniu wiedzy i nabywaniu nowych umiejętności intra i interpersonalnych. W ramach spotkań grupowych uczestnicy mają okazję do poszerzenia wiedzy o samym sobie i o innych osobach, uczą się rozpoznawania emocji, sposobów radzenia sobie ze stresem i frustracją, pokojowego rozwiązywania konfliktów, asertywności, szukania i korzystania ze wsparcia innych a także prawidłowego odgrywania ról społecznych np. ucznia, kolegi [2,6]. Realizacja wyżej wymienionych celów z jednej strony stanowi okazję do uporania się z trudną sytuacją życiową uczestników socjoterapii poprzez oddziaływanie lecznicze skoncentrowane na korekcie i kompensacji zachowań, z drugiej zaś poszerza umiejętności i doświadczenia społeczne.

*Podmiot działań socjoterapeutycznych.* Zajęcia socjoterapeutyczne, jak już zostało to zaznaczone, głównie kierowane są do dzieci i młodzieży szkolnej z zaburzeniami zachowań, emocjonalnymi i z innymi trudnościami negatywnie wpływającymi na ich rozwój i funkcjonowanie. Zakłada się, iż niepokojące zachowania nieletnich wiążą się z przeżywaniem przykrych emocji takich jak: lęk, poczucie winy, krzywda, niepokój, gniew, złość czy osamotnienie [2,3,6]. Przykre doświadczenia, jak również niemożność sprostania oczekiwaniom innych ludzi, niejednokrotnie wynikają z nieprawidłowości w obrębie środowiska społecznego. Dlatego też zajęcia socjoterapeutyczne kierowane są do dzieci i młodzieży doświadczających incydentalnych urazów (np. choroby bądź śmierci bliskiej osoby, wypadków, konfliktów z rówieśnikami), jak i do osób funkcjonujących w środowisku problemowym – dostarczającym permanentnych trudności. Głównym źródłem problemów dziecka może być nieprawidłowo funkcjonująca rodzina, dlatego też socjoterapia zalecana jest w pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych, dotkniętych przemocą, przestępczością,

poważnym kryzysem, czy niewydolnością opiekuńczo-wychowawczą [2,6]. Innym źródłem zaburzeń zachowania może być środowisko szkolne lub grupa rówieśnicza. Warto pamiętać, iż niezależnie od źródła trudnych przeżyć, negatywne doświadczenia mogą wpływać niekorzystnie na biologiczny, psychiczny lub społeczny rozwój dziecka i jako takie powinny spotkać się z działaniami wspierającymi i korygującymi. Ponadto zajęcia socjoterapeutyczne stanowią istotną okazję to obserwacji dziecka w celach diagnostycznych, w niektórych sytuacjach są więc pierwszym, ale nie jedynym źródłem specjalistycznego wsparcia.

*Zasady i metody pracy.* Do podstawowych wytycznych, którymi powinien kierować się socjoterapeuta w trakcie swojej pracy należą zasady: afiliacji, bliskiego kontaktu, otwartości oraz istnienia norm [1]. Zasada afiliacji polega na dostrzeganiu a następnie komunikowaniu pozytywnych dokonań, dobrych cech i zdolności drugiego człowieka, przy jednoczesnym ograniczaniu uwag krytycznych. Pozytywne wzmocnienia mają na celu korektę obrazu samego siebie oraz budują właściwą atmosferę akceptacji i zaufania. Jednakże należy pamiętać, iż na oczekiwane zmiany w postrzeganiu siebie, innych ludzi czy zadań niejednokrotnie trzeba cierpliwie czekać, gdyż zmiana może następować wolno [3]. Zasada mówiąca o nawiązaniu bliskiego i osobistego kontaktu między uczestnikami zajęć i socjoterapeutą ma fundamentalne znaczenie, tak dla prawidłowej diagnozy zaburzeń, jak i doboru działań terapeutycznych. Zadaniem terapeuty jest budowanie takiej grupy, w której każde dziecko czuje się ważne i niepomijane. Dorosły jest opiekunem i sprzymierzeńcem, dlatego też reprezentuje dziecko w kontaktach z innymi osobami dorosłymi np. rodzicami, nauczycielami. Natomiast zasada otwartości polega na przyjmowaniu i udzielaniu informacji, dzieleniu się doświadczeniami i wyrażaniu emocji [3]. Dzielenie się kłopotami i przeżyciami stwarza możliwość zespołowego rozwiązywania problemów, korzystania z wzajemny doświadczeń i budowania wspólnoty. Możliwość szczerego komunikowania się związana jest z poczuciem bezpieczeństwa i bliskości, umożliwia inne spojrzenie na własne problemy, a co za tym idzie zmianę sądów poznawczych. Z kolei zasada istnienia norm przede wszystkim na charakter organizacyjny, mianowicie polega ona na ustaleniu a następnie przestrzeganiu zasad panujących w trakcie zajęć. Normy wprowadzane są po omówieniu ich z uczestnikami zajęć, tak aby były one dla nich zrozumiałe i przez nich zaakceptowane. Zasady obowiązują wszystkich członków grupy, przy czym terapeuta powinien nie tylko ich przestrzegać, ale wręcz stanowić wzór do naśladowania [3].

Poza określeniem podstawowych zasad prowadzenia zajęć metoda socjoterapeutyczna określa też ich przebieg. Zajęcia mają więc charakter ustrukturyzowanych spotkań grupowych. Liczba uczestników powinna być nieduża, wskazane jest aby nie przekraczała 10 osób [3]. Ze względu na zachodzące procesy zaleca się utrzymanie stałego składu grupy w trakcie trwania cyklu zajęć (np. roku szkolnego). Spotkania tworzą dynamiczną całość podporządkowaną realizacji celów określonych przez terapeutę. Każde zajęcia przebiegają w podobny sposób, mianowicie rozpoczyna się powitalnym rytuałem sygnalizującym rozpoczęcie zajęć, następnie odbywają się zabawy wyciszające bądź energetyzujące - w zależności od potrzeby chwili bądź głównego celu zajęć, kolejne ćwiczenia mają charakter psychokorekcyjny, edukacyjny bądź rozwojowy. Spotkanie kończy się omówieniem i podsumowaniem tego o wydarzyło się na zajęciach [2,6]. W trakcie zajęć wykorzystuje się różnorodne metody i techniki pracy z grupą. Do najpopularniejszych należą zabawy psychoruchowe, gry edukacyjne, psychodrama, arteterapia oraz dialog terapeutyczny [6].

Podsumowując warto raz jeszcze podkreślić, iż socjoterapia jest metodą pracy grupowej służącej zmianie sądów o rzeczywistość i korekcji niepożądanych zachowań u dzieci i młodzieży. Oczekiwane zmiany powinny dotyczyć relacjach dziecko – dorośli, dziecko – rówieśnicy, dziecko – zadanie oraz dziecko w relacji do samego siebie [2]. Innym ważnym zadaniem profilaktycznym socjoterapii jest kształtowanie umiejętności interpersonalnych i społecznych, które w późniejszym okresie mogą okazać się czynnikiem chroniącym przed zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia.

1. J. Jagieła, *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Kraków 2007.
2. K. Sawicka, *Socjoterapia*, Warszawa 1999.
3. J. Strzemieczny, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci w wieku szkolnym*, Warszawa 1993.
4. K. Galdard, D. Galdard, *Jak pracować z dziecięcymi grupami terapeutycznymi*. Gdańsk 2005.
5. Z. Soblewska, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Warszawa 1993.
6. A. Słysz, *Główne czynniki zmiany w socjoterapii dzieci i młodzieży*, W: J. Słabiński (red.) *Pojęcie zmiany w teorii i praktyce psychologicznej*, Poznań 2008.

## Indeks

- Autonomia, s. 54-56
- Biomedyczny model zdrowia/choroby, s. 21, 57, 83, 87
- Bioetyka, s. 68-74
- Choroba, s. 15, 18, 23, 103
- Duchowość i religijność, s. 15, 53, 60-66, 77, 78
- Grupy wsparcia/grupy pomocy: s. 86, 128-132
- Healthsism, s. 15
- Higiena społeczna, s. 91
- Mandala zdrowia, s. 106-110
- Medycyna w kontekście filozoficzno – historycznym, s. 77-81
- Medycyna w ujęciu socjologicznym, s.14, 17, 21, 34, 48, 56, 103, 104
- Medykalizacja, s. 56-60, 71, 87
- Niepełnosprawność, s. 34-47, 50, 83, 86, 136
- Model M. Lalonda, s. 15, 95
- Paternalizm, s. 50-51, 57, 71
- Patologie społeczne, s. 103-106
- Pomoc społeczna, s. 135-138
- Promocja zdrowia, s. 96, 107
- Pryncypializm, s. 50, 52, 70
- Przekonania i potrzeby zdrowotne: s. 25-33
- Relacja lekarz – pacjent, s. 22, 48-54
- Rodzina, s. 21, 35, 87, 107, 11-121, 140
- Rola chorego/rola niepełnosprawnego, s. 21-22, 34
- Społeczny aspekt medycyny, s. 88-92
- Socjoterapia, s. 138-142
- Styl życia, s. 15, 32, 58, 95, 108, 115
- Tanatologia: s. 74-75
- Wsparcie społeczne: s. 122-128
- Zdrowie publiczne, s. 90, 92-98
- Zdrowie: s. 12-17, 31, 88, 89, 90, 99, 103