



Zbyszko Melosik

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Socjologiczne interpretacje zdrowia – próba rekonstrukcji odmiennych rzeczywistości*

Wprowadzenie

Celem tekstu jest rekonstrukcja tych podejść do zdrowia, które wypro-
wadzić można z wybranych koncepcji socjologicznych – w konfrontacji
z dominującym w tej sferze paradygmatem biomedycznym. Wyjdę przy
tym od stwierdzenia, że we współczesnych naukach społecznych coraz
częściej akceptuje się tezę, iż nie istnieje możliwość sformułowania jed-
nej definicji ciała, zdrowia i choroby¹. Nie są to bowiem stany wyłącz-
nie „obiektywne”, które są „dane”, lecz – w dużej mierze – społeczne
konstrukcje. I tak, znaczenia i symbole, które ciało uosabia (lub raczej:
ucieleśnia), zależą od kultury, miejsca i czasu. To samo dotyczy kate-
gorii zdrowia i choroby. Mają one charakter relatywny oraz subiek-
tywny i wpisują się w ogólne poczucie jakości życia człowieka. Przy
tym to, co w jednych warunkach społeczno-kulturowych jawi się jako
bezwzględnie zdrowe (stąd pożądane), w innych może stać się przy-

* Punktem wyjścia napisania tego tekstu był rozdział mojego autorstwa
Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne. W: *Ciało
i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. M e l o s i k. Toruń-Poznań: Wy-
dawnictwo Edytor, 1999; treść prezentowanego artykułu jest w dużym stopniu
zmodyfikowana i uaktualniona w stosunku do treści zawartych we wspo-
mnianym rozdziale.

¹ Na temat różnorodnych koncepcji dotyczących relacji między zdrowiem
i chorobą por. znakomity tekst B. H o f m a n n a: *Simplified Models of the Rela-
tionship between Health and Disease*. „Theoretical Medicine and Bioethics” 2005,
vol. 26 (5), s. 355–377.

czyną lub oznaką choroby (i odwrotnie). To samo dotyczy poszczególnych jednostek. W rezultacie nie wydaje się możliwe stworzenie jednej, „ostatecznej” (i społecznie uniwersalnej) koncepcji promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Biomedyczna koncepcja ciała/zdrowia i jej krytyka: poglądy Fritjofa Capry i Ivana Illicha

Badacze historii medycyny twierdzą, iż biomedyczny model ciała i zdrowia zrodził się pod wpływem paradygmatu Kartezjuszowskiego. Według Kartezjusza, jak to ujmie Eeva Sointu, ciało – w odróżnieniu od umysłu – „należy do królestwa natury i w związku z tym podlega jej prawom”; może też być „poznawane poprzez badanie jego [ciała – Z.M.] mechanicznego działania”². Kartezjusz twierdził, że „ciało jest maszyną, którą można całkowicie zrozumieć w kategoriach układu i działania jego części”³. Jak pisze o Kartezjuszu (w swojej słynnej książce *Punkt zwrotny*) Fritjof Capra, „człowieka zdrowego przyrównywał on [filozof – Z.M.] do dobrego zegara w doskonałym – pod względem mechanicznym – stanie; chorego natomiast – do zegara, którego części pracują nieprawidłowo”⁴. Zdaniem tego samego autora – bardzo krytycznego wobec koncepcji biomedycznej – „wskutek podziału na umysł i ciało lekarze zaczęli zajmować się ciałem przyrównywanym do maszyny i lekceważyć psychiczne, społeczne i środowiskowe aspekty choroby”⁵. Zgodnie z tym podejściem, ciało człowieka dzieli się na poszczególne, coraz mniejsze części, a za chorobę uważa się „nieprawidłowe funkcjonowanie mechanizmów biologicznych, badanych z punktu widzenia biologii komórkowej i molekularnej”⁶. Z kolei do lekarza należy fizyczna lub chemiczna interwencja, której celem jest „przywrócenie prawidłowego funkcjonowania zaburzonego mechanizmu”⁷. Capra twierdzi jednocześnie, że współczesna medycyna opiera się nadal w dużej mierze na „koncepcji ciała jako maszyny, choroby – jako konsekwen-

² E. Sointu: *Theorizing Complementary and Alternative Medicines. Wellbeing, Self, Gender, Class*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire–New York: Palgrave Macmillan, 2012, s. 187. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, cytaty z języka angielskiego w przekładzie autora artykułu.

³ F. Capra: *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*. Przeł. E. Wołyński. Przedmową opatrzyła A. Wyka. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1987, s. 192.

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem, s. 174.

⁶ Ibidem, s. 170.

⁷ Ibidem.

cji uszkodzenia maszyny i roli lekarza polegającej na reperowaniu tej maszyny”⁸, przy czym „różne części reperują różni specjaliści”⁹. Zarzuca modelowi biomedycznemu daleko idący redukcjonizm. Uważa, iż „koncentrując się na coraz mniejszych fragmentach ciała, współczesna medycyna traci z oczu samego pacjenta jako istotę ludzką”; traktuje go tak, jak gdyby funkcjonował on w sposób całkowicie „mechaniczny”. Ponadto model biomedyczny – jak pisze Capra – przyczynił się do powstania – zwykle nieprzekraczalnego – podziału: na lekarzy zajmujących się ciałem oraz psychiatrów i psychologów skoncentrowanych na umyśle. Według tego autora, „przepaść między nimi poważnie utrudniała zrozumienie większości ważniejszych chorób”¹⁰. Jednocześnie coraz większe uzależnienie usług medycznych od skomplikowanych technologii prowadzi do daleko idącej specjalizacji lekarzy, a w konsekwencji do rezygnacji z postrzegania „pacjenta jako integralnej osoby”¹¹. Capra uważa, iż „w wielu wypadkach jest oczywiście bardzo słuszne kojarzenie poszczególnych chorób z określonymi częściami ciała. Ale w nowoczesnej medycynie naukowej położono za duży nacisk na ujęcie redukcjonistyczne: powstało tyle dyscyplin wyspecjalizowanych do tego stopnia, że lekarze [...] zajmują się leczeniem poszczególnych narządów i tkanek, na ogół nie biorąc pod uwagę reszty ciała, a tym bardziej nie uwzględniając psychologicznych i społecznych aspektów choroby danego pacjenta”¹². Jako alternatywę dla takiego sposobu myślenia Capra proponował takie ujęcia zdrowia, które skoncentrowane jest na doświadczaniu wysokiej jakości życia, związanej z jednej strony z równowagą między tym, co fizyczne, a tym, co psychologiczne, a z drugiej strony – z interakcją człowieka ze środowiskiem naturalnym i społecznym¹³.

W podobny sposób krytykują biomedyczną koncepcję zdrowia inni autorzy, podkreślając, że jest ona zorientowana jedynie na „organy” i na diagnozę zaburzeń w organizmie, na chorobę i jej objawy, a nie na pacjenta¹⁴. Twierdzi się ponadto (co również jest widoczne w poglądach Capry), że „według modelu biomedycznego, choroba może być wy-

⁸ Ibidem, s. 170

⁹ Ibidem, s. 215.

¹⁰ Ibidem, s. 194.

¹¹ Ibidem, s. 204.

¹² Ibidem, s. 215.

¹³ J. Kimiecik: *The Eudaimonics of Health: Exploring the Promise of of Positive Well-Being and Healthier Living*. In: *Handbook of Eudaimonic Well-Being*. Ed. J. Vittersø. Switzerland: Springer, 2016, s. 351.

¹⁴ M. Havelka, J.D. Lučanin, D. Lučanin: *Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease*. „Collegium Antropologicum” 2009, vol. 33, no. 1, s. 303.

jaśniona przez zdefiniowanie odchylenia od normy wyrażonej w mierzalnych biologicznych (somatycznych) zmiennych¹⁵. W konsekwencji redukuje się zdrowie do braku objawów choroby¹⁶.

Z kolei Ivan Illich, jeden z najbardziej znanych krytyków kultury współczesnej (między innymi autor słynnej koncepcji „descholaryzacji” – likwidacji szkoły jako instytucji), skoncentrował się w swoich rozważaniach na społecznych przejawach i konsekwencjach biomedycznej koncepcji ciała i zdrowia. Pierwszy aspekt sformułowanej przez Illicha krytyki dotyczy „epidemicznego” wręcz upowszechniania medycyny w społeczeństwie współczesnym; a zjawisko to stanowi – zdaniem tego autora – zagrożenie dla zdrowia. I. Illich utrzymuje, iż „zagrożenie, jakie współczesna medycyna reprezentuje [...], jest analogiczne do zagrożenia, jakie skala i intensywność ruchu ulicznego mają dla [bezpieczeństwa – Z.M.] ruchu”¹⁷.

Drugi aspekt krytyki Illicha odnosi się do „profesjonalizacji” podejścia do ciała i zdrowia. Jak pisze autor: „społeczeństwo przekazało lekarzom wyłączne prawo do określania, co konstytuuje chorobę, kto jest lub mógłby być chory i jak należy postępować wobec takich ludzi”¹⁸. Można do tego dodać, że biolodzy i lekarze często wchodzą w rolę wszechwiedzących – mających dostęp do absolutnej Prawdy i Wiedzy – ekspertów. Traktują przy tym ciało coraz częściej jedynie w kategoriach „parametrów” i „wskaźników”; arbitralnie określają kryteria i normy zdrowia, wyznaczają jego „skale” i „poziomy” (Illich nazywa to „diagnostycznym imperializmem”). Takie podejście prowadzi do „uprzedmiotowienia” pacjenta, traci on prawo do decydowania o własnej „cielesności”. Często staje się ona jedynie dodatkiem do diagnoz i wyników badań.

Wreszcie trzeci aspekt Illichowskiej krytyki dotyczy zjawisk zbiurokratyzowania medycyny współczesnej. Illich uważa, że jest ona „praktykowana przez [...] specjalistów, którzy kontrolują ogromne populacje za pomocą biurokratycznych instytucji”¹⁹. Znajdujemy się w sytuacji, w której „opieka zdrowotna jest przekształcona w zestandaryzowane punkty”²⁰, a „język, poprzez który ludzie mogliby doświadczać swoich

¹⁵ G.L. Engel: *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. „Psychodynamic Psychiatry” 2012, vol. 40 (3), s. 379.

¹⁶ M.M. Andrews, J.S. Boyle: *Transcultural Concepts in Nursing Care*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008, s. 69.

¹⁷ I. Illich: *Limits to Medicine. Medical Nemesis, the Expropriation of Health*. London: Boyars, 1976, s. 7–8.

¹⁸ Ibidem, s. 6.

¹⁹ Ibidem, s. 46.

²⁰ Ibidem, s. 41.

ciał, zmienia się w biurokratyczny żargon”²¹. W rezultacie „medyczna biurokracja konstruuje chorobę-zdrowie przez wzmacnianie stresu, przez zwielokrotnianie obezwładniającej zależności, przez generowanie nowych przykrych potrzeb, przez zmniejszanie poziomu tolerancji na brak komfortu i ból, przez redukowanie swobody działania jednostek, które cierpią”²². Rekonstruująca poglądy Illicha Chloe Gerhardt eksponuje – występujące w jego krytycznych rozważaniach – pojęcie jatrogenii, odwołujące się do przekonania, że to destruktywnie działający, niekompetentny i arogancki personel medyczny (w tym lekarze i pielęgniarki – szczególnie w sytuacjach szpitalnych) jest źródłem wielu chorobowych symptomów, przede wszystkim w sferze psychicznej (na przykład lęk, depresja)²³.

W kontekście panowania w społeczeństwie biomedycznego podejścia do ciała i zdrowia eksponuje się też pojęcie medykalizacji. Wynika ona z „fatalnego zauroczenia medycyną”, wyrażającego się w (redukcjonistycznym) postrzeganiu człowieka (jak również wielu problemów społecznych, a nawet moralnych) w kategoriach biomedycznych i kontrolowania go za pomocą medycznych technologii i ekspertów. Medycyna przekształciła się, jak utrzymuje Irving Kenneth Zola, w formę kontroli społecznej, przy czym nieustannie „rozszerza swoją jurysdykcję na coraz to nowe problemy, ma coraz większy wpływ na społeczeństwo”²⁴.

Generalnie trzeba się zgodzić z zarzutami co do biomedycznej koncepcji ciała i zdrowia stawianymi przez Caprę i Illicha, ale też stwierdzić, iż rezygnacja z niej nie wydaje się ani możliwa, ani celowa. Rola tej koncepcji w codziennym życiu pacjentów – w skutecznym leczeniu i znoszeniu bólu oraz cierpienia – jest bowiem niepodważalna. Poza tym to właśnie koncepcja biomedyczna przyczyniła się do zasadniczego postępu medycyny; wystarczy tu wspomnieć tylko o poznaniu przyczyn i mechanizmów tysięcy chorób oraz stworzeniu możliwości ich eliminacji (na przykład epidemicznych chorób zakaźnych). Jak to ujmuje słusznie Alan Cribb: „wiele zjawisk związanych z dynamiką relacji między zdrowiem a chorobą może być z powodzeniem diagno-

²¹ Ibidem.

²² Ibidem, s. 41.

²³ Ch. Gerhardt: *Criticism of Biomedicine*. In: *Society and Health: An Introduction to Social Science for Health Professionals*. Eds. G. Moon, R. Gillespie. London-New York: Routledge, 2005, s. 73.

²⁴ Teza ta zawarta jest w jednym z pierwszych tekstów poświęconych medykalizacji społeczeństw Zachodu: I.K. Zola: *Medicine as an Institution of Social Control*. „The Sociological Review” 1972, vol. 20 (4) – por. s. 487, 496.

zowanych i leczonych dzięki wiedzy klinicznej”, która jest nieodłączną częścią modelu biomedycznego²⁵.

W dalszej części artykułu zaprezentowane zostaną wybrane socjologiczne koncepcje zdrowia, które w mniejszym lub większym stopniu bądź to wpisują się w biomedyczną koncepcję zdrowia, bądź też tworzą konceptualne warunki dla tworzenia alternatyw w tym zakresie.

Funkcjonalizm strukturalny: Talcott Parsons

W funkcjonalizmie strukturalnym przyjmuje się – jako punkt wyjścia analiz – teorię „ludzkiego kapitału”²⁶. Według teorii tej, każda inwestycja w „ludzki kapitał” ma przynieść „spłatę” i „zysk” w postaci przyszłych „dywidend” – większych niż te, które osiągnięto by po złożeniu tej samej ilości pieniędzy w banku. U podstaw teorii „ludzkiego kapitału” leży jasno wyrażone przez F. Thomasa Justera przekonanie, iż „jednostki rozpoczynają życie z pewną ilością potencjalnego kapitału w formie genetycznego wyposażenia, które rozwijają w dzieciństwie i młodości”²⁷. Społeczeństwo natomiast powinno troszczyć się o „zwiększenie jakości kapitału ludzkiego” – przy czym nie ulega żadnej wątpliwości, iż jest pożądane, aby był on „zdrowy”, będzie bowiem wówczas bardziej wydajny i przydatny dla społeczeństwa. Gdy zdrowe są jednostki, wówczas całe społeczeństwo jest zdrowe i lepiej funkcjonuje²⁸. Nieprzypadkowo przecież najwybitniejszy przedstawiciel omawianego nurtu Talcott Parsons uznaje zdrowie za „stan optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań”²⁹. Promocja zdrowia polega – w perspektywie funkcjonalno-strukturalnej – na propagowaniu racjonalnych zachowań zdrowotnych, które odpowiadają normom i zaleceniom wypracowanym przez lekarzy. Jak to ujmie Matthias Zick Varul, „w swojej medycznej socjologii, podobnie jak w swojej ogólnej socjologii, był on [Parsons – Z.M.] zainteresowany normatywnymi oczekiwaniami” wobec jednostki ze strony społeczeń-

²⁵ A. C r i b b: *Healthcare in Transition. Understanding Key Ideas and Tensions in Contemporary Health Policy*. Bristol: Policy Press, 2017, s. 31.

²⁶ Ch.J. H u r n: *The Limits and Possibilities of Schooling. An Introduction to the Sociology of Education*. Boston: Allyn and Bacon, 1978, s. 35.

²⁷ Podaję za: ibidem, s. 35–36.

²⁸ *Sociological Perspectives on Health and Health Care*. <http://open.lib.umn.edu/socialproblems/chapter/13-1-sociological-perspectives-on-health-and-health-care/> [19.10.2018].

²⁹ Podaję za: E. R o m a n: *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesów socjalizacji młodzieży*. „Forum Oświatowe” 1994, nr 1, s. 213.

stwa³⁰. Jednostka powinna zachować postawę konformistyczną wobec tych oczekiwań i nie oczekuje się od jednostki większej refleksji w tej dziedzinie. Choroba jest postrzegana przez Parsonsa – jak twierdzą krytycy – głównie w kategoriach zmniejszenia ekonomicznej wydajności jednostki i gorszego wypełniania przez nią ról społecznych³¹. Bycie zdrowym stanowi, według przedstawiciela tego nurtu, „podstawowy warunek uzyskiwania osiągnięć [społecznych – Z.M.]”³². Społeczeństwo wytwarza również mechanizmy akceptacji pożądanych zachowań zdrowotnych i nieaprobowania zachowań niewłaściwych. Omawiana koncepcja potwierdza założenia podejścia biomedycznego.

Krytycy utrzymują, iż w funkcjonalizmie strukturalnym (również w kontekście zdrowia i jego promocji) jednostki traktowane są jako aktorzy, którzy „występują na scenie społecznej nie jako podmioty [...], lecz jako obiekty przystosowujące się do siebie nawzajem i wzajemnie oceniające się pod kątem tego przystosowania. Człowiek jest w tym ujęciu wyłącznie aktorem grającym swoją rolę według z góry narzuconego scenariusza”³³. Nie dostrzega się tutaj faktu, iż „człowiek jako członek społeczeństwa jest także »współautorem dramatu«, w którym gra rolę, że stale dąży do kształtowania własnego losu oraz sytuacji, w jakiej znajduje się i działa”³⁴. Jak pisze Dennis Wrong, „założenie o maksymalizacji aprobaty ze strony innych jest psychologicznym dopełnieniem socjologicznego założenia dotyczącego ogólnego konsensu w sferze wartości [...]. Przesocjalizowany pogląd na człowieka [...] jest odpowiednikiem przeintegrowanego poglądu na społeczeństwo”³⁵. Człowiek zdaje się tu kontrolowany przez siły pozostające całkowicie poza jego kontrolą. I dotyczy to także problemów zdrowia/choroby.

Funkcjonalno-strukturalny pogląd na społeczeństwo (w tym relacje jednostki i zdrowia) zakłada również, że jednostki (użyj tu słów Rolanda Meighana) powinny „dopasować się do jakichś koniecznych gniazd [luk] w relatywnie harmonijnym społeczeństwie”³⁶. Takie stanowisko prowadzi w praktyce do wypracowania takich technik

³⁰ M.Z. Varul: *Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness*. „Body and Society” 2010, vol. 16 (2), s. 73.

³¹ Ibidem, s. 76.

³² Ibidem.

³³ H. Białyszewski: *Wstęp do wydania polskiego*. W: T. Parsons: *Szkice z teorii socjologicznej*. Przeł. A. Bentkowska. Wstępem opatrzył H. Białyszewski. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1972, s. XLIX.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Cyt. za: D. Blackledge, B. Hunt: *Sociological Interpretations of Education*. London-Dover: C. Helm, 1985, s. 106.

³⁶ R. Meighan, I. Siraj-Blatchford: *A Sociology of Educating*. 3rd ed. London: Cassell, 1997, s. 14.

manipulowania jednostkami, aby spełniały one oczekiwania społeczne. Lekarz zachowuje się w tym kontekście „jak garncarz kształtujący glinę lub ogrodnik hodujący rośliny, lub budowniczy budujący dom”³⁷. W każdym z tych przypadków jednostki są widziane jako „rzeczy poddawane procesom” (któż bowiem konsultowałby z gliną rodzaj garnka, w jaki chciałaby być uformowana?)³⁸. Podstawą autorytetu lekarzy w tej dziedzinie jest przy tym, zdaniem Parsonsa, „wyłączny dostęp do eksperckiej wiedzy”³⁹. To lekarze decydują o tym, kto może być uznany za zdrowego, a kto za chorego, jest to przy tym relacja, w której lekarze mają pełną władzę i kontrolę nad pacjentem. Zgodnie z tą logiką, niekonformistyczne zachowania w sferze zdrowia/choroby jednostek, podobnie jak we wszystkich dziedzinach ich życia, określane są w tej perspektywie jako „nienormalne”, niezależnie od intencji działających podmiotów⁴⁰. Krytycy stworzonej przez Parsonsa teorii zdrowia podkreślają ironicznie, że wyłania się z niej jednostka społeczna, która musi być „chronicznie zdrowa”⁴¹.

Teoria konfliktu:

Samuel Bowles i Herbert Gintis

W teorii konfliktu w zakresie analizy życia społecznego punktem wyjścia jest przekonanie o istnieniu strukturalnych nierówności w społeczeństwach Zachodu. Najbardziej znanymi przedstawicielami tego podejścia są Samuel Bowles i Herbert Gintis, którzy eksponują w swoich poglądach teorię reprodukcji ekonomicznej. Jej istotą jest przeświadczenie o powszechności zjawiska powielania przez kolejne pokolenia młodych ludzi statusu społeczno-ekonomicznego ich rodziców. Istnieje przy tym, jak twierdzą przywoływani autorzy, zjawisko bezpośredniej „korespondencji” między potrzebami i cechami rynku pracy a wszelkimi innymi sferami życia społecznego (przy czym Bowles i Gintis swoją analizą objęli przede wszystkim szkolnictwo)⁴². Z tej perspektywy zarówno istniejący w społeczeństwach Zachodu system instytucji

³⁷ Ibidem.

³⁸ Ibidem, s. 22.

³⁹ M.Z. Varul: *Talcott Parsons...*, s. 83.

⁴⁰ B. Mercer, H.C. Covey: *Theoretical Frameworks in the Sociology of Education*. Cambridge, Mass.: Schenkman Pub. Co., 1980, s. 34, 36.

⁴¹ M.Z. Varul: *Talcott Parsons...*, s. 86–90.

⁴² S. Bowles, H. Gintis: *Schooling in Capitalist America. Educational Reform and the Contradictions of Economic Life*. New York: Basic Books, 1976, s. 125–126.

zdrowotnych, jak i ideologia zdrowia potwierdzają i reprodukują istniejące w społeczeństwie stosunki klasowe i nierówności społeczno-ekonomiczne.

Zdrowie zdaje się w dzisiejszych czasach wręcz towarem, który można „kupić”, a osoby o niskim statusie ekonomicznym nie mogą sobie „pozwolić na zdrowie” (pozbawione są dobrej opieki lekarskiej i nie mają środków na wysokiej klasy farmaceutyki). Z kolei osoby z grup uprzywilejowanych prowadzą zdrowszy styl życia i statystycznie dłużej żyją. W świetle ekonomicznej wersji teorii konfliktu „nierówności społeczne o charakterze klasowym, rasowym, etnicznym i płciowym są reprodukowane poprzez dostęp do zdrowia i opieki zdrowotnej”⁴³. Teoretycy reprodukcji ekonomicznej piszą, że „biedni cierpią na [...] problemy zdrowotne, które mogłyby być złagodzone przez bardziej egalitarną dystrybucję [zasobów – Z.M.]”⁴⁴. To jednak nigdy nie ma miejsca.

Możemy stwierdzić za Akselim Aittomäkim, że w świetle teorii konfliktu mamy do czynienia ze stratyfikacją społeczną w zakresie dostępu do zdrowia w czterech kontekstach. W pierwszym w nich kładzie się nacisk na odmienne miejsca jednostek i grup ludzi w społeczeństwie (status i pozycja), co jest determinantem strukturalnych nierówności w zakresie problemu zdrowia/choroby. W drugim kontekście eksponuje się odmienną materialną sytuację jednostek związaną z uzyskiwanym przez nie dochodem; sytuacja materialna jednostek ma bez wątpienia wpływ na możliwości korzystania przez nie z odpowiedniej opieki zdrowotnej i najlepszych środków farmaceutycznych. Trzeci kontekst odnosi się do odmiennej sytuacji psychospołecznej jednostek (na przykład nierównej dystrybucji chronicznego stresu lub nagłych stresujących wydarzeń – doświadczają ich w większym stopniu osoby i grupy stojące niżej w hierarchii społecznej). Wreszcie istotą czwartego kontekstu jest kategoria stylu życia, przy potwierdzonym empirycznie przekonaniu, że niezdrowy styl życia prowadzi do znacz-

⁴³ S.E. Barkan: *Health and Medicine*. In: *Sociology. Comprehensive Edition*. 2012. <https://2012books.lardbucket.org/pdfs/sociology-comprehensive-edition/s21-health-and-medicine.pdf> [25.02.2018].

⁴⁴ P. Bardhan, S. Bowles, H. Gintis: *Wealth Inequality, Wealth Constraints and Economic Performance*. In: *Handbook of Income Distribution*. Vol. 1. Eds. A.B. Atkinson, F. Bourguignon. Amsterdam–New York: Elsevier, 2000. <http://www.umass.edu/preferen/gintis/handbook.pdf> [25.02.2018]; korzystano w wersji on-line opublikowanej przez autorów 19.08.1998 – <http://www.umass.edu/preferen/gintis/handbook.pdf> [25.02.2018].

nie częściej osoby należące do klasy robotniczej niż osoby należące do wyższych klas społecznych⁴⁵.

W każdym przypadku nierówności w zakresie dostępu do zdrowia można umieścić jako jeden z komponentów ogólnych występujących na poziomie makro relacji między klasami i grupami społecznymi.

Teorię konfliktu w wariacie reprodukcji ekonomicznej można także rozszerzyć na analizę globalnych nierówności w zakresie dostępu do zdrowia i opieki zdrowotnej. W krajach wysoko rozwiniętych istnieje względnie wysoka świadomość konieczności dbałości o zdrowie, jak również rozwinięty system opieki medycznej i ubezpieczeń zdrowotnych. Z kolei w krajach Trzeciego Świata brakuje środków na tworzenie zarówno programów edukacji prozdrowotnej, jak i ogólnokrajowych „systemów medycznych”. To stanowi jedną z przyczyn pogłębiania się „przepaści” w każdym kolejnym pokoleniu w zakresie dostępu do zdrowia między krajami wysoko rozwiniętymi a rozwijającymi się, co przyczynia się z kolei do reprodukcji nierówności w zakresie rozwoju społeczno-ekonomicznego poszczególnych krajów⁴⁶.

Fenomenologia:

Peter Berger i Thomas Luckmann

Zwolennicy podejścia fenomenologicznego powstrzymują się od jakichkolwiek twierdzeń dotyczących ontologicznego statusu analizowanych zjawisk społecznych, również tych odnoszących się do zdrowia. Peter Berger i Thomas Luckmann utrzymują w tym kontekście, iż zadaniem socjologii wiedzy jest analiza procesów, „za których pośrednictwem dowolny zbiór wiedzy zostaje społecznie ustanowiony jako »rzeczywistość«”; punkt ciężkości analizy spoczywa więc na tym, „co w społeczeństwie uchodzi za wiedzę”, na tym, co ludzie „»uznają« jako »rzeczywistość« w ich codziennym [...] życiu” (dodam: również w zakresie zdrowia i choroby). Krytyczne znaczenie ma tutaj wiedza zdroworozsądkowa⁴⁷.

⁴⁵ A. Aittomäki: *Social-class Inequalities in Ill Health – the Contribution of Physical Workload*. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine, Department of Public Health, 2008, s. 37–43.

⁴⁶ Por. na ten temat między innymi: L. Wermuth: *Global Inequality and Human Needs: Health and Illness in an Increasingly Unequal World*. Boston: Pearson, 2003; *Health Inequalities and Global Justice*. Eds. P.T. Lenard, Ch. Straehle. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2012.

⁴⁷ Por. P. Berger, T. Luckmann: *Społeczne tworzenie rzeczywistości*. Przeł. i słowem wstępnym opatrzył J. Niżnik. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1983, s. 26, 42–43, 51.

Świat życia codziennego jest światem, który „trwa jako świat rzeczywisty” dla członków społeczeństwa. W związku z tym socjologia musi „podjąć próbę wyjaśnienia podstaw wiedzy życia codziennego, czyli obiektywizacji subiektywnych procesów (i znaczeń), które tworzą intersubiektywny świat zdrowego rozsądku”. Rzeczywistość życia codziennego „jawi się jako już zobiektywizowana”, przy czym jednostka dzieli ją z innymi członkami społeczeństwa⁴⁸.

Z ogromnej ilości indywidualnych symbolizacji doświadczenia społeczeństwo tworzy uniwersum dyskursu, które zawiera i obiektywizuje te symbolizacje, a w konsekwencji dostarcza jednostce „rozumiały świat” (na przykład jako odpowiedzi na pytania: Czym jest zdrowie, a czym jest choroba?; Co jest zdrowe, a co nie?; Na czym polega zdrowy styl czy tryb życia?). W ten sposób świat jest postrzegany jako rzeczywistość istniejąca niezależnie od jednostkowych preferencji. Jak pisze Berger, „społecznie osiągalne definicje tego świata są przyjmowane jako »wiedza« o nim i są nieustannie weryfikowane [...] przez sytuacje społeczne, w których ta »wiedza« jest akceptowana bez zastrzeżeń”⁴⁹. Tak więc, „społecznie tworzony świat staje się [...] jedynym światem rzeczywistym, który daje się naprawdę pomyśleć”⁵⁰. W tej rzeczywistości jednostka wolna jest od „konieczności rozważania na nowo każdego swojego kroku”⁵¹. Znaczenie to „uzyskuje ona [jednostka – Z.M.], odwołując się po prostu do »zdrowego rozsądku«”⁵².

W ramach uniwersum znaczeń znajdują się różne subuniwersa, które mają swoich zwolenników, to znaczy grupy wytwarzające dane znaczenia i traktujące je jako **realne**. Jak twierdzą Berger i Luckmann, „między takimi grupami może występować konflikt lub konkurencja”⁵³ (na przykład w zakresie odmiennego pojmowania zdrowia i zdrowego stylu życia). „Wraz z utworzeniem się subuniwersów znaczeń powstaje różnorodność perspektyw, przy czym w każdej z nich można oglądać całość społeczeństwa pod kątem jednego subuniwersum”⁵⁴. Konfrontacja alternatywnych uniwersów symbolicznych wiąże się z „problemem siły decydującej, która z konkurencyjnych wersji rzeczywistości »wejdzie w życie« w społeczeństwie”⁵⁵. Neutralizuje się przy tym po-

⁴⁸ Ibidem, s. 50, 53–55.

⁴⁹ P. Berger: *Tożsamość jako problem socjologii wiedzy*. W: *Problemy socjologii wiedzy*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1985, s. 482.

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ Ibidem.

⁵² Ibidem.

⁵³ P. Berger, T. Luckmann: *Społecznie tworzenie rzeczywistości...*, s. 140–141.

⁵⁴ Ibidem, s. 141.

⁵⁵ Ibidem, s. 173.

tencjalne kwestionowanie dominującej społecznie definicji rzeczywistości za pomocą przypisywania innym definicjom „niższego statusu ontologicznego”, a w związku z tym takiego statusu poznawczego, którego nie można traktować poważnie. Niekiedy też występuje procedura włączania przez jednostkę alternatywnych koncepcji do jej własnego uniwersum – za pomocą ich przełożenia na pojęcia tego uniwersum (obecnie dotyczy to na przykład różnorodnych form medycyny alternatywnej czy ludowej). „W ten sposób negację naszego uniwersum przez dewiantów dyskretnie zamieniamy w jego afirmację”⁵⁶. W ostatecznej konkluzji Berger i Luckmann piszą, iż władza w społeczeństwie jest władzą **wytwarzania rzeczywistości**⁵⁷.

Wszystkie przedstawione uwagi i założenia Bergera i Luckmanna można znakomicie wykorzystać do analizy problemu zdrowia/choroby. Fenomenologia interesowałaby się odpowiedzią na pytanie, jakie – społecznie skonstruowane – formy wiedzy dotyczące zdrowia stają się w danym miejscu i czasie częścią zdroworozsądkowej wiedzy społeczeństwa. Innymi słowy, chodzi tu nie tyle o odpowiedź na pytanie, **co jest naprawdę zdrowiem** (i **co jest naprawdę zdrowe**), ile o stwierdzenie, co członkowie społeczeństwa **uważają za zdrowie** (lub **za zdrowe**). Fenomenolog próbuje opisać różnorodnie pojmowane, niekiedy sprzeczne, pojęcia zdrowia i choroby. Pragnie też odpowiedzieć na pytanie, jakie historyczne i społeczne warunki spowodowały, iż określona zawartość znaczeniowa pojęć „zdrowie” i „choroba” stała się częścią zdrowego rozsądku i funkcjonuje jako **realna**. Można w tym miejscu podać przykład znakomitego wykorzystania podejścia fenomenologicznego do analizy odmiennych **rzeczywistości** różnych grup osób w opisie zatrucia arsenikiem w Bangladeszu (wskutek picia zatrutej arsenikiem wody z lokalnych źródeł): **rzeczywistości** chorych, **rzeczywistości** ich bliskich, **rzeczywistości** lekarzy i medycznych ekspertów⁵⁸.

W tym kontekście, w bezpośrednim nawiązaniu do teorii Petera Bergera i Thomasa Luckmana, Christine Stephens eksponuje następujące typy doświadczania – przez ciało – problemów zdrowia/choroby:

- biologiczne (na przykład skutek działania wirusów);
- kulturowe (na przykład zwyczaje w zakresie diety);
- społeczne (na przykład związane z warunkami pracy zawodowej).

⁵⁶ Ibidem, s. 183.

⁵⁷ Ibidem, s. 188.

⁵⁸ M.S. Islam: *Culture, Health and Development in South Asia: Arsenic Poisoning in Bangladesh*. London-New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016, s. 15–18.

Wszystkie one współtworzą pojmowanie zdrowia⁵⁹.

Ponadto dąży się w fenomenologii do opisanía występujących w społeczeństwie, alternatywnych – wobec obowiązujących – koncepcji zdrowia i choroby oraz relacji tych koncepcji do głównego nurtu pojmowania zdrowia. W konkluzji rozważań wokół podejścia do zdrowia w fenomenologii można stwierdzić – przytaczając słowa Jasona L. Powella – że w ujęciu fenomenologicznym w odniesieniu do zdrowia podejmuje się próbę uchwycenia, „jak świadomość ludzkiego starzenia się uczestniczy w wytwarzaniu społecznego działania, a także sytuacji i światów społecznych”⁶⁰.

Pragmatyzm:

John Dewey

Pragmatyści sprzeciwiają się dążeniom do wyjaśnienia natury rzeczywistości. Według Johna Deweya, pytanie, czym **generalnie jest rzeczywistość**, jest mało znaczące. Dewey uznaje istnienie świata fizycznego, poprzedzającego każde doświadczenie człowieka. Ponieważ jednak związki ludzi z rzeczywistością mają charakter epizodyczny, z pragmatycznego punktu widzenia każdy pogląd na świat składa się jedynie z hipotez roboczych, będących przedmiotem permanentnej weryfikacji⁶¹.

W pragmatyzmie mamy więc do czynienia z kontekstualną koncepcją rzeczywistości: rzeczywistością jest to, co jest za rzeczywistość uznawane w danym – szczególnym – kontekście historycznym⁶² (dyskusja nie dotyczy tu świata samego w sobie, lecz naszych przekonań o świecie – także tych dotyczących ciała, zdrowia i choroby). Prag-

⁵⁹ Ch. Stephens: *Health Promotion. A Psychosocial Approach*. Maidenhead-New York: Open University Press, 2008, s. 81.

⁶⁰ J.L. Powell: „You'll Never Walk Alone”: *Phenomenology and Ageing in Contemporary Culture*. „International Letters of Social and Humanistic Sciences” 2014, vol. 27. <https://www.scipress.com/ILSHS.27.19> [18.10.2018], s. 27; por. też oparte na podejściu fenomenologicznym badania przeprowadzone wśród – odpowiednio – chorych na jaskrę oraz diabetyków: P.-X. Wu et al.: *Patients' Experience of Living with Glaucoma: a Phenomenological Study*. „Journal of Advanced Nursing” 2010, vol. 67 (4); K. Johansson, M. Ekebergh, K. Dahlberg: *A Lifeworld Phenomenological Study of the Experience of Falling Ill with Diabetes*. „International Journal of Nursing Studies” 2009, vol. 46 (2).

⁶¹ E.J. Power: *Philosophy of Education. Studies in Philosophies, Schooling and Educational Policies*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982, s. 133.

⁶² C.G. Prado: *The Limits of Pragmatism*. Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press, 1989, s. 9.

matyzm koncentruje się więc na dziedzinie epistemologii, natomiast małym zainteresowaniem darzy ontologię⁶³.

Z pragmatycznego punktu widzenia żadna prawda o świecie nie jest absolutna, odwieczna lub niezmienna – dotyczy to również zdrowia i jego promocji. Status prawdy nadawany jest danej formie wiedzy ze względu na **funkcjonalność** formy. Prawda stanowi dla Deweya **dynamiczną serię procesów**, za pomocą których można osiągnąć cele życiowe. Wszystko, co percypujemy w poszczególnych sytuacjach jako prawdziwe, ma charakter odwracalny. Jak pisze w tym kontekście Carlos G. Prado: „to, co zalicza się do wiedzy, może zmieniać się tak samo jak to, co traktuje się jako uzasadnienie przekonań”⁶⁴.

Pragnąc znaleźć to, **co jest znaczące**, Dewey traktuje wiedzę jako **proces**, a nie jako „towar”, który może być gromadzony; niemożliwe jest **posiadanie** wiedzy lub prawdy. Konsekwencją takiego podejścia jest to, że pragmatyści gotowi są znieść tradycyjny podział na teorię i praktykę, poznawanie i działanie⁶⁵. Preferują empiryczną teorię wartości, opierającą się na „rozpoznawaniu” wartości w trakcie działania ludzkiego. Wartości oraz moralność konstituowane są – zdaniem pragmatystów – społecznie i są zależne od czasu, miejsca, a także okoliczności. Gdy wartość jest zweryfikowana pozytywnie podczas refleksyjnego, inteligentnego działania, wówczas może być uznana za „korzystny standard moralny”, przy czym „filozofia moralna powinna być przedmiotem permanentnej rekonstrukcji”⁶⁶. Innymi słowy, idee mają konsekwencje, które ujawniają się w działaniu, nadając owym ideom określone znaczenie⁶⁷. W ten sposób „pragmatyczne pojmowanie wartości nie umieszcza jej ani obiektywnie w przedmiocie, ani subiektywnie w przeżyciu emocjonalnym, ale w działaniu i przewidywaniu jego rezultatów”⁶⁸.

Wiedza dotycząca zdrowia i choroby ma w ujęciu pragmatyzmu charakter kontekstualny. Dyskusja nie odnosi się więc nigdy do kategorii „zdrowia” i „choroby” samych w sobie, lecz do ludzkich przekonań na ich temat. Owe przekonania otrzymują status prawdziwej wiedzy, jeśli są funkcjonalne – gdy sprawdzają się w praktyce. Z jednej strony pragmatyczne podejście do problemu zdrowia i choroby koncentruje

⁶³ R.D. Van Scotter, J.D. Hass, R.J. Kraft: *Foundations of Education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1979, s. 43.

⁶⁴ C.G. Prado: *The Limits of Pragmatism...*, s. 9.

⁶⁵ E.J. Power: *Philosophy of Education...*, s. 134.

⁶⁶ Ibidem, s. 135–136.

⁶⁷ R.D. Van Scotter, J.D. Hass, R.J. Kraft: *Foundations of Education...*, s. 43.

⁶⁸ K. Sośnicki: *Rozwój pedagogiki zachodniej na przełomie XIX i XX wieku*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, 1967.

się na zagadnieniach epistemologicznych; z drugiej strony – na problemach weryfikowania zdobytej wiedzy w działaniach na rzecz podniesienia stanu zdrowia społeczeństwa. Zwolennicy pragmatycznego podejścia do zdrowia stwierdzają: „Uważamy, że pragmatyzm pozwala nam wyjść poza podział realizm – konstruktywizm dzięki temu, że dostarcza produktywnego podejścia do ewaluowania wiedzy odnoszącej się do zdrowia”⁶⁹. Jednocześnie jednak zwolennicy pragmatyzmu absolutnie nie odrzucają znaczącego statusu wiedzy klinicznej, jeśli działa ona w praktyce: „Dla pewnych problemów zdrowotnych wiedza biomedyczna jest w ekstremalnym stopniu użyteczna i pacjenci, którzy mają poważne problemy ze zdrowiem (a także rodziny tych pacjentów), będą przedkładali swój interes zdrowotny nad [...] sprawiedliwość, tożsamość czy znaczenia”⁷⁰. Wszelako „ponieważ pragmatyzm bierze pod uwagę życie ludzkie we wszystkich jego wymiarach, to nietradycyjne techniki i terapie [...] także mogą odegrać ważną rolę”⁷¹.

Oparte na pragmatyzmie podejście do zdrowia w następujący sposób opisuje zwolennik pragmatyzmu Henrik R. Wulff: „Opierając się na możliwościach, jakie daje diagnoza, lekarz, najlepiej wspólnie z pacjentem, definiuje w sposób rozsądny cele leczenia i rozważa odpowiednie sposoby interwencji. Świadomy proces planowania opiera się na inteligentnym przewidywaniu możliwych konsekwencji alternatywnych taktyk odpowiedzi na problem [zdrowotny – Z.M.]”⁷².

Poststrukturalizm:

Michel Foucault⁷³

Z perspektywy poststrukturalizmu istotą walki o kształt życia społecznego jest wytwarzanie znaczeń. Dyskursywna walka o znaczenia

⁶⁹ F. Cornish, A. Gillespie: *A Pragmatist Approach to the Problem of Knowledge in Health Psychology*. „Journal of Health Psychology” 2009, vol. 14 (6), s. 7.

⁷⁰ Ibidem, s. 22.

⁷¹ A. Gimmler: *The Concept of Health and its Normative Implications: A Pragmatic Approach*. In: *Health and Quality of Life: Philosophical, Medical, and Cultural Aspects*. Eds. A. Gimmler, Ch. Lenk, G. Aumüller. Münster-Hamburg-London: Lit Verlag, 2002, s. 74.

⁷² H.R. Wulff: *The Relationship between Health, Disease and Quality of Life*. In: *Health and Quality of Life...*, s. 34.

⁷³ Rozwinięcie tez zawartych w tej części artykułu można znaleźć między innymi w: Z. Melosik: *Poststrukturalizm jako teoria życia społecznego (możliwości i kontrowersje)*. W: *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Red. J. Brzeziński, L. Witkowski. Poznań-Toruń: Edytor, 1994.

(i narzucanie ich jako obowiązujących) wiąże się z dążeniem do uprą-
womocnienia w społeczeństwie określonych „wersji rzeczywistości”
kosztem wersji alternatywnych. Jednocześnie walka o umocowanie
w świadomości tego, co uważa się za rzeczywistość, jest niczym innym,
jak walką o społeczny kształt tego, co uważa się za „normalne” i „na-
turalne” – także w zakresie zdrowia/choroby. Procesy definiowania
i wykluczania – poprzez całą gamę „różnicowania” – stanowią również
wstępny warunek socjalizacji oraz utrzymania porządku społecznego⁷⁴.

Na kształt życia społecznego decydujący wpływ ma więc kontrolo-
wanie sposobów poznawania, to one bowiem stanowią podstawę wy-
twarzania tożsamości i stosunków społecznych oraz tego, co uważa
się za rzeczywistość (na przykład w każdym społeczeństwie trwa nie-
ustanna walka o to, jak powinny wyglądać szczęście, sukces życiowy,
samorealizacja, wolność, zdrowie – treści te są definiowane w trakcie
dyskursywnej walki, której rezultatem jest przyjęcie przez ludzi jako
„normalnego” określonego zakresu znaczeniowego tych pojęć)⁷⁵.

Jedno z najistotniejszych pojęć Foucaultowskiej dyskursywnej anali-
zy rzeczywistości społecznej stanowi pojęcie „prawda”. W poststruktu-
ralizmie rezygnuje się z modernistycznej koncepcji absolutnej prawdy;
uznaje się, iż koncepcja ta jest nieuprawomocniona, ponieważ wiedza
leżąca u podstaw prawdy zawsze i wszędzie stanowi część dyskur-
su, który ma charakter warunkowy i partykularny⁷⁶. Pojęcia prawdy
i wiedzy zostały w radykalny sposób zdekonstruowane; odtąd warun-
ki ich „tworzenia” i „urzeczywistniania” są widziane jako integralna
część ich partykularnego zakresu⁷⁷. W konsekwencji pojęcia prawdy
i wiedzy są nieodłącznie związane z występującymi w danym społe-
czeństwie stosunkami władzy. Utrata przez prawdę i wiedzę ich esen-
cjalistycznego i absolutystycznego charakteru skutkuje uznaniem za
konstrukty społeczne całego szeregu innych pojęć i kategorii. Dotyczy
to również „ciała” i „zdrowia”. Dominująca wersja interpretacji pojęć
„zdrowie” i „choroba” uzyskuje w takim ujęciu – poprzez mechanizmy
władzy – status uniwersalny; staje się normą.

⁷⁴ R.H. Brown: *Rhetoric, Textuality and the Postmodern Turn in Sociological Theory*. „Sociological Theory” 1990, vol. 8, no. 2, s. 191–193; por. też M. Apple: *Official Knowledge. Democratic Education in a Conservative Age*. New York: Routledge, 1993, s. 58.

⁷⁵ Z. Melosik: *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*. Poznań-To-
ruń: Wydawnictwo Edytor, 1995, s. 48.

⁷⁶ Por. S. Shapiro: *Postmodernism and the Crisis of Reason: Social Change or the Drama of Aesthetic?* „Educational Foundations” 1991, vol. 5 (4), s. 60.

⁷⁷ Por. J. Knight, R. Smith, J. Sachs: *Deconstructing Hegemony: Multi-cultural Policy and a Populist Response*. In: *Foucault and Education. Disciplines and Knowledge*. Ed. S.J. Ball. London–New York: Routledge, 1990, s. 133.

W każdym społeczeństwie trwa walka o kontrolowanie znaczeń ciała i zdrowia, która dotyczy wytyczania granic odpowiedzi na pytanie, czym ciało – w swoim kulturowym wymiarze – jest i czym się może stać. Podobny charakter ma pojęcie „zdrowie”. Z perspektywy poststrukturalnej w każdym społeczeństwie istnieje swoista rywalizacja różnych odpowiedzi na pytanie, czym jest zdrowie i jak je kształtować. Akademickie dyskursy i badania naukowe w tej dziedzinie splatają się z wiedzą potoczną i różnego typu „magicznymi” propozycjami. To, co uważane jest za „zdrowe” w jednym czasie, miejscu i kulturze, traci taki status w innym miejscu i innej epoce. Społeczne sposoby postrzegania zdrowego trybu i stylu życia są tak różnorodne i wewnętrznie sprzeczne, iż trudno jest znaleźć w tej dziedzinie jakąkolwiek logikę.

W kontekście założeń poststrukturalizmu dotyczących postrzegania zdrowia i choroby konieczna jest odpowiedź na pytania: Dlaczego w danym miejscu i czasie dominują takie, a nie inne sposoby postrzegania „ciała” i problemu „zdrowia”? Jakie jest źródło nowych dyskursów w tym zakresie? Dlaczego ludzie zmieniają (niekiedy radykalnie) swoje poglądy na temat ciała, zdrowia i choroby? Jakie jest źródło kreowania znaczeń w tym zakresie?

Poststrukturaliści analizują „dominujący dyskurs medyczny, który konstruuje definicję normalności (zdrowia) i dewiacji (choroby)”⁷⁸; uważają, że medycyna jest związana ze „strukturami władzy i kontroli”⁷⁹. Jak pisze sam Michel Foucault, historia medycyny zdefiniowana jest przez wyznaczanie „bipolarności tego, co jest normalne, i tego, co jest patologiczne”⁸⁰, przy czym z czasem następował coraz większy wzrost władzy lekarzy w zakresie „decyzji i interwencji”⁸¹. Istotą medycyny jest więc – według Foucaulta – „medyczna kontrola ciała”⁸². Z perspektywy francuskiego filozofa, jak to ujmuje Deborah Lupton, medycyna posiada „dyscyplinującą władzę, definiującą sposoby, na które pacjenci powinni pojmować i regulować swoje ciała oraz ich doświadczać”, przy czym podstawowymi strategiami takiej władzy są „obserwacja,

⁷⁸ R. Kaminskis, Ž. Darulis: *Peculiarities of Medical Sociology: Application of Social Theories in Analyzing Health and Medicine*. „Medicina” 2007, vol. 43, s. 114.

⁷⁹ Ibidem.

⁸⁰ M. Foucault: *Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception*. Translated from the French by A.M.S. Smith. New York: Pantheon Books, 1973, s. 35.

⁸¹ Ibidem, s. 90.

⁸² L. Siisiäinen: *Foucault's Voices: Toward the Political Genealogy of the Auditory-Sonorous*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2010, s. 194.

badanie, mierzenie, a ostatecznie porównywanie jednostek z ustanowionymi normami”⁸³.

Trzeba dodać, że poststrukturalizm rezygnuje z renesansowej tradycji postrzegania ciała wyłącznie jako transhistorycznego i transkulturowego układu tworzonego przez biologiczne elementy, jak mięśnie, organy czy kości. W ramach tego nurtu uważa się, że determinizm biologiczny utrudnia postrzeganie ciała w kontekstach kulturowych i społecznych. W poststrukturalizmie podejmuje się więc dyskusję nad kulturowymi sposobami konstruowania i przekształcania ciała⁸⁴.

Podsumowanie

Przedstawione socjologiczne interpretacje zdrowia, których próby rekonstrukcji dokonano, różnią się między sobą bardzo istotnie. Wydaje się jednak, że zaprezentowane strategie nie kreują rzeczywistości społecznych w zakresie zdrowia, lecz stanowią merytoryczną i adekwatną odpowiedź na rzeczywistości, które realnie istnieją. Każda z tych rzeczywistości dostarcza wglądu w inną sferę **istnienia i postrzegania** zdrowia lub rzuca światło odmiennego koloru na tę samą sferę. Nie ma zatem żadnego sensu rozstrzyganie, która z tych teorii jest „lepsz” lub prawdziwsza. Przy czym żadna z nich nie może sobie rościć prawa do bycia obiektywną lub wolną od wartości czy neutralną. Można w tym miejscu przywołać słowa Zygmunta Baumana, który twierdzi, że każdy opis świata w socjologii jest „w sposób nieunikniony spleciony z prakseologicznymi wyborami”, a socjolog zawsze pozostaje jedynie „interpretatorem”⁸⁵.

Bibliografia

Aittomäki A.: *Social-class Inequalities in Ill Health – the Contribution of Physical Workload*. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine, Department of Public Health, 2008.

⁸³ D. Lupton: *Foucault and the Medicalisation Critique*. In: *The Nature of Medical Sociology*. Ed. G. Scambler. London–New York 2005, s. 249.

⁸⁴ Por. D. Kirk: *The Body. Schooling and Culture*. Geelong: UNSW Press, 1993, s. 2–3.

⁸⁵ Z. Bauman: *Socjologia i nowożytność*. W: *Racjonalność współczesności. Między filozofią a socjologią*. Red. H. Kozakiewicz, E. Mokrzycki, M.J. Siemek. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1992.

- Andrews M.M., Boyle J.S.: *Transcultural Concepts in Nursing Care*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Apple M.W.: *Official Knowledge. Democratic Education in a Conservative Age*. New York: Routledge, 1993.
- Bardhan P., Bowles S., Gintis H.: *Wealth Inequality, Wealth Constraints and Economic Performance*. In: *Handbook of Income Distribution*. Vol. 1. Eds. A.B. Atkinson, F. Bourguignon. Amsterdam–New York: Elsevier, 2000. <http://www.umass.edu/preferen/gintis/handbook.pdf> [25.02.2018].
- Barkan S.E.: *Health and Medicine*. In: *Sociology. Comprehensive Edition*. 2012. <https://2012books.lardbucket.org/pdfs/sociology-comprehensive-edition/s21-health-and-medicine.pdf> [25.02.2018].
- Bauman Z.: *Socjologia i nowożytność*. W: *Racjonalność współczesności. Między filozofią a socjologią*. Red. H. Kozakiewicz, E. Mokrzycki, M.J. Siemek. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1992.
- Berger P.: *Tożsamość jako problem socjologii wiedzy*. W: *Problemy socjologii wiedzy*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1985.
- Berger P., Luckmann T.: *Społeczne tworzenie rzeczywistości*. Przeł. i słowem wstępnym opatrzył J. Niżnik. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1983.
- Białyśzewski H.: *Wstęp do wydania polskiego*. W: T. Parsons: *Szkice z teorii socjologicznej*. Przeł. A. Bentkowska. Wstępem opatrzył H. Białyśzewski. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1972.
- Blackledge D., Hunt B.: *Sociological Interpretations of Education*. London–Dover: C. Helm, 1985.
- Bowles S., Gintis H.: *Schooling in Capitalist America. Educational Reform and the Contradictions of Economic Life*. New York: Basic Books, 1976.
- Brown R.H.: *Rhetoric, Textuality and the Postmodern Turn in Sociological Theory*. „Sociological Theory” 1990, vol. 8, no. 2.
- Capra F.: *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*. Przeł. E. Woźdyłło. Przedmową opatrzyła A. Wyka. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1987.
- Cornish F., Gillespie A.: *A Pragmatist Approach to the Problem of Knowledge in Health Psychology*. „Journal of Health Psychology” 2009, vol. 14 (6).
- Cribb A.: *Healthcare in Transition. Understanding Key Ideas and Tensions in Contemporary Health Policy*. Bristol: Policy Press, 2017.
- Engel G.L.: *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. „Psychodynamic Psychiatry” 2012, vol. 40 (3).

- Foucault M.: *Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception*. Translated from the French by A.M.S. Smith. New York: Pantheon Books, 1973.
- Gerhardt Ch.: *Criticism of Biomedicine*. In: *Society and Health: An Introduction to Social Science for Health Professionals*. Eds. G. Moon, R. Gillespie. London–New York: Routledge, 2005.
- Gimmler A.: *The Concept of Health and its Normative Implications: A Pragmatic Approach*. In: *Health and Quality of Life: Philosophical, Medical, and Cultural Aspects*. Eds. A. Gimmler, Ch. Lenk, G. Aumüller. Münster–Hamburg–London: Lit Verlag, 2002.
- Havelka M., Lučanin J.D., Lučanin D.: *Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease*. „Collegium Antropologicum” 2009, vol. 33, no. 1.
- Health Inequalities and Global Justice*. Eds. P.T. Leonard, Ch. Straehle. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2012.
- Hofmann B.: *Simplified Models of the Relationship between Health and Disease*. „Theoretical Medicine and Bioethics” 2005, vol. 26 (5).
- Hurn Ch.J.: *The Limits and Possibilities of Schooling. An Introduction to the Sociology of Education*. Boston: Allyn and Bacon, 1978.
- Illich I.: *Limits to Medicine. Medical Nemesis, the Expropriation of Health*. London: Boyars, 1976.
- Islam S.M.: *Culture, Health and Development in South Asia: Arsenic Poisoning in Bangladesh*. London–New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016.
- Johansson K., Ekebergh M., Dahlberg K.: *A Lifeworld Phenomenological Study of the Experience of Falling Ill with Diabetes*. „International Journal of Nursing Studies” 2009, vol. 46 (2).
- Kaminskas R., Darulis Ž.: *Peculiarities of Medical Sociology: Application of Social Theories in Analyzing Health and Medicine*. „Medicina” 2007, vol. 43.
- Kimiecik J.: *The Eudaimonics of Health: Exploring the Promise of Positive Well-Being and Healthier Living*. In: *Handbook of Eudaimonic Well-Being*. Ed. J. Vittersø. Switzerland: Springer, 2016.
- Kirk D.: *The Body. Schooling and Culture*. Geelong: UNSW Press, 1993.
- Knight J., Smith R., Sachs J.: *Deconstructing Hegemony: Multicultural Policy and a Populist Response*. In: *Foucault and Education. Disciplines and Knowledge*. Ed. S.J. Ball. London–New York: Routledge, 1990.
- Lupton D.: *Foucault and the Medicalisation Critique*. In: *Medical Sociology. Major Themes in Health and Social Welfare*. Ed. G. Scambler. Vol. 1: *The Nature of Medical Sociology*. London–New York: Routledge, 2005.

- Meighan R., Siraj-Blatchford I.: *A Sociology of Educating*. 3rd ed. London: Cassell, 1997.
- Melosik Z.: *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*. Poznań-Toruń: Wydawnictwo Edytor, 1995.
- Mercer B., Covey H.C.: *Theoretical Frameworks in the Sociology of Education*. Cambridge, Mass.: Schenkman Pub. Co., 1980.
- Powell J.L.: „You’ll Never Walk Alone”: *Phenomenology and Ageing in Contemporary Culture*. „International Letters of Social and Humanistic Sciences” 2014, vol. 27. <https://www.scipress.com/ILSHS.27.19> [18.10.2018].
- Power E.J.: *Philosophy of Education. Studies in Philosophies, Schooling and Educational Policies*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982.
- Prado C.G.: *The Limits of Pragmatism*. Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press, 1989.
- Roman E.: *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesów socjalizacji młodzieży*. „Forum Oświatowe” 1994, nr 1.
- Shapiro S.: *Postmodernism and the Crisis of Reason: Social Change or the Drama of Aesthetic?* „Educational Foundations” 1991, vol. 5 (4).
- Siisiäinen L.: *Foucault’s Voices: Toward the Political Genealogy of the Auditory-Sonorous*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2010.
- Sociological Perspectives on Health and Health Care*. <http://open.lib.umn.edu/socialproblems/chapter/13-1-sociological-perspectives-on-health-and-health-care/> [19.10.2018].
- Sointu E.: *Theorizing Complementary and Alternative Medicines. Well-being, Self, Gender, Class*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire-New York: Palgrave Macmillan, 2012.
- Sośnicki K.: *Rozwój pedagogiki zachodniej na przełomie XIX i XX wieku*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, 1967.
- Stephens Ch.: *Health Promotion. A Psychosocial Approach*. Maidenhead-New York: Open University Press, 2008.
- Van Scotter R.D., Hass J.D., Kraft R.J.: *Foundations of Education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1979.
- Varul M.Z.: *Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness*. „Body and Society” 2010, vol. 16 (2).
- Wermuth L.: *Global Inequality and Human Needs: Health and Illness in an Increasingly Unequal World*. Boston: Pearson, 2003.
- Wu P.-X. et al.: *Patients’ Experience of Living with Glaucoma: a Phenomenological Study*. „Journal of Advanced Nursing” 2010, vol. 67 (4).
- Wulff H.R.: *The Relationship between Health, Disease and Quality of Life*. In: *Health and Quality of Life: Philosophical, Medical, and Cultural Aspects*. Eds. A. Gimmler, Ch. Lenk, G. Aumüller. Münster-Hamburg-London: Lit Verlag, 2002.

Zola I.K.: *Medicine as an Institution of Social Control*. „The Sociological Review” 1972, vol. 20 (4).

Zbyszko Melosik

Sociological Interpretation of Health: an Attempt to Reconstruct Different Realities

Summary: The aim of the article is to reconstruct sociological interpretations of health as well as confronting them with the prevailing biomedical model. In this context, the author presents health/illness and medicine assumptions implicated in functional structuralism, conflict theory, phenomenology, pragmatism and poststructuralism. He states that in spite of different perspectives, each of these approaches provides valuable insight into the relationship between health, individual and society.

Key words: sociology, health, medicine, social constructivism

Zbyszko Melosik

Soziologische Interpretationen der Gesundheit – ein Rekonstruktionsversuch von unterschiedlichen Wirklichkeiten

Zusammenfassung: Die Abhandlung bezweckt, soziologische Interpretationen der Gesundheit mit dem dominanten biomedizinischen Modell zu konfrontieren. Der Verfasser schildert die Voraussetzungen im Bereich der Gesundheit/Krankheit und der Medizin in Bezug auf strukturellen Funktionalismus, Theorie des Konfliktes, Phänomenologie, Pragmatismus und Poststrukturalismus. Er behauptet, dass jede der genannten Auffassungen trotz unterschiedlicher Perspektive eine wertvolle Einsicht in Wechselwirkungen zwischen der Gesundheit, dem Menschen und der Gesellschaft gewährt.

Schlüsselwörter: Soziologie, Gesundheit, Medizin, sozialer Konstruktivismus