

Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie

Anna Titkow

Wprowadzenie

Współcześnie dość popularne jest postrzeganie choroby jako zjawiska biologicznego, ale charakteryzującego się rozbudowanymi psychicznymi i społecznymi przesłankami, korelatami i konsekwencjami. Nim tak się stało, również socjologom i przedstawicielom nauk społecznych dość dużo czasu zajęło zaakceptowanie sfery zdrowia i choroby jako przedmiotu własnych zainteresowań badawczych. Jeszcze pięćdziesiąt lat temu w badaniach nad przekonaniem i obyczajami związanymi ze zdrowiem i chorobą dominowały raczej studia etnograficzne. Empiryczne, systematyczne badania zachorowań związanych ze zdrowiem i chorobą mają mniejszą tradycję niż badania prowadzone w innych dziedzinach nauk o zachowaniu. Proponowana tutaj interpretacja powyższych zachowań nastawiona jest na rozważenie ich przydatności przy budowie wiedzy o społeczeństwie. Naszym zdaniem jako elementy takiej wiedzy warto przyjąć zarówno wskaźniki socjomedyczne, zawierające zmienne behawioralne, jak i twierdzenia o zachowaniach ludzkich, związanych ze zdrowiem i chorobą.

Jeszcze w latach osiemdziesiątych XX wieku w kulturze euroamerykańskiej dla paru powodów uzasadnione było posługiwanie się określeniem „zachowanie medyczne” jako odpowiednikiem owych „zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą”. Po pierwsze istniał – w znacznie większym stopniu niż ma to miejsce obecnie – monopol instytucji medycyny oficjalnej, obejmujący wszelkie rodzaje usług i świadczeń niezbędnych w wypadku choroby. Tylko na jej terenie jednostki miały prawo zaspokajać swoje potrzeby zdrowotne. Po drugie dominowało normatywne oddziaływanie instytucji medycyny, która kształtowała zachowania otaczające zdrowie i chorobę poprzez lansowanie określonych wzorów i norm; głównie poprzez środki masowego przekazu medycyna oficjalna wpływała na treści kultury medycznej laików, czyli na zespół zachowań i postaw związanych ze zdrowiem i chorobą.

Trudno jest jednak w pełni zaakceptować określenia „zachowanie medyczne” w epoce medycyny alternatywnej, grup samopomocy, samoleczenia, panującego hasła „twoje zdrowie w twoich rękach”.

Niezmiennie jednak dla określenia dziedziny badawczej termin zachowanie medyczne jako bardziej ogólny wydaje się poręczniejszy i trafniejszy niż na przykład pojęcia: zachowanie zdrowotne, zachowanie w chorobie. Pierwszy ma ścisły związek z profilaktyką, zachowaniami higienicznymi, drugi kojarzy się nade wszystko z pojedynczymi zdarzeniami chorobowymi. Te kłopoty terminologiczne są odbiciem nierozstrzygniętego ciągle dylematu, czy uprawiamy socjologię zdrowia czy socjologię choroby, czy też socjologię medycyny.

Przyjmijmy zatem rozstrzygnięcie kompromisowe i będziemy posługiwać się określeniem „zachowanie związane

ze zdrowiem i chorobą”, rozumiejąc przez nie każdy rodzaj działań związanych ze zdrowiem i chorobą podejmowanych przez jednostki.

Wśród badaczy panuje zgoda, by terminem zachowanie dla zdrowia (*health behavior*) określać każdą działalność podejmowaną przez jednostki po to, aby być zdrowym – albo poprzez zapobieganie chorobom, albo poprzez ich wczesne wykrywanie. Natomiast przez zachowanie w chorobie (*illness behavior*) rozumie się sposoby traktowania objawów chorobowych; ich definiowanie i interpretowanie oraz działania podejmowane po to, aby zniwelować chorobę i jej objawy. W tej drugiej podklasie mieszczą się zachowania składające się na „rolę chorego” i „rolę pacjenta”.

Zastanówmy się teraz, jakie są możliwości powiązań między zmiennymi behawioralnymi a sferą zdrowia i choroby. Pierwszą możliwość widzimy w postaci wskaźników socjomedycznych.

Wskaźniki socjomedyczne

Posługiwanie się terminem „wskaźniki socjomedyczne” zakłada, że mamy do czynienia z pewną grupą wskaźników, które daje się wyróżnić bądź to ze względu na klasę zjawisk wskaźnikowanych, bądź też ze względu na przyjętą procedurę doboru wskaźników. W gronie socjologów medycyny nie ma jednoznacznego poglądu, co się właściwie rozumie pod tym hasłem. Wydaje się, że warto nazwę tę zarezerwować przede wszystkim dla takich sytuacji, w których zmienne społeczne (behawioralne) są wykorzystywane do opisu wpływu chorób na funkcjonowanie jednostek. Za tą propozycją przemawia istnienie wyraźnie określonej grupy zjawisk wskaźnikowanych, jaką jest stan zdrowia społeczeństwa.

Propozycje nowych wskaźników stanu zdrowia poprzedzone były krytyczną oceną poprzednio stosowanych wskaźników dotyczących zarówno zdrowia jednostek, jak i większych grup i społeczności.

W pierwszym przypadku obiekcje dotyczyły przede wszystkim rzetelności stosowanych miar. Przy ocenie stanu zdrowia jednostek musimy opierać się na testach, diagnozach klinicznych, gdyż są one, jak do tej pory, jedynym trafnym sposobem jego pomiaru. Należy jednak być świadomym pozornej obiektywności i jednoznaczności ocen stosowanych przez lekarzy. Pole działania lekarza wyznacza wiele pozamedycznych czynników; w dużym stopniu zasób informacji udzielanych przez pacjenta. Lekarz podczas badania może zakwalifikować jednostkę jako zdrową, jeśli jednostka ta nie ujawni żadnych objawów chorobowych. Lekarz ze specjalizacją „medycyna pracy” przy ocenie stanu zdrowia pacjenta może się kierować specyfiką stanowiska pracy badanej jednostki. Problem można sprowadzić więc do funkcjonowania różnych skal medycznych, za pomocą których oceniane jest zdrowie jednostek.

O walorze badań nad zachorowalnością, w których wykorzystuje się wskaźniki behawioralne, stanowi w dużej mierze reprezentatywny charakter grup ludności badanych tą właśnie metodą. Ponieważ na ogół trudno jest obserwować wpływ chorób na ludzkie funkcjonowanie, najwygodniejszą – szczególnie przy próbach reprezentacyjnych – metodą uzyskiwania wyżej wymienionych informacji stanowi wywiad.

Dla większości badań podejmowanych w tej problematyce można podać kilka wspólnych założeń. Zakłada się na przykład, że informacje uzyskane w czasie wywiadów, dotyczących wpływu choroby na aktywność jednostek, mogą

być materiałem dla reprezentatywnych szacunków zachorowalności w danej grupie. Zakłada się, że wpływ choroby na jednostki należy operacjonalizować poprzez pomiary szeroko rozumianej aktywności jednostek (motorycznej, intelektualnej, społecznej). Po trzecie, za normę przyjmuje się przeciętną aktywność w grupie o określonych parametrach. Po czwarte, krańce skali ograniczeń funkcjonowania wskutek choroby stanowią sytuacje: całkowitej niemożności pełnienia jakiejkolwiek roli społecznej oraz brak jakichkolwiek ograniczeń w sposobie pełnienia ról przypisanych danej osobie.

Dotychczasowe propozycje i rozwiązania problemu – jak badać wpływ choroby na funkcjonowanie jednostek – wykorzystują niektóre kombinacje kilku wymienionych poniżej wymiarów analizy:

- 1) sprawność motoryczną – mierzoną za pomocą skali;
- 2) aktywność związaną z pełnieniem ról i zadań życiowych – mierzona za pomocą skal;
- 3) rodzaje miejsc, w których przebywają osoby z ograniczeniami funkcjonalnymi (instytucje, domy prywatne);
- 4) czas trwania ograniczeń funkcjonalnych – na ogół zasadnicze rozróżnienie przebiega zgodnie z podziałem na krótką zachorowalność i chroniczną, tj. taką, która trwa co najmniej trzy miesiące;
- 5) jednostki czasu, dla których oblicza się szacunki ludzi z naruszoną sprawnością, np. w ośrodkach rutynowo stosujących wskaźniki funkcjonalne, zbiera się dane, które służą do szacunków rocznych.

Trzeba podkreślić, że charakteryzowane wyżej rozwiązania nie pretendują i nie posiadają wyłączności przy szacowaniu stanu zdrowia szerszych grup społecznych. Nie można tego powiedzieć o koncepcji Donalda Patricka, Williama

Busha i Michaela Chena (1973), która jest prezentacją radykalnego behawioryzmu. Przedstawimy ją wyłącznie po to, by pokazać „technologię” budowania indeksów poziomu funkcjonowania jednostek będących pod wpływem choroby.

Twórcy koncepcji indeksu poziomu funkcjonowania jako wskaźnik stanu zdrowia proponują przyjąć połączenie stopni poziomów funkcjonowania jednostek z prawdopodobieństwem pożądaných zmian w owym funkcjonowaniu. Autorzy zajęli się tylko pierwszym elementem tego wskaźnika. Za miarę porównań przyjęli zespół czynności, które większość osób podejmuje w ciągu dnia. Patrick, Bush i Chen nie uwzględniają w swojej koncepcji medycznego sposobu określania jednostek chorobowych. Konsekwencją takiego rozumienia zaburzeń spowodowanych przez różne choroby u osób pełniących różne role społeczne jest możliwość uzyskania uniwersalnego sposobu określania wystąpienia choroby. Uniwersalizm tego typu pomiaru polega na tym, że da się on zastosować do wszystkich grup społecznych i do wszystkich jednostek chorobowych.

Na omawiany wyżej indeks składają się trzy skale: aktywności społecznej, aktywności fizycznej i ruchliwości. Wśród wymienionych najważniejsza jest skala pierwsza. Obejmuje ona opis aktywności podstawowych, czyli przebiegających w miejscu pracy, szkole, miejscu zabaw, domu oraz aktywności innych niż podstawowe: religijnych, wypoczynkowych, wojskowych. Skala aktywności fizycznej zajmuje się opisem takich czynności, jak stanie, chodzenie, siedzenie. Skala ruchliwości opisuje sposób przenoszenia się z miejsca na miejsce. Kombinacje różnych stopni trzech zmiennych dają sto poziomów funkcjonowania.

Omawiany indeks stanowi interesującą propozycję metodologiczną. Wykorzystuje dotychczasowe – niemedyczne

ne osiągnięcie w podejściu do zdrowia i choroby: operuje takim rozumieniem zdrowia i choroby, w którym stanowią one continuum, za podstawowe zmienne przyjmuje zmienne behawioralne, które są stosowalne do wszystkich kategorii społecznych, nie tylko tych z wyraźnie sprecyzowanymi rolami zawodowymi.

Jako podstawową różnicę między zmiennymi behawioralnymi występującymi we wskaźnikach socjomedycznych a zmiennymi behawioralnymi, o których będzie mowa w cytowanych dalej twierdzeniach empirycznych, powinniśmy wymienić przede wszystkim odmienną informację, które uzyskujemy stosując każdy z obu wydzielonych rodzajów zmiennych. W twierdzeniach empirycznych za pomocą zmiennych behawioralnych mówimy o sytuacjach, w których zróżnicowania zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą współwystępują z określonymi zmiennymi społecznymi. Natomiast za pomocą wskaźników socjomedycznych mówimy o wpływie zmiany patologicznej na działanie, funkcjonowanie ludzkie.

Twierdzenia o zachowaniach związanych ze zdrowiem i chorobą

Pokazaliśmy już jeden typ powiązań między zmiennymi behawioralnymi a sferą zdrowia i choroby. Poniżej zajmiemy się tym działem zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą, który powstaje jako efekt sprawdzania hipotez o zależnościach między ludzkimi zachowaniami w zdrowiu i chorobie a różnymi społecznymi sytuacjami, w których ci ludzie się znajdują.

Systematyzację ściśle socjologicznej problematyki tych zachowań przedstawię w postaci zbioru twierdzeń uporządko-

wanych według charakteru zmiennych niezależnych – kulturowych, stratyfikacyjnych – wychodząc z założenia, że właśnie te rodzaje zmiennych dają się wyspecyfikować jako bezpośrednio związane z zachowaniami. W ten sposób, po pierwsze, chcemy pokazać, że zachowania związane ze zdrowiem i chorobą podlegają podobnym społecznym prawidłowościom co pozostałe sfery życia jednostek, po drugie, chcemy spojrzeć na skromny i wyrywkowo przedstawiony zbiór wymienionych twierdzeń bardziej perspektywicznie jako na ewentualny materiał teoretycznej systematyzacji twierdzeń.

Zastanówmy się najpierw, co można powiedzieć o zachowaniach medycznych, kiedy rozważa się je na tle zmiennych kulturowych. Interesowały mnie te przykłady empiryczne i rozważania teoretyczne, które opierają się na materiałach pochodzących z kultury europejskiej i północnoamerykańskiej.

Zakres stosowanych tu generalizacji sięga od makrostrukturalnych koncepcji proponowanych przez Talcotta Parsonsa do badań o charakterze monograficznym, prowadzonych – między innymi – w obrębie grup etnicznych o odmiennych kulturach.

Ponieważ koncepcja Parsonsa była już omawiana w poprzednich rozdziałach autorstwa Magdaleny Sokołowskiej i Barbary Uramowskiej-Żyto, a także pojawia się w dalszej części tej książki, tu skupimy się głównie na czynnikach społecznych wpływających na fakt, iż w sytuacji tej samej choroby ludzie na nią różnie reagują.

Spójrzmy dla przykładu na społeczne czynniki „zamieniające” osoby w różnych chorych i w różnych pacjentów. Istnienie grup etnicznych, które można utożsamiać z odrębnymi kulturami, zwróciło uwagę znacznej części badaczy amerykańskich (Zola, Zborowski, Suchman) na rolę kultury,

a zwłaszcza na proces socjalizacji jako główny mechanizm w kształtowaniu zachowań medycznych.

Irving Zola (1966) przeprowadził badania nad elementami procesu, w wyniku którego jednostka staje się osobą chorą i pacjentem. Elementy te były analizowane na podstawie zasadniczo podobnych jednostek chorobowych. Zola wybrał do swych badań aktualnych pacjentów przyszpitalnych ambulatoriów. Wybrani pacjenci należeli do trzech narodowości: włoskiej, irlandzkiej, anglosaksońskiej. Grupy narodowościowe nie różniły się zasadniczo zajmowaną pozycją społeczno-zawodową, stopniem wykształcenia, możliwością dostępu do opieki medycznej. Hipoteza Zoli o kulturowym uwarunkowaniu zachowań medycznych potwierdziła się. A oto twierdzenie uzyskane jako efekt przeprowadzonych badań:

I.1. Określona percepcja symptomów chorobowych, sposób ich prezentowania, sposób podjęcia decyzji udania się po pomoc lekarską współwystępują z daną kulturą (w tym wypadku związaną z przynależnością do określonej grupy etnicznej).

I.2. Różnice w treści informacji przekazywanych przez pacjentów lekarzom są wynikiem zróżnicowanego procesu postrzegania symptomów chorobowych (według Zoli podejście takie może wyjaśnić niezrozumiałe dotychczas zróżnicowania epidemiologiczne).

I.3. Określony kulturowo sposób wyrażania symptomów wpływa na diagnozę wydaną przez lekarza (niekiedy terapeutom jest bardzo trudno odróżnić symptomy chorobowe od podkulturowych wzorów ekspresji).

Kolejne twierdzenia dotyczą w dalszym ciągu tego aspektu podejścia kulturowego, który bezpośrednio odnosi się do mechanizmów i procesów socjalizacji.

I.4. Treści związane ze zdrowiem i chorobą przekazywane w trakcie procesu socjalizacji w dzieciństwie wpływają na zachowania medyczne prezentowane w wieku późniejszym:

- a) kształtują reakcję na ból (Zborowski 1969),
- b) kształtują intensywność zachowań profilaktycznych (Suchman 1964),
- c) kształtują stopień akceptacji roli chorego (Suchman 1964).

Mark Zborowski (1969) szukał wyjaśnienia tych różnicowań w procesach socjalizacyjnych przebiegających w dzieciństwie. Badał grupy etniczne: Żydów, Włochów, Irlandczyków, Amerykanów pochodzenia anglosaksońskiego. Badani Żydzi oraz Włosi reagowali bardzo emocjonalnie na ból, Amerykanie ze stoicyzmem, Irlandczycy natomiast negowali w ogóle jego istnienie. Zborowski podkreśla, że matki żydowskie i włoskie cechowała przesadna opiekuńczość wobec dzieci, w wyniku czego wyuczyły się one skupiać uwagę na bólowych doświadczeniach i szukać pomocy; przyswoiły sobie reakcje lękowe na objawy.

Jak się wydaje, badanie zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą różnych grup etnicznych – rozumianych tutaj jako odrębne kultury – prawie zawsze potwierdzi hipotezę o różnicującej roli determinant kulturowych.

Jednak tak wyrazisty wpływ czynników kulturowych na odmienności zachowań w chorobie możemy obserwować tylko wówczas, kiedy pod tym hasłem kryją się systemy różnych kultur. Badania uwzględniające zmienne kulturowe związane z jedną kulturą prowadzą do zgoła odmiennych ustaleń. Jak wykazały badania Davida Mechanica (1964), przeprowadzone w grupie amerykańskich matek i dzieci, nie ma istotnej zbieżności między treściami związanymi

ze zdrowiem i chorobą, które matki przekazują w procesie socjalizacji dziecka, a poglądami i postawami ich dzieci w tej sferze.

Pytania o rolę zmiennych kulturowych w procesie wyjaśniania interesujących nas zachowań, jak również pytania o typ zmiennych kulturowych, które należy badać w społeczeństwach homogenicznych, pozostają na razie bez zdecydowanej odpowiedzi.

W zbiorze twierdzeń o „illness” i „health behavior” znajduje się wiele takich, które łączą te zachowania z cechami położenia społecznego. Lektura prac, w których zmienne stratyfikacyjne zajmują wśród zmiennych niezależnych naczelną rolę, sugeruje, że warto stawiać hipotezy o istnieniu zróżnicowania tych zachowań zgodnym z podziałem społeczeństwa na grupy zajmujące odmienne pozycje społeczne. Jedną z propozycji interpretacji tych zróżnicowań zawarta jest w twierdzeniu o wielowymiarowych skutkach zajmowanej pozycji społeczno-ekonomicznej. Brzmi ono następująco:

II.1. Im niższa klasa społeczna, tym gorsze wejście w różne układy społeczne (źródła informacji, świadczenia socjalne), tym większa tolerancja na objawy chorobowe, tym bardziej ograniczone korzystanie z instytucji medycznych.

Cytowane twierdzenie powstało na marginesie badania Edwarda L. Koosa (1954), który pierwszy empirycznie wykazał zróżnicowanie zachowań medycznych w poszczególnych klasach społecznych. Twierdzenie to ma wartości heurystyczne; jest to jedna z nielicznych propozycji wyjaśniania, dlaczego ludzie o odmiennych pozycjach społecznych różnią się w swoich zachowaniach otaczających nawet te same jednostki chorobowe. W schemacie tym istotną rolę odgrywa – jako zmienna modyfikująca – pojęcie upośledzenia eko-

onomicznego, a szczególnie psychologiczne skutki zajmowanej przez jednostki pozycji społecznej. Sprawa jest otwarta, a badania podejmowane.

Oto niektóre, przykładowe twierdzenia:

II.2. Wymagania w zakresie opieki zdrowotnej u ludzi żyjących w korzystnych warunkach są wyższe niż u ludzi znajdujących się w warunkach gorszych. (Zdaniem pielęgniarek, chorzy należący do wyższych klas społecznych mają zbyt wygórowane wymagania, przedstawiciele niższych zaś, zbyt niskie – Haavio-Mannila³ 1969).

Przyczynkiem do weryfikacji hipotezy o wpływie zajmowanej pozycji społecznej na zachowania medyczne są badania nad zależnością między sytuacją społeczno-ekonomiczną matek a uczestnictwem ich dzieci w szczepieniach ochronnych przeciw chorobie Heinego-Medina (Clausen, Deasy 1956). W badanej populacji nie działał bezpośrednio czynnik ekonomiczny, ponieważ szczepienia były bezpłatne. Podstawowe wyniki badania sprowadzają się do dwu twierdzeń.

II.3. Im niższa klasa społeczna, tym mniejszy lęk przed chorobą, tym słabsza wiedza o profilaktyce z nią związanej, tym mniejsza liczba zaszczepionych dzieci.

II.4. Im wyższa klasa społeczna, tym większa podatność na oświatę zdrowotną, tym częstsze występowanie pozytywnych zachowań profilaktycznych.

Rzecz jasna, rola zmiennych stratyfikacyjnych jako korelatów zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą zdecydowanie słabnie w społeczeństwie i społecznościach, w których zmiany społeczne mają prowadzić do zacierania różnego typu różnicowań. Tak na przykład o zbiorowości warszawskiej pierwszej połowy lat siedemdziesiątych możemy powiedzieć, że cechowała ją znaczna homogeniczność postaw i zachowań związanych z przyjmowaniem i pełnie-

niem roli chorego i pacjenta. Dodajmy jednak, że tej tendencji w stosunkowo najmniejszym stopniu podlegał sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Stwierdzono na przykład, że wzrost statusu badanych jednostek sprzyjał dostępności do różnorodnych form pierwszej pomocy lekarskiej oraz omijaniu zasadnej rejonizacji, obowiązującej przy korzystaniu ze szpitali. Sprzyjał więc korzystaniu z tzw. „lepszyc” form świadczeń ze strony medycyny (Titkow 1983).

Warto jeszcze wspomnieć o klasycznych badaniach Augusta B. Hollingsheada i Fredericka C. Redlicha (1958), poświęconych roli usytuowania jednostki w strukturze społecznej w kształtowaniu przebiegu jej choroby psychicznej. Autorzy zebrali dane o badanej populacji za pomocą wywiadu socjologicznego i psychiatrycznego. Badaną populację stanowiło pięć klas (I – najwyższa, V – najniższa). Wyniki zawierają, między innymi, dwa cytowane poniżej twierdzenia.

II.5. Pozycja społeczna zajmowana przez jednostkę jest czynnikiem determinującym sposób dostania się do psychiatrii. Jednym z wniosków szczegółowych tej części badania było stwierdzenie, że dwie najwyższe klasy rzadziej niż przedstawiciele klas najniższych stykają się z psychiatrą w sposób drastyczny – za pomocą karettek, policji, pod przymusem.

II.6. Sposób leczenia pacjentów psychiatrycznych powiązany jest z zajmowaną przez nich pozycją społeczną.

Teoretycznie powinny decydować o tym symptomy, dlatego wytypowano do analizy pacjentów z tą samą diagnozą. Okazało się jednakże, że im niższa pozycja, tym częściej neurotycy są hospitalizowani. Psychoterapia była stosowana w dwu najwyższych klasach dla 46,9% pacjentów, a w klasie najniższej dla 4,9%. Kiedy przyjęto za stałą miejsce leczenia, okazało się, że nawet w takich placówkach medycznych,

w których nie występują bezpośrednio powiązania pobytu i leczenia z kosztami (klinika, w której wszyscy pacjenci opłacają koszty leczenia), psychoterapia jest ordynowana ponad 10 miesięcy wobec 59% pacjentów z II klasy i tylko wobec 14% pacjentów z V klasy. Analizując stosowaną w klinikach terapię stwierdzono ponadto następującą zależność: im niższa klasa, tym większa tendencja do stosowania lobotomii i przetrzymywania w szpitalu osób z rozpoznaniem schizofrenii. Schizofrenicy z klas najwyższych przebywali średnio na leczeniu 10,5 roku, a schizofrenicy z klasy najniższej 15,2 roku. Długość leczenia pacjentów psychotycznych wyznaczona była także ich statusem. Alkoholicy z klas najwyższych przebywali na leczeniu średnio dwa lata, z najniższych – pięć lat.

Zwrócenie uwagi na drastyczny problem powiązania rodzaju stosowanej terapii ze statusem reprezentowanym przez pacjentów decyduje o pionierskim charakterze pracy Hollingsheada i Redlicha.

Wróćmy jeszcze do twierdzeń, które mówią o sposobach pełnienia roli chorego, choć tym razem pokazują one ścisłe związki teorii ról społecznych z koncepcją psychologicznych skutków zajmowanej pozycji społecznej.

Wiele badań pokazuje, że najczęściej stosowanym przez jednostki kryterium przy nazywaniu się chorym są możliwości pełnienia przez te osoby normalnych zadań życiowych. Równocześnie te badania pokazują zróżnicowany w poszczególnych grupach społecznych udział wspomnianej możliwości w określaniu się chorym, a co więcej, pokazują rozmaite kierunki tych zróżnicowań. Świadczyć to może nie tylko o konieczności kontrolowania większej liczby zmiennych, które podejrzewa się o wpływ na zachowania, ale przede wszystkim o potrzebie sformułowania hipotetycznych wyjaśnień.

III.1. Kiedy pełnione role i zadania życiowe z pewnych powodów nie dają satysfakcji albo kiedy jednostka czuje, że źle je wypełnia, wówczas przyjęcie roli chorego ułatwia uwolnienie się od tych niesatysfakcjonujących ról (Cole, Lejeune 1972).

III.2. U osób z wyższym dochodem niezdolność do pracy odgrywa większą rolę w określaniu się chorym niż w pozostałych grupach (Robinson 1971).

III.3. Jednostki mające niski dochód postrzegają się jako osoby bardziej chore niż wskazują na to wyniki badań lekarskich (National Center for Health Statistics 1967).

III.4. Osoby o niskim statusie w porównaniu z osobami o wysokim statusie mają większą inklinację do szybkiego szukania pomocy lekarzy po spostrzeżeniu objawów choroby (Battistella 1968).

III.5. U przedstawicieli klas o niższym statusie występują silniejsze tendencje wyrażania stresu psychologicznego poprzez nasilenie się objawów fizjologicznych (Crandell, Dohrenwend 1967).

III.6. Kobiety z klasy niższej oraz kobiety o niespójnych wskaźnikach pozycji społecznej mają większą niż kobiety z klasy średniej i wyższej tendencję do postrzegania się podczas ciąży jako osoby chore (Rosengren 1964).

III.7. We wszystkich grupach statusu najważniejszym czynnikiem wpływającym na przyjęcie roli chorego jest prognoza medyczna (Gordon 1966).

III.8. We wszystkich grupach statusu występują dwa typy oczekiwań wobec zachowań osób chorych; inne są oczekiwania wobec ludzi chorych ze złym i niepewnym rokowaniem, inne wobec tych z rokowaniem pomyślnym (Gordon 1966).

III.9. Wraz z obniżaniem się statusu wzrasta tendencja do traktowania osób lekko chorych jako jednostek zależnych (Gordon 1966).

Powyższe twierdzenia empiryczne wyraźnie pokazują, że badaczom w dużym stopniu chodziło nie tylko o stwierdzenie pewnych faktów zbieżności zjawisk organicznych i behawioralnych, ale również o uchwycenie czynników kształtujących taki, a nie inny charakter tych zbieżności.

W stronę wielozmiennowych modeli

Posługując się kategoriami stratyfikacyjnymi stwarzamy szansę wyjścia poza scenograficzny opis zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą. Możemy bowiem proponować sposoby wyjaśnienia części zróżnicowania tych zachowań. Stanie się tak pod jednym wszakże warunkiem. Jest nim uwzględnienie integralnie związanych z kształtem danej struktury społecznej czynników współtworzących zachowania jednostek. Chodzi tu głównie o ocenę pozycji zajmowanej w strukturze społecznej i konsekwencje społeczno-psychiczne tej oceny, na przykład poczucie względnego upośledzenia lub uprzywilejowania. Możemy również powiedzieć, że uchwycone w ten sposób psychologiczne skutki zajmowanej pozycji społeczno-zawodowej są jak gdyby pochodnymi czynników zewnętrznych wobec jednostki.

Dziedzina badań nad zachowaniami związanymi ze zdrowiem i chorobą obejmuje swym zakresem również i taki kontekst tych zachowań, który można traktować jako indywidualne dyspozycje (cechy) jednostek. W przeciwieństwie do poprzedniej sytuacji, tutaj spotykamy znacznie mniej twierdzeń empirycznych chociażby dlatego, że stosunkowo mało wiadomo o związkach między zmiennymi socjodemograficznymi a np. zmiennymi ze sfery motywacji. Dominuje refleksja teoretyczna, propozycje modelowe. Jednak zawarta w nich wiedza i sugestie muszą być brane pod uwagę

wówczas, kiedy zależy nam na podnoszeniu „jakości” gromadzonej, socjologiczno-medycznej wiedzy. Taka otwartość na współpracę z innymi dyscyplinami jest szczególnie niezbędna, kiedy powyższą wiedzę traktujemy jako element ogólnej wiedzy o funkcjonowaniu ludzkich jednostek.

Przedstawię teraz jedną z takich propozycji modelowych. Choć zaprezentowana przez Irvina M. Rosenstocka w roku 1966, do dnia dzisiejszego jest aktualna. Między innymi dlatego, że interpretuje ona zachowania w chorobie w kategoriach procesu i działających w nim mechanizmów. To, w jaki sposób jednostki identyfikują i oceniają objawy chorobowe, interpretują przyczyny ich pojawienia się, wybierają określony sposób radzenia sobie z nimi, w tym korzystania z różnych form pomocy można w dużym stopniu opisać i wyjaśnić za pomocą mechanizmów psychologicznych kształtujących dyspozycje i zachowania jednostek.

Proponowany przez Rosenstocka model obejmuje dwa rodzaje zmiennych: psychologiczną gotowość do podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia i obszar, w którym poszczególne działania są oceniane jako korzystne dla redukcji zagrożeń. Noszą one nazwy zmiennych intelektualnych i emocjonalnych. Autor przypisuje większe znaczenie zmiennym emocjonalnym i wyróżnia spośród nich następujące kategorie:

a) podatność na odczuwane objawy chorobowe (jeden biegun stanowi osoba, która podczas wywiadu zaprzecza każdej możliwości, drugi – osoba aprobejuje każdy objaw jako możliwość wystąpienia choroby),

b) percepcje objawów rozumianą jako ocenę kliniczną skutków choroby (ograniczenia aktywności fizycznej i intelektualnej) i jako ocenę społecznych skutków choroby (wpływ choroby na społeczne relacje jednostki i jej pracę).

Elementy intelektualne w zachowaniach związanych ze zdrowiem i chorobą autor sprowadza do postrzegania użyteczności podejmowania tych działań. Jednostka może sądzić, że jakieś działanie jest bardzo efektywne w redukowaniu zagrożenia chorobą, ale równocześnie widzi skutki owych działań, takie jak koszt ekonomiczny czy ból. Inaczej mówiąc – możliwe jest wystąpienie konfliktu motywów.

Przedstawiony model obejmuje w gruncie rzeczy te czynniki osobowościowe, które mogą stanowić barierę w podejmowaniu oczekiwanych działań na rzecz zdrowia. Nie oznacza to oczywiście, że nie poszukuje się zmiennych psychologicznych ułatwiających podejmowanie owych oczekiwanych działań.

Jedną z możliwych dróg poznania psychicznych czynników, skłaniających ludzi do udania się po fachową pomoc lekarską, jest zbadanie intensywności korzyści psychicznych uzyskiwanych przez jednostki po podjęciu pozytywnej decyzji. Niektórzy badacze koncentrują się na poznaniu roli stresu i potrzeby jego rozładowania w kształtowaniu decyzji odowiedzenia lekarza. Badanie Davida Mechanica i Edmunda H. Volkarta (1961) pozwalają stwierdzić, że:

IV.1. Częstotliwość wizyt w placówkach służby zdrowia jest funkcją pozytywnych dyspozycji do korzystania z medycznych udogodnień i natężenia stresu jednostek.

IV.2. Pozytywna dyspozycja do korzystania z placówek medycznych bardziej wpływa na częstotliwość wizyt niż działanie stresu.

IV.3. Im mniejsza tendencja do przyjmowania roli pacjenta, tym silniejsza u jednostki aktywność do rozwiązania swoich problemów psychicznych poprzez wizytę u lekarza.

W wyróżnionych modelach Rosenstocka i Mechanica pojawiła się kategoria stresu. Jest to pojęcie/kategoria wręcz

symboliczna dla naszej epoki. Określa bowiem zaburzony stan samopoczucia jednostki, przyczyny tej sytuacji, jak i jej konsekwencje. Dla naszych rozważań jest bardzo ważne, że ze względu na typ zachowań, których podjęcie może ograniczyć rozwinięcie się negatywnych, zagrażających zdrowiu i funkcjonowaniu jednostek, konsekwencji sytuacji stresowej. Chodzi tu przede wszystkim o konsekwencje stresu chronicznego, na przykład długotrwałego bezrobocia, rozłąki z rodziną z powodu poszukiwania pracy za granicą.

Przyjmijmy takie rozumienie stresu (psycho)społecznego, w którym jest on kategorią zawierającą te relacje jednostki ze środowiskiem społecznym, jakie wymagają od niej zwiększonych wysiłków adaptacyjnych. Można więc powiedzieć, że stres nie jest ani prostym bodźcem, ani charakterystyką osoby. Jest zakłóceniem równowagi między wymogami środowiska a dostępnymi jednostce środkami i możliwościami potrzebnymi do poradzenia sobie z tymi wymogami. Niekiedy przewyciężenie tego zakłócenia równowagi bywa destrukcyjne dla jednostki (Titkow 1993 oraz Caplan, Cobb 1975, Coyne, Lazarus 1981, Menaghan 1983).

Stresem może być każda sytuacja, bodziec zakłócający równowagę między jednostką a środowiskiem, zaburzający jej normalne wzory reakcji (Janis, Leventhal 1968). Strategiczną rolę pełnią zatem zachowania przywracające zakłóconą równowagę; zachowania określane jako radzenie sobie ze stresem (*coping*). Tym terminem określa się zachowania, które chronią jednostkę od napięć, emocjonalnych zaburzeń, negatywnych skutków niesionych przez doświadczenia społeczne. Osłabiając wymagania stawiane przez środowisko, wymagania, którym nie jest ona w stanie sprostać, przywracają tym samym, przynajmniej częściowo, zachwianą przez stresor równowagę relacji między jednostką a środowiskiem.

Od lat funkcjonuje, klasyczna już dzisiaj, typologia sposobów radzenia sobie ze stresem Leonarda I. Pearlina i Carmi Schoolera (1978; patrz również Weiss, Longuist 2000). Typologia jest dychotomicznym podziałem działań podejmowanych w ramach radzenia sobie ze stresem na działania skierowane na środowisko jednostki i działania skierowane na samą jednostkę.

Oto one:

1. Działania jednostki skierowane na jej środowisko; zachowania, które zmieniają sytuację, usuwają stresotwórcze czynniki; zdaniem Pearlina i Schoolera pojawiają się bardzo rzadko (są nimi, na przykład negocjacje w małżeństwie).

2. Działania jednostki skierowane na siebie:

a) działania prowadzące się do manipulacji w postrzeganiu zagrażającej rzeczywistości; zmierzające do zmiany spojrzenia na problem, na przykład przez ignorowanie rozmiaru zagrożenia, selekcję informacji, korzystne dla siebie porównania („wszyscy i tak to robią”); pojawiają się raczej w fazie antycypowania zagrożenia;

b) działania, których celem jest manipulowanie i kontrolowanie emocji i napięć wywołanych stresem; mieści się tu pasywna akceptacja, ucieczka, wyparcie, wycofanie, elementy myślenia magicznego, stosowanie trunkwilizatorów; pojawiają się one przede wszystkim wówczas, kiedy oceniono, że z jakichś względów nie jest możliwe aktywne radzenie sobie z działającym stresem, czyli pierwszy z wymienionych sposobów.

Manipulowanie i kontrolowanie emocji jest, zdaniem Pearlina i Schoolera, sposobem najbardziej specyficznym dla zjawiska stresu i najskuteczniej pomagającym znieść stres (patrz Titkow 1993).

Aby przybliżyć nieco zawartość określenia: „sposoby radzenia sobie ze stresem” zacytuję kilka twierdzeń empirycznych. Przedstawione twierdzenia sformułowane są na podstawie wyników badania przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie dorosłej populacji miasta Chicago (Pearlin, Schooler 1978).

IV.4. Manipulacja celami i wartościami (deprecjonowania wartości pieniądza, zmiana pozycji pracy w hierarchii wartości) jest najbardziej efektywnym sposobem radzenia sobie ze stresem zaistniałym w sferze ról zapewniających byt rodzinie.

IV.5. Stosowanie jednej silnej „broni” do walki ze skutkami zadziałania stresu jest mniej skuteczne niż stosowanie kilku słabszych.

IV.6. Wiek nie różnicuje efektywności sposobów radzenia sobie ze stresem.

IV.7. Kobiety prezentują mniej efektywne sposoby i zasoby potrzebne do redukcji skutków stresu.

IV.8. Osoby samotne gorzej sobie radzą ze stresem niż posiadające rodzinę.

IV.9. Osoby o relatywnie niższym wykształceniu i dochodzie gorzej sobie radzą ze stresem niż te z relatywnie wyższym.

„Radzenie sobie ze stresem”⁵ (*coping*) tworzą zachowania, które mają uwolnić jednostki od napięć, emocjonalnych zaburzeń, negatywnych skutków zadziałania stresorów zawartych w doświadczeniach społecznych. Można je określić jako stadium odporności, jako stadium adaptacji przez mobilizację. Wydaje się, że ostateczny efekt tych działań jest wysoce uzależniony od obranego sposobu zwalczania stresora.

Można postawić hipotezę, że spośród wyróżnionych sposobów najbardziej ryzykowne dla jednostki jest nastawienie

na kontrolę emocji wywołanych stresorem. Obejmuje on bowiem swym zakresem przede wszystkim mechanizmy obronne: pasywną akceptację, ucieczkę, wycofanie, wprowadzenie elementów myślenia magicznego (Frączek, Kofta 1976; Lazarus 1985). Należy tu również stosowanie trankwilizatorów.

Wydaje się, że aktualnie, kiedy zagrożenia dla zdrowia są intensywne uwikłane w nasze codzienne doświadczenia (stres gospodarki rynkowej, zagrożenia cywilizacyjne i związane z globalizacją, „prozaiczna” niepewność bezpieczeństwa materialnego), zachowania bezpośrednio związane ze sposobami radzenia sobie z tymi zagrożeniami są integralnym elementem zachowań związanych ze stanem naszego zdrowia.

Jest rzeczą oczywistą, że gromadząca się wiedza empiryczna o zachowaniach otaczających zdrowie i chorobę prowokowała badaczy do ciągłego tworzenia modeli sumujących dotychczasowy dorobek. Nie powinien zaskakiwać nas również fakt, że przy ich budowaniu wykorzystywano jako ogólniejsze od zmiennych kulturowych i stratyfikacyjnych, przede wszystkim zmienne o charakterze psychologicznym. Jest to wprawdzie wyrazem oczywistego dążenia do uzyskania modeli maksymalnie ogólnych, ale nie jest równoznaczne z dążeniem do stworzenia jednego, obowiązującego, bezbłędnego modelu. Badacze zbyt dobrze wiedzą o istnieniu wielości chociażby scenariuszy „roli chorego”.

Przykładem takich modelowych propozycji jest „model przekonań związanych ze zdrowiem” (Health Belief Model) Beckera przedstawiony w rozdziale 11 tej książki, autorstwa Danuty Duch-Krzysztozek. Jest to propozycja interesująca, ponieważ charakter tworzących ją zmiennych jest na tyle ogólny, iż na przykład w badaniach nad zachowaniami w chorobie można je zastosować, jeśli nie w identycznym, to w bardzo podobnym kształcie.

Podsumowanie

Patrząc na to wszystko co do tej pory powiedzieliśmy o zachowaniach związanych ze zdrowiem i chorobą z perspektywy kumulacji i rozszerzenia wiedzy, innymi słowy z perspektywy akademickiej, możemy powiedzieć, że istnieje już bogaty zasób wiedzy na ten temat, a jego cechą charakterystyczną jest dynamika i poszukiwanie płodnych teoretycznie rozwiązań. Wśród tych ostatnich popularna zapewne będzie akceptacja dla stosowania wielozmiennowych, psychospołecznych modeli.

Ale na wiedzę i badania związane ze sferą zdrowia w sposób naturalny patrzy się również z perspektywy praktycznych zastosowań. Przez te ostatnie rozumie się najczęściej zawarte w niej możliwości przewidywania ludzkich zachowań, bądź informacje ułatwiające kształtowanie zachowań pożądaných ze społecznego punktu widzenia; na przykład korzystanie z profesjonalnej pomocy medycznej.

Aby zaspokoić te „praktyczne” potrzeby sięga się najczęściej do badań na populacjach generalnych. Mają one zalety, ponieważ dotyczą dużych zbiorowości, więc można zastosować wiele wskaźników i wiele zmiennych. Stwarzają przy tym poczucie „rozeznania w potrzebach zdrowotnych”. Ale niosą ze sobą pewne koszty. Spłyca się w nich proces przyjmowania roli chorego. Uniemożliwiają ponadto prowadzenie analizy przyczynowej, ponieważ zajmują się problemami w określonym punkcie czasowym. Innymi słowy, w pewnym sensie pomijają nagromadzoną wiedzę o roli kultury, struktury społecznej, wartości, postaw, dyspozycji psychicznych, nieformalnych wpływów, roli dystansu społecznego, możliwość radzenia sobie ze stresem. Niesie to ze sobą określone skutki.

Myślę, że w tym miejscu nie może być innej konkluzji niż ta, w której zasadniczy akcent położony będzie na konieczności uwzględnienia, przy podejmowaniu decyzji określającej charakter projektowanego badania nad zachowaniami związanymi ze zdrowiem i chorobą, zysków i kosztów nie tylko poznawczych, ale i praktycznych. Inaczej nasz udział w zwiększeniu zarówno „akademickiej”, jak i „praktycznej” wiedzy o społeczeństwie będzie mało znaczący i przydatny.

Literatura

- Battistella, Roger M. 1968. *Factors Associated with Delay in the Initiation of Physicians Care among Late Adulthood Persons*. „American Journal of Public Health” nr 61.
- Becker, Marshall H. 1979. *Psychosocial Aspects of Health – Related Behavior*. W: H.E. Freeman, S. Levine, L.G. Reeder (red.). *Handbook of Medical Sociology*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Caplan, Robert D., Sidney Cobb. 1975. *Job Demands and Worker Health*. US Department of Health, Education and Welfare.
- Clausen, John, Leila Deasy. 1956. *Socioeconomic Status and Participation in the Poliomyelitis Vaccine Trials*. „American Sociological Review” vol. 21.
- Cole, Stephen, Robert Lejeune. 1972. *Illness and the Legitimation of Failure*. „American Sociological Review” vol. 37.
- Coyne, James C., Richard S. Lazarus. 1981. *The Cognitive Style, Stress Perception and Coping*. W: J.K. Kutash, L.B. Schlesinger (red.). *Handbook on Stress and Anxiety*. San Francisco: Jossey – Bass Publishers.
- Crandel, Dewitt L., Bruce P. Dohrenwed. 1967. *Some Relations among Psychiatric Symptoms, Organic Illness and Social Class*. „American Journal of Psychiatry” nr 123.

- Elinson, Jack. 1976. *Socjomedyczne wskaźniki zdrowia*. W: M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.). *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Frączek, Adam, Mirosław Kofta. 1976. *Frustracja i stres psychologiczny*. W: T. Tomaszewski (red.). *Psychologia*. Warszawa: PWN.
- Gordon, Gerald. 1966. *Role Theory and Illness*. New Haven: College University Press.
- Haavio-Mannila, Elina. 1969. *Oczekiwania oficjalne i nieoficjalne w dziedzinie opieki zdrowotnej*. W: M. Sokołowska (red.). *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa: Książka i Wiadza.
- Hollingshead, August B., Frederick C. Redlich. 1958. *Social Class and Mental Illness*. New York: John Wiley and Sons.
- Janis, Irving L., Howard Leventhal. 1968. *Human Reactions to Stress*. W: E. Borgatta, W. Lambert (red.). *Handbook of Personality Theory and Research*. Chicago: Rand McNally and Company.
- Koos, Earl Lomon. 1954. *The Health of Regionville: What the People Thought and Did about It*. New York: Columbia University Press.
- Lazarus, Richard S. 1985. *The Costs and Benefits of Denial*. W: A. Monat, R.S. Lazarus (red.). *Stress and Coping. An Anthology*. New York: Columbia University Press.
- Mechanic, David. 1964. *The Influence of Mothers on Their Children's Health Attitudes and Behavior*. „Pediatrics” nr 34.
- Mechanic, David, Edmund H. Volkart. 1961. *Stress, Illness Behavior and Sick Role*. „American Sociological Review” vol. 26.
- Menaghan, Elizabeth G. 1983. *Individual Coping Efforts of the Relationship between Life Stress and Mental Health Outcomes*. W: H.B. Kaplan (red.). *Psychological Stress, Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press.
- Patrick, Donald L., William J. Bush, Michael M. Chen. 1973. *Towards an Operational Definition of Health*. „Journal of Health and Social Behavior” vol. 14, nr 1.

- Pearlin, Leonard I., Carmi Schooler. 1978. *The Structure of Coping*. „Journal of Health and Social Behavior” nr 19.
- Robinson, David. 1971. *The Process of Becoming Ill*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rosengren, William R. 1964. *Social Class and Becoming Ill*. W: A. Shostak, W. Gamberg (red.). *Blue Collar World*. New York: Englewood Cliffs.
- Rosenstock, Irwin M. 1974. *Why People Use Health Services*. „Milbank Memorial Fund Quarterly” nr 44.
- Suchman, Edward A. 1964. *Sociomedical Variations among Ethnic Groups*. „American Journal of Sociology” vol. 70.
- Three Views of Hypertension and Heart Disease*. 1967. National Center for Health Statistics. Washington.
- Titkow, Anna. 1983. *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*. Warszawa: PWN.
- Titkow, Anna. 1993. *Stres i życie społeczne. Polskie doświadczenia*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Zborowski, Mark. 1969. *People in Pain*. San Francisco: Jossey Bass Inc.
- Zola, Irving K. 1966. *Culture and Symptoms – An Analysis of Patients Presenting Complaints*. „American Sociological Review” vol. 31.