

Koordynator badań: Instytut Filozofii i Socjologii PAN

Anna Titkow

ZACHOWANIE MEDYCZNE
SYSTEMATYZACJA PROBLEMATYKI

Praca wykonana w Zespole Struktur Społecznych IFiS
Sekcja Społecznych Problemów Zdrowotności

Warszawa 1973

rcin.org.pl

POLSKA AKADEMIA NAUK

Problem węziowy 11.2.2: "Przewidywane zmiany
we wzorach konsumpcji, potrzebach kulturalnych
i systemie wartości społeczeństwa polskiego"

Koordinatorem badań: Instytut Filozofii i Socjologii PAN

Anna Titkow

ZACHOWANIE MEDYCZNE
SYSTEMATYZACJA PROBLEMATYKI

Praca wykonana w Zespole Struktur Społecznych IFiS
Seksja Społecznych Problemów Zdrowotności

Warszawa 1973

Prezentowana poniżej praca, pierwsza z serii poświęconej problematyce zachowań medycznych, rozumianych jako zachowania społeczne związane ze zdrowiem i chorobą jest równocześnie pierwszą publikacją w Polsce poświęconą tym zagadnieniom^x.

Jak stawia dza Andrzej Malewski we wstępie do "Zagadnień psychologii społecznej" "... materiały historyczne i doświadczenia potoczne narzucały od dawna mnóstwo spostrzeżeń dotyczących ogólnych zależności zachodzących między różnego rodzaju sytuacjami w jakich znajdują się ludzie, a ich postawami i zachowaniami. Jednakże techniki umożliwiające systematyczne badania empiryczne dotyczące częstości określonego typu zachowań w różnego rodzaju sytuacjach zaczęły się rozwijać stosunkowo niedawno." /42/^{xx}

x/ Termin zachowanie może mieć parę interpretacji. W ramach tej publikacji najbardziej użyteczne wydaje się przyjęcie takiego określenia w którym przez zachowanie rozumie się określony rodzaj działań /np. związanych ze zdrowiem i chorobą/ podejmowanych przez jednostki. Zachowania te, kształtowane różnymi czynnikami muszą być rozważane w kontekście sytuacyjnym, który określa możliwość alternatywnych sposobów postępowania. Alternatywny charakter sposobów postępowania wymaga szczególnego podkreślenia przy analizie sfery zachowań medycznych, jak wiadomo silnie określanych zmiennymi fizjologicznymi. Pozostałe znaczenia terminu "zachowanie" będą omówione w II części publikacji. Myślę tu np. o takim ujęciu teorii postaw, w którym wskaźnikiem dla dyspozycji beniavioralnych jest informacja o tym jak zazwyczaj zachowują się ludzie w pewnych sytuacjach i o teorii zachowania, która dotyczy zmian zachowań pod wpływem uprzednich doświadczeń.

xx/ Cyfry w nawiasach odsyłają do numerów pozycji wykorzystanych w niniejszym opracowaniu.

Proponowana systematyzacja problematyki zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą ma charakter praktyczny. Jej celem jest pokazanie zarówno ilości i zakresu spostrzeżeń dotyczących zależności między zachowaniami medycznymi a czynnikami kształtującymi je, jak i metod uzyskiwania wspomnianych wyżej spostrzeżeń. Ze względu na praktyczny charakter prezentowanej systematyzacji należy powiedzieć parę słów o czynnikach sytuacyjnych, które skłoniły do podjęcia tej właśnie problematyki /S. Nowak, 54/.

Dominujący dotychczas, lekarski sposób ujmowania problematyki zdrowia i choroby, oparty jest na kategoriach klinicznych, które są mało przydatne dla badaczy społecznych. Sposób ten spowodował, że zarówno ilość, rodzaj jak i metoda uzyskiwania spostrzeżeń dotyczących ogólnych zależności między różnymi rodzajami sytuacji w jakich znajdują się ludzie a ich postawami i zachowaniami medycznymi prezentują się skromnie w porównaniu z innymi działaniami nauk społecznych, zajmującymi się określonymi sferami zachowań jednostek i grup. W podręczniku Bernarda Berelsona i Gary A. Steinera, poświęconym problematyce zachowań, a opartym na wszelkich dostępnych w momencie jego tworzenia egzemplifikacjach empirycznych, przykład zaczerpnięty z problematyki zachowań medycznych pojawia się tylko jeden raz. /5/

Zainteresowanie dziedziną nową, dopiero co kształtującą się nakłada na zainteresowanych nią dwa typy obowiązków: uporządkowania tego co już wiadomo i podjęcia prób empirycznych, których celem byłoby poznanie i sprawdzenie kierunków oraz możliwości tworzenia takiej problematyki.

Tak więc, kolejno należy zastanowić się nad próbą takiej konceptualizacji zdrowia i choroby, która może być przedmiotem dociekań badaczy społecznych: trzeba określić specyfikę zachowań medycznych, spojrzeć na charakter zależności wspomnianych zachowań z różnymi kontekstami, na tle których występują.

Wspomniane czynności winny opierać się na przekonaniu, że problematykę zachowań medycznych trzeba potraktować jako tę sferę rzeczywistości społecznej, która ze względów poznawczych może być ciekawa, a z punktu widzenia praktyki społecznej - ważna.

Prezentacja problematyki zachowań medycznych obejmować będzie dwie części: systematyzację dotychczasowych dokonań w tej dziedzinie opartą na piśmiennictwie światowym oraz opracowanie badań empirycznych poświęconych problematyce zachowań medycznych podjętych w Sekcji Społecznych Problemów Zdrowotności w ramach prac realizowanych w obrębie planu centralnego.

Punkt wyjścia obu opracowań, prezentowanego poniżej i projektowanego, stanowią dwa założenia jedno metodologiczne i drugie o charakterze pojęciowym.

Założenie pierwsze.

Wybieramy takie ujęcie problematyki zachowań medycznych, które nie jest podyktowane ani doraźną potrzebą zastosowania socjologii w medycynie, ani nie jest podyktowane potrzebą rozwijania dyscypliny szczegółowej jaką jest socjologia medycyny. Jest natomiast próbą naszkicowania zachowań człowieka chorującego na tle społecznych czynników podejrzanych o kształtowanie tych zachowań. Inaczej mówiąc jest to próba zastanowienia się czy warto wyodrębnić problematykę zachowań medycznych jako tę

sferę działań ludzkich, która może wzbogacić naszą wiedzę o zależnościach zachodzących między sytuacjami a ludzkimi zachowaniami. Konsekwencją tej postawy jest traktowanie zachowań medycznych jako wskaźników zjawisk i procesów społecznych.

Założenie drugie.

Ogólna definicja zachowań medycznych rozumianych jako rodzaj działań podejmowanych w określonym sytuacyjnym kontekście oparta jest na medycznym określeniu choroby: badacz nie podważa tej oceny, nie zagłębia się w nią. Bada zachowania otaczające chorobę zdefiniowaną przez ekspertów. Właśnie taka sytuacja ma najczęściej miejsce w literaturze omawianej przeze mnie. Istnieje jeszcze drugie - futurologiczne - rozwiązanie, które skrajnie sformułowane może dać w efekcie sytuację oderwania się od medycyny. Nastąpi to wówczas, kiedy będzie się konceptualizować zdrowie i chorobę przy pomocy analizy społecznego funkcjonowania jednostek. W takiej sytuacji fakt pojawienia się choroby będzie definiowany przez społeczne zachowania jednostek.

Trafność takiego podejścia jest nieznaną. Ale jeśli drogą prób i błędów okaże się nawet, że konstruowanie definicji zdrowia i choroby wyłącznie w oparciu o behawioralne wskaźniki i konstruowanie wskaźników zdrowia i choroby wyłącznie na zmiennych społecznych nie będzie uzasadniona z pewnych punktów widzenia, zwiększy się jednakże wiedza o ludzkich zachowaniach, zwiększy się zrozumienie mechanizmów ich powstawania, być może zostaną sformułowane twierdzenia.

Oba wątki drugiego założenia charakteryzują moment w ja-

kim znajduje się problematyka zachowań medycznych. Wielowątkowość i rozproszenie tej problematyki spowodowana jest przede wszystkim brakiem powszechnie akceptowanej socjologicznej definicji choroby. Pogłębia ją dodatkowo zróżnicowany stopień ogólności rozważań, zróżnicowany typ wykształcenia badaczy podejmujących tę problematykę. Zajmują się nią bowiem zarówno lekarze, jak psychologowie i socjologowie. W obrębie tych ostatnich szczególną rolę odgrywa przynależność do określonej szkoły uprawiania socjologii.

W opisanej wyżej sytuacji potrzebne wydawało się naszkicowanie "holistycznej" wizji tej problematyki. Tak skonstruowany obraz poza walorem jasności ma wartość heurystyczną. Pokazuje nie tylko powiązanie między zmiennymi, ale ponadto sugeruje różne aspekty wyboru poszczególnych typów powiązań. Taka wizja orientuje w zapleczu teoretycznym, pokazuje w jakich teoriach należy szukać inspiracji i pomocy.

Uzasadnienie podejmowania problematyki zachowań medycznych zawiera dwa typy argumentów: argument poznawczy, którym jest potrzeba zwiększania wiedzy o zachowaniach i mechanizmach je kształtujących i argument utylitarny, który ma dwa wymiary. Pierwszy z nich dotyczy korzyści jakie może mieć socjologia z faktu zainteresowania się medycyną. Może tu być mowa o medycynie jako unikalnej formie organizacji, o procesie leczenia, który pozwala lepiej zrozumieć problematykę socjalizacji dorosłych. Przebywanie w sferze zjawisk wywołanych chorobą rozszerza wiedzę o naturze norm społecznych, procesach społecznej stratyfikacji, wzorach statusu, wpływie roli na zachowania, o

relacjach między obiektywną rzeczywistością, a jej percepcją. Drugi utylitarny aspekt zajmowania się problematyką zachowań medycznych związany jest ściśle z myśleniem o społeczeństwie w kategoriach globalnych. Istnieje teza, że w nowoczesnych społeczeństwach medycyna może być terenem walki nie tylko z medycznymi ale i społecznymi dewiacjami jednostek /Twaddley, 87/, stąd wzrost zapotrzebowania na wkład socjologii w realizowanie poważnego zadania, jakie stawia przed dyscyplinami naukowymi polityka społeczna.

Charakterystyka piśmiennictwa.

Wykorzystana literatura pochodzi z ostatniego dwudziestolecia. Punkt początkowy stanowią pionierskie dla interesującej nas problematyki prace T. Parsonsa, punkt końcowy stanowią prace A.D. Twaddlea /85/. Punkt początkowy, to rok, w którym Parsons wprowadził pojęcie roli społecznej do rozważań nad chorobą /58/. Traktuje się ten moment za punkt zwrotny w socjologicznych studiach nad zdrowiem i chorobą. Rok 1951 oznacza zwrócenie przez socjologię uwagi na jeszcze jedną sferę zachowań i postaw specyficzną ze względu na fakt silnego przyporządkowania jej czynnikom biologicznym. Moment końcowy, czyli lata 1971/72 stanowią: wspomniana praca Twaddlea, poświęcona porządkowaniu zarówno pojęć funkcjonujących w obrębie nurtu zapoczątkowanego przez Parsonsa, jak i polemik nimi sprowokowanych /85/. Prace wykorzystane poniżej pochodzą w znacznej części ze Stanów Zjednoczonych - naturalną siłą rzeczy powstało ich najwięcej tam gdzie zostały zainicjowane. Autorami ich są nągół psychologowie i socjologowie. Dość duża grupa prac niewykorzystanych bezpośrednio w tekście opracowania znajduje się w bibliografii.

Daje się zauważyć dość dużą dynamikę rozwoju zainteresowania zachowaniami medycznymi. I dlatego poniższą systematyzację należy traktować jako sprawozdanie, którego celem jest naskicowanie socjologicznego portretu człowieka chorującego przy założeniu, że kolejne sprawozdania winny ten szkic wzbogacić o elementy bardziej dopracowane i wyraziste.

Wprowadzenie

Dominujący dotychczas, lekarski sposób ujmowania problematyki zdrowia i choroby jest mało przydatny dla badaczy społecznych gdyż opiera się na kategoriach klinicznych, które oczywiście są różne od kategorii społecznych. Pojęcie zdrowia i choroby oparte na kategoriach klinicznych nadaje się do badań epidemiologicznych i jest funkcjonalne w procesie wyjaśniania etiologii chorób przy pomocy czynników społecznych. Taka sytuacja zakłada posługiwanie się medycznym modelem choroby z uwzględnieniem aspektów społecznych.

Dopiero od niedawna pojawiają się prace, które traktują problemy choroby i zdrowia jako sferę zachowań społecznych, warunkowaną również przez chorobę, placówki medyczne i oświatę zdrowotną. Takie prace badają zachowania otaczające chorobę, zdefiniowaną przez lekarzy, bez względu na podstawy tej definicji. Nie wymaga to wchodzenia na fachowe obszary lekarskie.

Aktualne definicje zdrowia zakładają, że "zdrowie" i "choroba" są pojęciami wyraźnie odgraniczonymi. Według Światowej Organizacji Zdrowia, "zdrowie" jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem "choroby". Jednak ani ta, ani inne współczesne definicje nie nadają się do celów pomiaru, gdyż nie zawierają kryteriów określających gdzie zaczyna się, a gdzie kończy stan zdrowia lub choroby. Dlatego coraz bardziej rozpowszechnia się

przekonanie, że trzeba przyjąć istnienie pewnego continuum, na którego krańcach z jednej strony znajduje się zdrowie optymalne, z drugiej zaś śmierć.

Zdrowie optymalne może mieć trzy aspekty. Z biologicznego punktu widzenia zdrowie optymalne to stan, w którym każda komórka ciała funkcjonuje optymalnie w harmonii z każdym innym organem. Z psychologicznego punktu widzenia zdrowie optymalne to stan, w którym jednostka czuje, że jest w harmonii z własnym środowiskiem i jest gotowa do zaakceptowania nowych sytuacji. Ze społecznego punktu widzenia zdrowie powinno być stanem, w którym gotowość jednostki do pełnienia ról społecznych jest optymalna.

Między zdrowiem optymalnym a śmiercią może jednakże istnieć:

- 1/ continuum zmiany patologicznej,
- 2/ skala samopoczucia,
- 3/ skala zachowania /intensywności pełnienia ról społecznych/ i reagowanie na chorobę.

Do niedawna rozpatrywano "zdrowie" i "chorobę" niemal wyłącznie poprzez badanie natężenia zmiany patologicznej. Obecnie podejście takie zaczyna występować w kombinacji z dwoma pozostałymi, lub jednym z nich albo wogóle ustępuje miejsca obu pozostałym możliwościom lub jednej z nich. Badacze próbują konceptualizować zdrowie i chorobę przy pomocy społecznego funkcjonowanie jednostek co prowadzi do koncentracji uwagi na behawioralnych aspektach zjawiska choroby /79/.

Na współczesną medycynę składają się trzy podstawowe działy:

1. Medycyna człowieka zdrowego nastawiona na powstanie i rozwój człowieka oraz na warunki życia wpływające na jego zdrowie.
2. Medycyna leczenia nastawiona głównie na człowieka chorego, na rozpoznanie chorób i na leczenie chorych.
3. Medycyna rehabilitacyjna zajmująca się przywracaniem zdrowia, sprawności i przydatności społecznej ludzi dotkniętych kalectwem lub upośledzonych fizycznie, psychicznie, albo społecznie w wyniku środowiska domowego, urazu lub przebytej choroby /J. Kostrzewski, 34/.

Zachodzą przemiany stawiające medycynę i służbę zdrowia przed koniecznością rozszerzenia, a nawet zmienienia tradycyjnego obiektu badań. Orientacja, którą M. Sokołowska nazwała grupową, a która polega na rozpatrywaniu jednostek w więzi z ich otoczeniem, na przesunięciu akcentów z jednostkowego elementu zainteresowań medycyny na grupowy będzie tym rejonem zainteresowań, które bazując na lekarzach myślących w kategoriach zbiorowości /lekarzach zdrowia publicznego, higieny społecznej, medycyny społecznej/ tworzyć będzie, zajmując się zdrowiem pozytywnym *salus societatis*. Zdaniem M. Sokołowskiej kształtuje się w tej chwili nowy wzorzec; "nie jest to jedna więcej specjalizacja wśród pozostałych specjalizacji lekarskich, lecz nowy odrębny zawód. W przyszłości będzie on prawdopodobnie bliższy socjotechniki i polityki społecznej niż lekarzom. Zapotrzebowanie na zawód występuje szczególnie os-

tro w krajach gdzie istnieją systemy uspołecznionej służby zdrowia. Utworzono tu bowiem nowy typ użytkownika, społeczeństwo globalne" /81/.

Na razie jednak ujmowanie sfery zjawisk medycznych, jako nowych doświadczeń socjologii w ramach poszukiwań ogólnych zależności między sytuacjami, a zachowaniami ludzkimi, przesuwana na dalszy plan problematykę medycyny człowieka zarowego. Aktualnie dla socjologów problematyka zdrowia pozytywnego nie jest szczególnie interesująca z trzech powodów:

- 1/ nieprędko nauczymy się określać i różnicować stopnie dobrego samopoczucia,
- 2/ zajmowanie się problematyką "zdrowia pozytywnego" jest dla socjologa znacznie mniej interesujące teoretycznie i praktycznie, gdyż nie stan "zdrowia pozytywnego" ale właśnie dopiero fakt pojawienia się choroby uruchamia bardzo istotne reakcje indywidualne i mechanizmy społeczne, a również wymaga funkcjonowania określonych instytucji społecznych,
- 3/ wiedza o wspomnianych reakcjach i mechanizmach wywołanych faktem choroby jest bardzo istotna dla określenia sytuacji członków danego społeczeństwa, a w konsekwencji może kształtować długofalową politykę społeczną.

Chciałabym zaznaczyć, że tak wydzielona problematyka nie wyklucza zainteresowania wiedzą medyczną, postawami wobec zdrowia, choroby, instytucji medycznych, które to zmienne mogą być zmiennymi niezależnymi lub interweniującymi dla obserwowanych zachowań medycznych, bądź też przy pewnych typach analizy mogą stanowić przedmiot zainteresowania jako zmienne

zależne.

Lista zmiennych załączona przy końcu artykułu w charakterze podsumowania systematyzacji problematyki zachowań medycznych powstała jako krok wstępny do zrealizowanych już badań "Zróżnicowanie zachowań medycznych ludności Warszawy", dlatego może warto jeszcze raz krótko scharakteryzować typ moich zainteresowań oraz uzasadnić dobór lektury.

Interesują mnie zachowania otaczające chorobę, czyli rodzaj działań podejmowanych przez jednostki określane lub określające się jako chore. Działania te są analizowane na tle szeroko rozumianego kontekstu /stratyfikacyjnego, kulturowego, sytuacyjnego, psychologicznego/.

Generalnie, zachowania medyczne interesują mnie nie tylko same przez się, ale przede wszystkim jako fragment i wskaźniki szerszych zjawisk i procesów społecznych. Np. polskich socjologów interesuje stopień zróżnicowania w stylu i standardzie życia naszego społeczeństwa i zgodność tego zróżnicowania z podziałem społeczeństwa na grupy społeczno-zawodowe. W ramach tak sformułowanego tematu interesujące wydaje się poznanie stopnia zacierania się lub narastania różnic klasowo-warstwowych również w sferze zachowań medycznych.

Zasadą organizacyjną podjętej przeze mnie systematyzacji literatury z zakresu zachowań medycznych będą konteksty, na tle których autorzy interesujący się tym tematem stwierdzali empiryczne zróżnicowanie zachowań medycznych, bądź przypuszczają, że można je stwierdzić. Wychodziłam bowiem z założenia, że w procesie poznawania, wyjaśnianie wariancji różnych

rodzajów zachowań powstałych wokół faktu choroby, różne teorie mogą być przydatne.

Wyodrębnione przeze mnie konteksty to - kontekst kulturowy, strafikacyjny, psychologiczny i systemowy. Arbitralny charakter wyboru egzemplifikacji tych kontekstów oparty był na przekonaniu, że w danej pracy określone zmienne były najbardziej istotne jako zmienne niezależne, różnicujące, wyjaśniające. Generalnie natomiast hasło "zachowania medyczne" traktowane będzie jako zmienna zależna. Jak już wspomniałam w omawianej literaturze autorzy opierają się przede wszystkim na medycznym określeniu choroby.

Kontekst kulturowy

Interesowały mnie te przykłady empiryczne i rozważania teoretyczne związane z problematyką wiedzy, postaw zachowań medycznych, które opierają się na materiałach pochodzących z kultury europejskiej i północno-amerykańskiej to jest z kultur zbliżonych do naszej. Pominęłam tutaj prace ściśle antropologiczne jak np. pracę Maurice'a Oplera "Kultura i zdrowie psychiczne w badaniach porównawczych" /58/. Dotyczy ona wzorów panujących na południowym Pacyfiku, w Azji, Afryce itp. ⁴ tego samego powodu zrezygnowałam z fragmentów podręcznika G.E.Jaco, które traktują o kulturowo-społecznych aspektach opieki medycznej w Meksyku itp. /25/.

Użyteczną do naszych rozważań jest albo antropologiczna definicja kultury, w której kultura definiowana jest jako kompleks przekonań, postaw, zachowań przyporządkowanych normom i wzorom oraz kompleks ich rezultatów /29/, albo też taka definicja socjalizacji, gdzie traktuje się ją jako proces uczenia się na drodze interakcji zachowań, zwyczajów, umiejętności, norm wartości, postaw, ról. Pojęcie socjalizacji łatwiejsze jest do przełożenia na język kategorii operacyjnych. Możemy wyodrębnić w nim np. treści socjalizowane, środowisko socjalizujące, drogi socjalizacji, osobowość rozumianą jako organizacją dyspozycji do zachowań. Taka siatka kategorii może być przydatna do konstruowania przygotowywanego projektu badawczego, natomiast przy prezentacji projektów już zrealizowa-

nych bardziej użyteczna wydaje się ogólniejsza, antropologiczna definicja kultury.

W wybranych przeze mnie pracach zakres stosowanych generalizacji sięga od makrostrukturalnych koncepcji Parsonsa do badań o charakterze monograficznym prowadzonych między innymi w obrębie grup etnicznych, które można utożsamić z odrębnymi kulturami. Istnieje jednakże podobieństwo między sposobem interpretacji wyników tych ostatnich badań a teoretycznym schematem Parsonsa. W obu bowiem wypadkach badacze odwołują się do wartości, które są podstawowe dla omawianych społeczności.

Przez fakt odnoszenia się do wartości podstawowych w społeczeństwie amerykańskim parsonsofskie ujęcie problematyki zdrowia i choroby mieści się w kontekście kulturowym. O szczególnej pozycji tej koncepcji chciałabym powiedzieć kilka słów. Wprowadzając socjologiczne pojęcie roli społecznej do rozważań nad chorobą Parsons w gruncie rzeczy nie tyle wyodrębnił nową dziedzinę socjologii, ile nowe rejony interesujące dla socjologii. Zderzenie praktycznych potrzeb medycyny z zainteresowaniami nauki o zachowaniu może w efekcie dać medycynie intelektualne zaplecze, a socjologii nowe tereny do eksploatacji empirycznej i teoretycznej. Parsons pokazał, że w kategoriach socjologicznych można badać zjawiska, które do tej pory były jednoznacznie przyporządkowane i wyjaśniane przy pomocy kategorii epidemiologicznych i klinicznych. Wprowadził pojęcie roli społecznej i posługiwał się pojęciem roli chorego to jest zespołu oczekiwań wobec jednostek chorych w społec-

czeństwie amerykańskim. Wyróżnił cztery typy wartości dominujących w tym społeczeństwie, a na tym tle pokazał rodzaje oczekiwań jakie funkcjonują wobec zachowań osób chorych. Tak rozumiana rola chorego jest raczej wskazówką ułatwiającą zrozumienie wariacji w obrębie zachowań, a nie narzędziem zdobywania wiedzy o samych zachowaniach: bardziej sugeruje kierunki szukania zależności między sytuacjami a zachowaniami niż pomaga wyodrębnić rodzaje zachowań. Ta heurystyczna cecha skojarzona ze swobodą jaką daje Parsonsowi intuicyjny charakter uogólnień stanowi o istotnej wartości jego koncepcji i o jej słabościach.

Kompendium zasadniczych idei Parsonsa stanowi opublikowany w języku polskim rozdział "Definicja zdrowia i choroby w świetle amerykańskiego systemu wartości i struktury społecznej", w którym rozważa się podstawowe zagadnienia tej teorii: analiza zdrowia i choroby na tle wartości specyficznych dla społeczeństwa amerykańskiego, ujęcie choroby jako zachowania dewiacyjnego, zastosowania pojęcia roli społecznej /59/. Parsons prawdopodobnie przyjął takie rozumienie wartości, przy którym są one traktowane jako dyrektywy przy podejmowaniu działań. "Aktywizm", "ziemskość", "instrumentalizm", stanowią według Parsonsa wartości charakterystyczne dla społeczeństwa amerykańskiego. Przez "aktywizm" rozumie on zorientowanie społeczeństwa na opanowanie środowiska, a nie przystosowanie się do niego. Dziedzina zdrowia i choroby jest tym fragmentem życia społeczeństwa, w którym wspomniana dyspozycja jest szczególnie ważna. Chorobę uważa się za wyzwanie zmuszające naukę i jednostkę w społeczeństwie amerykańskim do maksymalnej mobilizacji. "Ziemskość"

to tyle co orientacja na rozwiązanie praktyczne, skuteczne, a nie na kontemplację czy poświęcenie. "Instrumentalizm", to dyspozycja do stałych ulepszeń, stałego postępu społeczeństwa przez stopniowy rozwój we właściwym kierunku. Cel musi być podporządkowany standardem wkładu w postęp społeczny. Istnieje pewna tolerancja w wyborze takiego celu, ale skądinąd wiadomo, że dochód jest najogólniejszą podstawą tego, by robić to na co ma się ochotę. Pomostem między wielkim systemem a jednostką jest ogniwo kolektywów np. przedsiębiorstw i ich osiągnięcia. Te ostatnie zależą od umiejętności zaangażowanych w nich jednostek, pełniących rolę i wykonywujących swe zadania. Najważniejszym punktem oceny jednostki jest uniwersalnie pojmowane osiąganie sukcesów. Parsons koncentruje się na płaszczyźnie osiągania sukcesów, o istnieniu których decyduje w zasadniczym stopniu wykształcenie i zdrowie.

W świetle scharakteryzowanego wyżej systemu wartości i wysokich wymagań jakie stawia przed jednostką rosnąca urbanizacja, wzrost technologii, presja środków masowego przekazu nasila się niejednokrotnie motywacja poszczególnych jednostek do wycofania się w choroby psychiczne lub psychosomatyczne, szczególnie wówczas kiedy jednostki tym wymaganiom nie mogą sprostać. Dlatego cały system kontroli społecznej koncentruje się, zdaniem Parsonsa, na problematyce zaangażowania w pełnienie ról, tzn. że centralnym punktem kontroli społecznej są umiejętności, bo od nich zależy prawidłowe pełnienie ról. Zdrowie i wykształcenie to czynniki, które Parsons uważa za podstawowe dla prawidłowego pełnienia ról społecznych. W kon-

sekwencji chorobę uznaje on za dewiację od pełnienia ról, czyli zorganizowanego sposobu uczestnictwa jednostki w systemie społecznym /taką rolę można analizować jako wielkość różnorodnych zadań/. W świetle tych założeń chorobę somatyczną można określić jako niezdolność do wykonywania ważnych zadań, a chorobę umysłową jako niezdolność do pełnienia ról. Innymi słowy, z socjologicznego punktu widzenia zdrowie jest stanem optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych społecznie zadań.

Dalszy tok rozumowania jest następujący: pamiętamy, że w społeczeństwie amerykańskim tak wysoko notowany sukces w pełnieniu ról osiągany jest przez umiejętności gwarantowane między innymi zdrowiem. Ta cecha razem ze wspomnianym wyżej "aktywizmem" nakłada na jednostkę obowiązek współpracy z przedstawicielami profesjonalnej medycyny, czyli obowiązek pracy nad osiągnięciem wyzdrowienia. Według Parsonsa choroba traktowana jako dewicja składa się z dwu podstawowych wymiarów: alienacji względem oczekiwań społecznych i pasywności /wycofania się/. Możliwość występowania zjawiska alienacji i pasywności w osiąganiu sukcesów sprawia, że terapia w społeczeństwie amerykańskim koncentruje się na wzmocnieniu motywacji w kierunku niezależności, która jest warunkiem sukcesu. W procesie terapeutycznym zwolnienie od zwykle pełnionych przez jednostkę ról jest przyjęte warunkowo. Alienację przezwycięża się przez troskę o chorego, natomiast potrzeba zależności staje się przez przeniesienie podstawą silnego przywiązania do personelu terapeutycznego. To przywiązanie ma zmienić system

motywacyjny, a może nawet przewyżżyć samą potrzebę zależności.

Dla lepszego pokazania sposobu myślenia Parsonsa przytoczę jego refleksje nad zdrowiem i chorobą w świetle angielskiego i radzieckiego systemu wartości. W USA ze względu na szczególną troskę o sprawne pełnienie ról pała akcent na przywrócenie tych umiejętności w trakcie procesu terapii, natomiast zdaniem Parsonsa, w ZSRR, gdzie istnieje cel główny dla całego społeczeństwa - zbudowanie socjalizmu, akcent pada na problem występowania, bądź niewystępowania odpowiedzialności. Dotyczy to chorób zarówno psychicznych jak i somatycznych, ponadto istnieje: a/ postawa niechętniej zgody na słabości ludzkie, b/ zgodnie z programem politycznym służba zdrowia jest bezpłatna, c/ jednocześnie partia i administracja zwracają baczną uwagę na lekarzy by nie pokłażali symulantom, d/ jeśli istnienie choroby zostało uznane nie akcentuje się warunkowości tej decyzji, a pacjentów zachęca się do odpoczynku.

Według Parsonsa, Wielka Brytania, USA, ZSRR oto skala malejącej tolerancji na możliwości symulowania. W Wielkiej Brytanii bardzo silnie akcentuje się inaczej rozumiane niż w USA możliwości autorealizacji, dlatego choroba nie jest zagrożeniem osiągnięć jednostki ani skutkiem braku odpowiedzialności, a zagrożeniem statusu akceptowanego członka społeczeństwa. Choroba zatem daje jednostce prawo do specjalnych żądań.

Sądzę, że prezentacja koncepcji Parsonsa plastycznie wskazuje jedno z możliwych podejść w rozwijaniu problematyki zachowań medycznych. Przez zastosowanie prawie ejdetycznego wglądu w

cechy analizowanego społeczeństwa, zarówno w sferze zmiennych zależnych /zachowania, model terapii/, jak i zmiennych niezależnych /wartości/ otrzymujemy do weryfikacji empirycznej interesujące źródło typów hipotez. Taki model interpretacyjny sugeruje ponadto konieczność zdobywania empirycznej wiedzy o dominujących w danym społeczeństwie wartościach.

Podjęcie kulturowo-monograficzne, którym teraz się zajmujemy próbuje odpowiedzieć na pytanie co zamieni osobę w pacjenta i w jaki sposób to się dzieje. Ułatwienie strategii badawczej jaką stwarza istnienie grup etnicznych, które można utożsamić z odrębnymi kulturami, zwróciło uwagę znacznej części badaczy amerykańskich /Zola, Zborowski, Suhman/ na rolę kultury a szczególnie jednego jej aspektu - socjalizacji w kształtowaniu zachowań medycznych. Czołowy przedstawiciel tego kierunku Zola przyjmuje w swoich pracach medyczną definicję choroby, natomiast przedmiot jego zainteresowań stanowią reakcje na choroby u jednostek z określonych grup etnicznych /101/.

Punktem wyjścia jego badań są następujące założenia:

- 1/ dana kultura i określona percepcja symptomów współwystępują,
- 2/ istnieją przynajmniej dwie drogi, na których symptomy określone jako problem w jednej populacji mogą być ignorowane przez drugą. Pierwsza droga to odniesienie symptomów do ich epidemiologii /np. jaglica u Greków, ból krzyża u kobiet z niższych klas społecznych są traktowane jako ewidentne, doświadczenia codzienne/. Druga przyczyna różnej wagi objawów,

to dopasowanie symptomów chorobowych do panujących w społeczeństwie wartości. W społeczeństwach zachodnich, których cechą charakterystyczną są racjonalizm i wysoki stopień samokontroli, halucynacje traktowane są jako objawy zaburzeń psychicznych, podczas gdy w społeczeństwach pierwotnych stanowią one przedmiot zainteresowania i szacunku.

Reasumując można więc powiedzieć, że według Zoli istotny jest społeczny kontekst, w którym pojawia się dany symptom, być może niezrozumiały w innym kontekście np. kalendarze zdrowia kobiet z niższych klas zawierały mniej informacji o złym samopoczuciu i zaburzeniach w miesiączkowaniu niż podobne kalendarze należące do studentek nauk społecznych.

Trzecim założeniem Zoli jest przekonanie, że informacje przekazywane przez pacjentów lekarzowi są wynikiem selektywnego procesu postrzegania symptomów chorobowych. Według Zoli, takie podejście może wiele wyjaśnić, z niezrozumiałych dotychczas różnicowań epidemiologicznych.

Czwartym założeniem Zoli jest przekonanie, że kulturowe określenie sposobu wyrażania symptomów wpływa na ocenę wydaną przez lekarza. Niekiedy terapeutom jest bardzo trudno odróżnić symptomy chorobowe od podkulturowych wzorów ekspresji.

Zola przeprowadził badania nad elementami procesu, w wyniku którego pacjent przychodzi do lekarza. Elementy te były analizowane w oparciu o zasadniczo podobne jednostki chorobowe. Hipoteza, którą chciał sprawdzić badacz brzmiała następująco: kultura /tożsama według Zoli z przynależnością do grupy etnicznej/ wpływa na prezentowane symptomy chorobowe.

Ponieważ Zola nie aprobował technik retrospektywnych i projekcyjnych, wybrał do swych badań aktualnych pacjentów przyszpitalnych ambulatoriów. Wybrani pacjenci należeli do trzech grup narodowościowych: włoskiej, irlandzkiej, amerykańskiej. Wywiady zostały przeprowadzone podczas oczekiwania na wizytę u lekarza w ambulatoriach laryngologicznych i okulistycznych. 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 niektóre ustalenia empiryczne potwierdzające hipotezę Zoli.

1. Sposób reakcji na symptomy - Irlandczycy mieli tendencję do umieszczania symptomów w poszczególnych narządach - oku, uchu, nosie, gardle, Włosi natomiast nie udzielali tak precyzyjnych informacji poprzestając na stwierdzeniu zaburzeń w organizmie.
2. Włosi i Irlandczycy /Amerykanie zostali wyłączeni przy prezentacji wyników/ różnili się tolerancją na ból nawet przy tych samych rodzajach zaburzeń; Włosi częściej twierdzili, że ból stanowi ważny dla nich problem, Irlandczycy natomiast nie przywiązywali takiego znaczenia do samego bólu i określali go często mianem niewygody.
3. Obie grupy różniły się ilością podanych symptomów.

Drugi tor analizy dotyczył bardziej ogólnego samopoczucia pacjentów. Przy tej samej diagnozie Włosi zgłaszali większe niezadowolenie z wpływu symptomów na ich stosunki z innymi ludźmi. Badane grupy różniły się także wzorami podejmowa-

nia decyzji udania się pod opiekę medyczną. Dla Włochów bardziej istotny był problem ujemnego wpływu symptomów chorobowych na kontakty międzyludzkie, natomiast u Irlandczyków silniejszym motywem był postrzegany przez nich ujemny wpływ symptomów chorobowych na ich własną aktywność. Ponadto u Irlandczyków wpływ innych ludzi na jednostki chore, to nic innego, jak sugestia, by chora jednostka udała się po fachową pomoc medyczną. Zdaniem Zoli wynika to z lęku przed odpowiedzialnością za cudze zdrowie. Inne badania /Mechanica, 46/ potwierdzają omawianą wyżej tezę; nawet wówczas, kiedy pacjentów charakteryzowało wielkie osłabienie fizyczne na decyzję udania się do lekarza wpływały motywy pozafizyczne. Włosi udawali się do lekarza wówczas, kiedy symptomy powodowały zaburzenia kontaktów społecznych. Irlandczycy szli do lekarza wtedy, kiedy doświadczali aprobaty dla podjętej decyzji leczenia się. Amerykanie natomiast szli po poradę lekarską wtedy, kiedy spozstrzegali ujemny wpływ symptomów na ich fizyczną lub intelektualną aktywność. Zróżnicowania te zaobserwowano przy stałej diagnozie medycznej.

Zola starał się wyjaśnić zaobserwowane zróżnicowania zachowań otaczających chorobę przy pomocy mechanizmów obronnych: u Irlandczyków odwołuje się do wyparcia, u Włochów do potrzeby dramatyzacji, "tak jak Włosi wyrażają się w swoich fiestach, Irlandczycy wyrażają się w swoich postach". Ci ostatni traktują życie jako długi okres przesuwania się przez ustalone fazy. Cechuje ich przekonanie, że życie jest tak ciężkie, że im mniej się o nim powie, tym lepiej się je znosi.

Zgodność zachowań w chorobie u Irlandczyków z ich ogólnym poglądem na życie opiera się zdaniem Zoli w głównej mierze na ideologii winy, natomiast Włosi posiadają tak dalece posuniętą umiejętność dramatyzowania banalnych w istocie zachowań, iż dzięki niej otrzymują wystarczającą satysfakcję za kłopoty, które niesie choroba. W innych badaniach nieumotywowani do leczenia, Włosi i Irlandczycy nie różnili się mierzonym u nich stopniem emocjonalnych zaburzeń. Jednakże ci pierwsi sprawiali więcej kłopotów w trakcie korzystania z pomocy medycznej /Zola, 100/. Nieodparcie nasuwa się tutaj pewne podobieństwo między sposobem interpretacji wyników badań Zoli i schematem teoretycznym Parsonsa. W obu bowiem wypadkach badacze odwołują się do wartości, które są podstawowe dla omawianych przez nich społeczności.

Podejście kulturowo-monograficzno-porównawcze próbuje odpowiedzieć na pytania co zamienia osobę zdrową w jednostkę chorą i w pacjenta i w jaki sposób. Zola szukał odpowiedzi w bardzo wyraźnych zróżnicowaniach kulturowych metodą studiowania pacjentów w trakcie szukania i korzystania z pomocy medycznej. Dzięki istnieniu grup etnicznych w USA, ranga czynników kulturowych w procesie kształtowania zachowań medycznych może być pokazana w sposób nader przekonujący. Ale jest ona również niezwykle intrygująca dla badaczy wywodzących się z terenów kultur bardziej homogenicznych, a szczególnie z terenów poddanych presji wielkich procesów społecznych, np. egalitarnych.

Element teorii socjalizacji jakim są mechanizmy socjali-

zacji był już przedmiotem badań empirycznych /Zborowski, 98/. Ich autor szukał wyjaśnienia dla różnicowań w zachowaniach medycznych w procesach socjalizacyjnych przebiegających w okresie dzieciństwa. Badał grupy etniczne: Żydów, Włochów, Irlandczyków, Amerykanów. A oto garść ustaleń Zborowskiego i innych autorów podejmujących badania na gruncie teorii socjalizacji. Badani Żydzi oraz Włosi reagowali bardzo emocjonalnie na ból, Amerykanie ze stoicyzmem, Irlandczycy natomiast negowali w ogóle jego istnienie. Zborowski zanotował jednak różnicowania w postawach Włochów i Żydów wobec bólu, i tak Włosi szukali w nim ulgi, Żydzi zaś koncentrowali się na znaczeniu bólu i jego konsekwencjach dla organizmu. Zborowski podkreśla, że matki żydowskie i włoskie cechowała przesada opiekuńczość wobec dzieci, w wyniku czego dzieci wyuczyły się skupiać uwagę na bólowych doświadczeniach i szukać pomocy, przyswoiły sobie lęk związany z powagą i znaczeniem symptomów.

Potwierdzeniem tej hipotezy były inne badania, w których grupy dobrze sytuowanych studentów żydowskich przejawiały mniejszą tolerancję na symptomy, niż grupy protestantów i katolików posiadających taki sam standard finansowy. Ponadto w badaniach E. Suchmana okazało się, że Żydzi mieli bardzo wysokie oceny na skali zachowań profilaktycznych i wysoką akceptację roli chorego /73/. Okazało się, że wzory zachowań mogą mieć skutki zdrowotne nie tylko dla poszczególnych jednostek, ale mogą kształtować także np. wskaźniki demograficzne. Tradycyjne zainteresowanie zdrowiem u Żydów spowodowało, że w grupie tej przy większej liczbie dzieci i mniejszym dochodzie

na głowę w porównaniu z zasiedzianymi Amerykanami, występowała równocześnie mniejsza umieralność niemowląt, niż w innych grupach.

Jak się wydaje, badanie zachowań medycznych na terenie różnych grup etnicznych prawie zawsze potwierdzi hipotezę o różnicującej roli determinant kulturowych. Nawet eksperymentalny sposób weryfikacji tej hipotezy nie jest wyjątkiem od wspomnianej wyżej reguły /Mechanic, 45/. Autor eksperymentu nakazuje wprawdzie ostrożność przy przenoszeniu wniosków z laboratoryjnych sytuacji bólowych na patologiczne sytuacje bólowe, jednakże stwierdził on doświadczalnie, że badani w laboratorium Włosi, Żydzi, Irlandczycy i Amerykanie reagują na ból w sposób zróżnicowany.

Wyniki badań, w których kulturowe zmienne niezależne mają inną wartość niż pochodzenie etniczne podważają przekonanie o bezwyjątkowym determinowaniu zachowań medycznych przez zmienne o charakterze kulturowym. Jak np. wykazały badania Mechanica przeprowadzone na jednorodnej etnicznie 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 /43/.

Pytania o rangę determinant kulturowych w procesie wyjaśniania zachowań medycznych jak również problem jakiego typu determinanty kulturowe należy badać w społeczeństwach bardziej zuniformizowanych pozostają na razie bez odpowiedzi.

W ramach kontekstu kulturowego spotyka się koncepcje,

które wprowadzają zmienne sformułowane w ogólnych terminach. Zdaniem autorów wspomniane zmienne przybierające różne wartości funkcjonują niezależnie od typów kultur. Przykładem może być artykuł Elieta Freidsona "Client Control and Medical Practice", gdzie autor zajmuje się systemami "lay referral" i "lay professional" /20/. Wymienione systemy to miejsca, w których jednostka szuka pomocy podczas choroby. Jest to cała sieć potencjalnych konsultantów od całkiem nieformalnych /rodzina, sąsiedzi - lay referral/, poprzez pseudozawodowych, aż do oficjalnych ekspertów - lekarzy /lay professional/. Systemów tych jest wiele ale można je, zdaniem Freidsona, klasyfikować według dwu podstawowych zmiennych; stopnia zgodności między kulturą medyczną reprezentowaną przez członków społeczności i przedstawicieli oficjalnej medycyny oraz liczbą konsultantów, którzy działali między pierwszą percepcją objawów przez jednostkę a decyzją udania się do lekarza. Jednym biegunem kombinacji tych zmiennych może być sytuacja silnej integracji lokalnej i sprzeciwu wobec używania fachowej pomocy medycznej, wtedy lekarze są wzywani do cięższych przypadków albo do ludzi zdesperowanych swoim stanem. Drugim biegunem jest pełna zgodność między kulturą medyczną jednostek określonej społeczności, a kulturą zawodową reprezentowaną przez przedstawicieli instytucji medycznych /bezpośrednio po stwierdzeniu objawów jednostki udają się do lekarza/. Są to krańcowe możliwości, między którymi istnieje continuum trudne do poznania. Nie spotkałam jak dotąd w literaturze badań empirycznych poświęconych tym zagadnieniom.

Koncepcja omawianych dwóch systemów pozwala według Freidsona zebrać nie tylko wiedzę o zachowaniu pacjenta, ale również pozwala zrozumieć czynniki, dzięki którym członek danej społeczności kontroluje oficjalną praktykę medyczną. Wspomniana kontrola działa chociażby poprzez ocenę i postawy wobec przedstawicieli oficjalnej medycyny, szczególnie wtedy, kiedy pacjent ma się powtórnie udać do lekarza. Tak więc, Freidson zwraca uwagę na sytuację, w której przedstawiciele służby zdrowia podlegają w gruncie rzeczy dwóm systemom kontroli: zawodowemu systemowi odniesienia i systemowi, który funkcjonuje w danej społeczności lokalnej, a który tworzą aktualni i potencjalni użytkownicy instytucji medycznych. Stopień wpływu pierwszego systemu na zachowania medyczne jest uwarunkowany kulturowo w zróżnicowany sposób. Zwroć uwagę na odmienne systemy, w których chora jednostka może szukać pomocy jest zarazem propozycją wprowadzenia kategorii analitycznej, której operacjonalizacja i zbadanie nastęrcza według wielu badaczy ogrom rzeczywistych trudności. Myślę, że rozwiązanie tych problemów ułatwi sięgnięcie do teorii grup odniesienia.

Tak więc po teorii socjalizacji, po teorii danego społeczeństwa znaleźliśmy trzeci rodzaj teorii socjologicznej, której aktualny dorobek może ułatwić poznanie i zrozumienie zachowań medycznych. Przy założeniu zakresowej nadrzędności teorii socjalizacji wobec teorii grup odniesienia i teorii makrostruktury danego społeczeństwa, problematykę kulturowych determinant zachowań medycznych można sprowadzić do pojęcia

socjalizacji i treści socjalizowanych, mechanizmów socjalizacji, źródeł socjalizacji i efektów socjalizacji. Te ostatnie bywają niekiedy utożsamiane z osobowością rozumianą jako zespół dyspozycji do zachowań /Newcomb, 52/.

Bez względu na empiryczny czy też teoretyczny charakter naszych zainteresowań musimy poszukać przede wszystkim takiej kategorii społecznej, w obrębie której będziemy lokalizować zmienne kulturowe i zachowania medyczne. Klasy społeczne /rozumiane tu jak najogólniej/ wydają się bezsprzecznie tą zmienną, która winna stanowić ramy dla zmiennych kulturowych i zachowań medycznych. Szczególnie, jeśli przedmiotem naszej uwagi jest społeczeństwo jednorodne etnicznie, jeśli doceniamy wagę kontekstu kulturowego przy wyjaśnianiu zachowań medycznych, których jakość i rozkład ilościowy chcielibyśmy poznać w obrębie szerszych grup społecznych niż populacja kliniczna danej jednostki chorobowej.

Rekapitulację podrozdziału chciałabym poświęcić polemice związanej z podstawową kategorią rozważań, a mianowicie z socjologiczną definicją choroby i jej elementem, pojęciem roli społecznej chorego. Na gruncie omawianych wyżej zmiennych właśnie ona wzbudziła największe kontrowersje. Punktem początkowym tych pozornych sprzeczności było wprowadzenie przez Parsonsa rozumienia choroby jako dewiacji od wartości ogólnie przyjętych w określonym społeczeństwie. Podstawowe składowe tej dewiacji to jak pamiętamy niemożność efektywnego spełniania ról społecznych /następuje to zawsze w momencie choroby/ czyli alienacja jednostki chorej wobec ocze-

kiwań jakie jej stawia społeczeństwo i jej pasywność w procesie terapii /nie musi występować/.

Niektórzy /Mechanic, 85/ zarzucają Parsonsowi pominięcie wymogów relatywizmu. Zwracają uwagę na odmienność koncepcji choroby, którą posiadają lekarz i pacjent; z jednej strony trening zawodowy, kliniczne doświadczenia, z drugiej dany przypadek i kulturowo warunkowane rozumienie go. Ponadto zdaniem autorów posługiwanie się terminem zachowań dewiacyjnych jest utrudnione przez skomplikowaną strukturę kontekstu społecznego, w ramach którego choroba zgodnie z propozycją ma być traktowana jako zachowanie odbiegające od normy. Pamiętajmy jednakże, że Parsons wyraźnie wskazuje te cechy kontekstu społecznego, na tle których dopiero choroba może być lub nie być dewiacją, odnosi swoje rozważania wyłącznie do społeczeństw zindustrializowanych, zachodnich, ściśle określa naczelne wartości danej kultury, oczekiwania wobec jednostek chorych i model terapii, a wcale nie twierdzi, że chora osoba musi korzystać z fachowej pomocy lekarskiej.

Kolejny oponent Parsonsa - M.Pflantz stawia natomiast dwa pytania: czy istnieją normatywne oczekiwania, które naruszone zostają przez chorobę i czy choroba jest zachowaniem społecznym /63/. Według Pflanza pierwsza sytuacja nie występuje - ludzie oczekują choroby, jest ona traktowana jako stan normalny. Dla tego autora choroba jest interesująca z punktu widzenia definicji socjologicznej dopiero wówczas, kiedy staje się dewiacją wtórną, tzn. kiedy zachowania chorobowe odbiegają od standardów społecznych. Choroba może być zatem definio-

wana jako rodzaj konformizmu wobec oczekiwań stawianych tym jednostkom, które aktualnie posiadają status chorych. W dalszym ciągu Pflaz twierdzi, że choroba winna być definiowana nie jako zachowanie społeczne ale raczej jako zdarzenie społecznie relatywne. Parsons i Pflantz mają odmienne poglądy na traktowanie choroby jako dewiacji wobec systemu społecznego rozumianego totalnie, natomiast o drugim typie dewiacji, tj. o spełnianiu bądź niespełnianiu oczekiwań stawianych jednostkom chorym mówią właściwie tym samym językiem.

Kontrowersja na gruncie socjologicznej definicji choroby między Parsonsem, Pflanzem i Mechanicem wydaje się pozorna. Wszyscy ci autorzy, choć każdy w inny sposób, relatywizują to zdarzenie do określonego kontekstu społecznego; wartości, ról, oczekiwań społecznych i fakt ten stanowi bezpośredni, a bardzo ważny punkt wyjścia dla dalszego rozwijania socjologicznej definicji choroby.

Chciałabym tu jeszcze zasygnalizować kilka problemów, które będą przedmiotem szczegółowych rozważań drugiej części serii publikacji poświęconych problematyce zachowań medycznych - myślę tu o treści pojęcia rola chorego, o zachowaniach w chorobie, o sekwencjach, które można wydzielić w cyklu zdrowie - choroba - zdrowie i o licznych relatywizmach, których nie można pomijać. Chociażby jak tego, trochę paradoksalnego, który zmusza w gruncie rzeczy socjologów do uwzględniania klinicznej definicji choroby i traktowaniu jej jako zmiennej kontrolnej.

Podsumowaniem tego podrozdziału, tak jak i trzech po-

zostałych będzie szczegółowa tablica zmiennych, o których była mowa. Wspomniane tablice stanowią materiał do końcowej systematyzacji zmiennych związanych z problematyką zachowań medycznych. Traktując to jako komentarz do wspomnianej tablicy chciałam podzielić się wrażeniem wyniesionym z lektur poświęconych kulturowo kształtowanemu zachowaniem medycznym. Na ogół sądzimy, że ludzie chorują, reagują na ból, cierpią, chcą szukać i szukają pomocy fachowców, że proces leczenia przebiega w miarę podobnie u wszystkich chorujących jednostek. Dzięki pracom Parsonsa, Zoli i innych ten stereotyp ulega rozbiciu co w konsekwencji prowokuje do badań nad wpływem czynników społecznych na tę strefę życia jednostek, która do tej pory prawie jednoznacznie wydawała się przyporządkowana biologicznym i fizjologicznym regułom.

Tabela 1

Kontekst kulturowy

Zmienne niezależne	Zmienne interweniujące /zależne/	Zmienne zależne
wartości podstawowe dla danego społeczeństwa	inne specyficzne wartości funkcjonujące w określonym społeczeństwie	zachowania w chorobach
podstawowe wartości w społeczeństwie: aktywizm, ziemość, instrumentalizm	zdrowie jako strybut osiągnięcia sukcesu, sukces jako punkt oceny jednostki	choroba jako dewiacja: nierrealizowanie oczekiwań społecznych funkcjonujących wobec jednostek chorujących
grupy etniczne	mechanizmy obronne	postrzeganie symptomów, wyrażenie symptomów
grupy etniczne	proces postrzegania symptomów	informacje przekazane lekarzowi
grupy etniczne	mechanizmy socjalizacji	wzory zachowań pro-filaktycznych
grupy etniczne	procesy socjalizacji	sposób reakcji na bóle
grupy etniczne syno-nim odrębności kultur	bodźce bólowe	wzory zachowań medycznych
postawy i zachowania medyczne matek		postawy wobec zdrowia i choroby u dzieci

treści socjalizowane	mechanizmy socjalizacji	zachowania medyczne
lay referal systemu	stopień zgodności między kulturą medyczną pacjenta a medycyną oficjalną	wybór rodzaju pomocy medycznej
grupa odniesienia		zachowania medyczne

Kontekst stratyfikacyjny

Wspominałam już, że szeroko rozumiane klasy społeczne, to te zakresy, które powinny nas interesować przy analizie zachowań medycznych zarówno jako zmienne niezależne jak i jako ramy, w obrębie których umieszczamy zmienne niezależne innego typu. W tym podrozdziale zmienne stratyfikacyjne, podobnie jak w podrozdziale poprzednim - determinanty kulturowe, będą interesować nas jako elementy współwystępujące z pewnymi zróżnicowaniami w postawach i zachowaniach medycznych. Większość badań i refleksji skoncentrowanych wokół problematyki zachowań medycznych jest podejmowana na terenie amerykańskim. Z konieczności zmienne, które są wykorzystywane w cytowanych pracach stanowią elementy makrostruktury społeczeństwa amerykańskiego.

Lektura prac, w których zmienne stratyfikacyjne zajmują wśród zmiennych niezależnych naczelne miejsce sugeruje, że uzasadnione jest przekonanie o istnieniu zróżnicowania zachowań medycznych między klasami i warstwami społecznymi, podczas gdy interpretacja tych zróżnicowań napotyka na trudności szczególnie jeśli szukamy jej w mechanizmach ściśle związanych z aspektami stratyfikacyjnymi. Jednym z alternatywnych rozwiązań tych trudności jest hipoteza o wieloeta-powych i wielowymiarowych skutkach zajmowanej pozycji społeczno-ekonomicznej. Sformułowana jako aforyzm brzmi: im niższe klasy społeczne tym gorsze wejście w różne układy społeczne /źródła informacji, świadczenia socjalne/, tym

słabsza percepcja symptomów, tym bardziej ograniczone korzystanie z instytucji medycznych. Dość sloganowe sformułowanie tej hipotezy kryje w sobie duże możliwości heurystyczne; zezwala między innymi na koncentrację uwagi na poszczególnych układach powiązań między zmiennymi.

Cytowana hipoteza powstała jako teoretyczny efekt badania E. Koosa, który pierwszy wykazał empirycznie zróżnicowanie zachowań medycznych w poszczególnych klasach społecznych /33/. Reakcje na choroby były opisane na tle zespołu takich cech, jak praca, rodzina, wydatki. Koos zdawał sobie sprawę z trudności uchwycenia, a co więcej poklasyfikowania przedmiotu badań - chorób i poszczególnych momentów w cyklu choroby. Usiłował on tę różnorodność możliwości ograniczyć poprzez zawężenie populacji badanej do matek, zainteresowane się ostatnimi miesiącami i ograniczonej ilości symptomów. Podstawowym wynikiem tych badań są odpowiedzi na pytanie kiedy respondenci udają się do lekarza. Koos podzielił badanych na trzy klasy społeczne. Oto podstawowa tabela otrzymana z tych badań:

Symptom	I klasa 51 osób	II klasa 335 osób	III klasa 128 osób
brak apetytu	57%	50%	20%
uporczywa zwichnięcia	80%	47%	19%
krw w moczu	100%	93%	69%
nadmierne krwa- wienie podczas okresu	92%	83%	54%
utrata wagi	80%	51%	21%
chroniczne zmęczenie	80%	53%	19%
uporczywy ból głowy	80%	51%	33%
trudności w oddychaniu	94%	71%	41%

A oto czynniki, które zdaniem Koosa, mogłyby ułatwić interpretację danych o badanej populacji; różne doświadczenia, przekonania i wzory grupowe, lęk przed diagnozą, miejsce zdrowia w systemie wartości, różne stopnie integracji rodziny etc.

Jak mówiliśmy istotnym efektem badań Koosa jest sformułowanie schematu, który chwytą być może najbardziej istotną rolę determinant strukturalnych w zachowaniach medycznych. Jest to jedna z nielicznych propozycji wyjaśniania, dlaczego ludzie różnią się w swoich zachowaniach medycznych otaczających nawet te same jednostki chorobowe.

Aby w pełni zrozumieć wartość takiego wariantu strategii badawczej trzeba wprowadzić pojęcie upośledzenia ekonomicznego /35/. Dla przypomnienia zacytuję charakterystykę

takiego pojęcia "z upośledzeniem ekonomicznym wiąże się ściśle upośledzenie psychiczne, nawyk uległości, zmniejszony dostęp do źródeł informacji, brak umiejętności werbalnych. Wszystko to prowadzi najwidoczniej do braku pewności siebie, co z kolei u osób o niskiej pozycji społecznej wzmacnia niechęć do uczestnictwa w wielu aspektach naszej kultury typowej dla klas średnich, owa niechęć do uczestnictwa przekracza granice realistycznego wycofywania się wywołanego zmniejszonymi szansami efektywności. Osoby o niskiej pozycji społecznej nie pozwalają sobie również na zbyt daleko idące aspiracje. Zwrócono się do dość licznej grupy ludzi z pytaniem jaki pragnęliby mieć dochód. Okazało się, że osoby o niższych dochodach mają bardziej ograniczone aspiracje. Grupy dzieci pozwolono wybrać prezenty gwiazdkowe. Okazało się, że dzieci z niższej pozycji społecznej mniej wybierają prezentów niż inne dzieci" /35/. Koncepcja ta znajduje potwierdzenie w pracy psychologa społecznego Herberta H. Hymana "O systemach wartości uznawanych przez różne klasy społeczne i psychologicznym przyczynku do analizy stratyfikacyjnej" /42/.

Badacz ten dochodzi również do wniosku, że aspiracje klas niższych w zakresie zawodu, dochodu lub wykształcenia są niższe aniżeli aspiracje członków klas wyższych. Czynnikiem, który systematycznie występuje w przypadkach odchyień i który na płaszczyźnie psychologicznej potwierdza wpływ czynnika klasowego jest grupa odniesienia danej jednostki. Czyli może występować względne upośledzenie, bądź uprzywilejowa-

nie, które powstać może na skutek porównania własnej aktualnej pozycji z pozycją innych, lub z własnymi, poprzednio posiadanymi pozycjami /w naszym systemie polityczno-społecznym można się spodziewać tendencji do względnego uprzywilejowania/.

Pojawiła się w ten sposób kategoria upośledzenia ekonomicznego wraz ze swoim psychologicznym wymiarem, który odwołuje się do teorii grup odniesienia. Wspomniana kategoria stanowi jeden z wtórnych skutków zajmowanej pozycji społeczno-ekonomicznej. W schemacie, który ma za zadanie wyjaśnić zależności między pozycją społeczną a zachowaniami medycznymi, pełni ta kategoria funkcję zmiennej interpretacyjnej.

Sprawa jest otwarta; nie ma jeszcze dostatecznej ilości wyników, które rozstrzygnęłyby o słuszności i celowości hipotez opartych na pojęciu upośledzenia ekonomicznego. Oto kilka informacji, które już zostały uzyskane.

Irving Zola, który jak pamiętamy, koncentrował swoje zainteresowanie na determinantach kulturowych jako zmiennych niezależnych, wymienia jednak następujące zmienne jako czynniki kształtujące zachowania nieumotywowanych do leczenia jednostek; przystosowanie do ekonomicznej zależności, społeczna i psychologiczna deprawacja /83/.

Elina Ravie-Manilla prowadziła badania nad oczekiwaniami społeczeństwa fińskiego w dziedzinie opieki zdrowotnej /77/. Stwierdziła, że wymagania w zakresie zdrowotnej opieki ludzi żyjących w korzystnych warunkach są, na ogół wysokie, zaś u ludzi znajdujących się w warunkach gorszych niskie.

Zdaniem pielęgniarek chorzy należący do wyższych klas społecznych mają zbyt wygórowane wymagania, chłopci zaś, zbyt niskie.

Ciekawym przyczynkiem do weryfikacji hipotezy o wpływie upośledzenia ekonomicznego na zachowania medyczne są przeprowadzone w USA przez Leilę Deazy badania nad zależnością między warunkami społeczno-ekonomicznymi matek, a uczestnictwem ich dzieci w szczepieniach ochronnych przeciw chorobie Heinego-Medina /13/. Badania te były przeprowadzone wśród przedstawicielek trzech podstawowych klas społecznych. Matki z najniższej klasy społecznej różniły się od tych z I-szej i II-giej mniejszą ilością zaszczepionych dzieci, słabszą wiedzą o szczepieniu, mniejszym lękiem przed chorobą. Fakty te świadczą o tym, że rodziny o wyższym poziomie społeczno-zawodowym są bardziej podatne na środki masowej komunikacji, prezentują postawy pozytywne wobec praktyk profilaktycznych. Natomiast mniej uprzywilejowani członkowie społeczeństwa mniej wiedzą i w związku z tym, mają słabszą motywację do udziału w zachowaniach profilaktycznych. Należy podkreślić, że w badanej populacji nie działał bezpośredni czynnik ekonomiczny, ponieważ szczepienia były bezpłatne, wszyscy byli, zdaniem autorki, jednakowo traktowani. Autorka uważa, że czynniki ekonomiczne i psychiczne są powiązane. Dochodzi do wniosku, że wyodrębniona przez nią III-cia najbiedniejsza klasa badanej populacji miała mniejsze doświadczenie z lekarzami, słabsze zaufanie do nich, cechowała się brakiem umiejętności myślenia w terminach zapobiegawczych, a raczej kierowała się fatalizmem. Zdaniem Deazy konieczne jest zwią-

kszenie wiedzy o planowaniu przez ludzi własnej przyszłości.

Modelowym przykładem osadzenia problematyki zachowań medycznych w kontekście stratyfikacyjnym, ze szczególnym podkreśleniem determinującej funkcji pozycji społeczno-zawodowej zajmowanej przez jednostkę są Kasyczne już dziś badania F.Hollingsheada i F.Redlicha opisane w książce "Social Class and Mental Illness" /24/. Autorzy zrezygnowali z prób wyjaśnienia zaobserwowanych zjawisk, jednakże ilość i rodzaj zjawisk, którymi się zajęli przesadzają o wartości pracy czyniąc ją interesującą i inspirującą. Hellingshead i Redlich zebrali dane o badanej populacji przy pomocy wywiadu socjologicznego i psychiatrycznego. Badaną populację stanowiło pięć klas / I - najwyższa, V - najniższa/ wyróżnionych przy pomocy indeksu pozycji społecznej. Podstawowe wyniki można ułożyć w ciągu informacji, które mówią o tym, czy i w jaki sposób przynależność do określonej grupy społeczno-zawodowej wpływa na proces stawania się pacjentem i styl stosowanej terapii. Ta bardzo przekonująca wizja może być przedstawiona według kolejnych hipotez, które weryfikowali autorzy.

Hipoteza I. Status klasowy jest czynnikiem determinującym drogę jednostki do psychiatry. Na podstawie danych autorzy doszli do wniosku, że hipoteza taka jest trafna. W omawianych badaniach okazało się, że sposoby stawania się pacjentem psychiatrycznym /od samodecyzji do dowiezienia przez szpitalną lub policyjną karetką/ determinuje status klasowy badanych jednostek. Wśród czynników współwystępujących ze sposobami stawania się pacjentem wyróżniono takie

zmiennie jak tolerancja jednostek i grup na pewne objawy zaburzeń psychicznych i postawy wobec psychiatrii. Również i one były zróżnicowane według pozycji społecznej badanych. Jednym z wniosków szczegółowych tej części badania było stwierdzenie, że I-sza i II-ga klasa spotykają się z psychiatrią w sposób mniej drastyczny niż przedstawiciele grupy IV-ej.

A oto kolejne hipotezy potwierdzone przez badania:

Hipoteza II. Rozkład jednostek chorobowych związany jest ze statusem klasowym; im niższa klasa społeczna, tym większa proporcja pacjentów w badanej populacji. Klasa V wykazuje większą proporcję wśród pacjentów, niż w całej przebadanej grupie.

Hipoteza III. Istnieje relacja między pozycją pacjenta w strukturze społecznej a rodzajem zaburzeń; im niższa klasa tym bardziej wzrastają takie zaburzenia jak alkoholizm, schorzenia organiczne, uwiądy starcze. Zróżnicowania ilościowe nie występują między klasami I-szą i III-cią, występują natomiast między klasami III-cią i V-tą.

Hipoteza IV. Typ psychiatrycznego leczenia pacjentów jest powiązany z ich pozycją w strukturze klasowej. Prowadząc badania chodziło o stwierdzenie gdzie pacjent jest leczony i jaki rodzaj leczenia został wobec niego zastosowany. Teoretycznie powinny decydować o tym symptomy, dlatego wytypowano do analizy pacjentów z tą samą diagnozą. Okazało się np. że im niższa klasa, tym więcej neurotyków jest hospitalizowanych. Jak twierdzi współczesna medycyna nie jest to naj-

lepszy sposób terapii dla wspomnianej jednostki chorobowej. Autorzy otrzymali drastyczne wyniki jeśli chodzi o stosowanie metody leczenia. Psychoterapia była stosowana w I-szej i II-giej klasie dla 46,9% pacjentów, a w klasie V-tej dla 4,9%. Kiedy wzięli za stałą miejsce leczenia okazało się, że nawet w takich placówkach medycznych gdzie nie występują bezpośrednie powiązania pobytu i leczenia z loszami /np. klinika gdzie wszyscy płacą/ psychoterapia jest ordynowana dłużej niż 10 miesięcy: 59% pacjentów z II-giej klasy i 14% pacjentów z V-tej klasy. W szpitalach publicznych tak drastycznych wyników nie zanotowano. Stwierdzono ponadto następującą zależność; im niższa klasa, tym większa tendencja do stosowania lobotomii i przetrzymywania schizofreników. Długość leczenia pacjentów psychotycznych wyznaczona była także ich statusem. Alkoholicy z klasy I-szej i II-giej przebywali na leczeniu średnio dwa lata, z V-tej pięć lat. Schizofrenicy z klasy I-szej i II-giej przebywali średnio na leczeniu 10,5 roku, a schizofrenicy z klasy V-tej 15,2 roku.

Nie jest możliwe szczegółowe przedstawienie wszystkich wyników tych interesujących badań. Podkreślając znaczenie tej pracy, nie można pominąć pionierskich zasług autorów w zwróceniu uwagi na drastyczny problem powiązania stylu terapii ze statusem reprezentowanym przez pacjentów. Inaczej mówiąc, trzeba zwrócić uwagę na zasadniczy wkład Hollingsheada i Redlicha w rozwój tego nurtu badań nad zachowaniami medycznymi, w których generalnie rzecz biorąc interesujemy się problematyką dystansu społecznego, między pacjentami a insty-

tucjami medycznymi. Ponieważ dystans ten tworzy wiele elementów może mieć on wiele aspektów /od trudności w kontakcie między pacjentem a lekarzem, aż do stosowania odmiennego leczenia/, problematyka dystansu społecznego między pacjentami a instytucjami medycznymi rozpatrywana zarówno w sferze postaw jak i faktów wydaje się być szczególnie istotna dla praktyki społecznej.

Przy pewnej interpretacji można traktować poglądy, postawy jako przedmiot zainteresowania badaczy zachowań medycznych /55/. Przykładem może być badanie Koosa i dotyczy poglądów społeczeństwa miasta, dobrze wyposażonego w instytucje medyczne, na temat funkcjonującej na ich terenie służby zdrowia. Dostrzeżono pewien krytycyzm we wszystkich klasach wobec systemu opieki zdrowotnej. Silniejszy był on w klasach niższych. Krytycyzm ten dotyczył przede wszystkim stosunku pacjent-lekarz. Wspólna jest również we wszystkich klasach niewiedza o pracy personelu medycznego. Natomiast różnicują klasy postawy wobec korzystania z pomocy personelu quasi-medycznego. W klasie I-szej 73% badanych, a w klasie II-giej 67% nic nie wiedziało o takiej formie pomocy, nie zajmowało względem niej postaw i nie widziało powodów aby zapobiegać korzystaniu z niej. Świadczy to albo o braku krytycyzmu, albo o braku zainteresowania problemami społecznymi. Zróżnicowanie postaw wobec opieki quasi-medycznej Koos usiłuje odnieść raczej do czynników psychologicznych, np. do potrzeby opieki medycznej opartej na silnym kontakcie i zindywidualizowanej. Potrzebę taką autor przypisuje przedstawicielom

klas niższych.

To co zostało powiedziane o kulturowych i stratyfikacyjnych możliwościach poznania i wyjaśniania zachowań medycznych może sugerować zbyt uproszczony sposób korzystania z pomocy zmiennych kulturowych i stratyfikacyjnych. We wcześniejszych fragmentach artykułu mówiłam o konieczności wydzielania terenów badawczych przy pomocy kategorii klas i warstw społecznych, choćby dlatego, że klasy są zróżnicowane w swych charakterystykach kulturowych. Do tej pory była mowa wyłącznie o bezpośrednim, bądź pośrednim wpływie zajmowanej pozycji społecznej na zachowania medyczne. Wpływ pośredni można było utożsamiać z wpływem zmiennych o charakterze kulturowym. Aby pokazać na ile zmienne kulturowe i stratyfikacyjne są przenikającymi się terenami wpływu, przedstawię wyniki badań, które zwracają uwagę na takie sytuacje w społeczeństwach homogenicznych, kiedy zmienne o charakterze kulturowym bardziej różnicują badaną populację niż zmienne stratyfikacyjne, kiedy podział populacji według grup społeczno-zawodowych nie pokrywa się z podziałem według cech kulturowych. Przykładem wspomnianych komplikacji mogą być prace Ashley Weeks i Majore Davis: "Apathy of Families toward Medical Care-An Exploratory Study" /89/ oraz praca Ashley Weeks "Family Spending Patterns and Health Care" /90/. Celem badań było poznanie rozkładu ekonomicznych wskaźników zainteresowania zdrowiem w dwóch grupach o zróżnicowanym dochodzie. Porównano wydatki na zdrowie z wydatkami na inne cele. W kontekście takich informacji mierzono postawy wobec opieki zdrowotnej. O-

kazało się, że proporcjonalnie do dochodów, biedniejsi wydają mniej, a bogaci więcej na cele zdrowotne. Jednakże różnice w strukturze wydatków między grupami o różnych dochodach okazały się mniejsze, niż w obrębie grup o podobnych dochodach. Po zebraniu obu typów danych, tzn. rozkładów wydatków i informacji o postawach badanych wobec zdrowia, prowadzący badania przedstawili wnioski w dość specyficzny sposób, tzn. ujęli je w szereg hipotez, które dzielą badane rodziny nie według standardu finansowego, ale według postaw wobec problemów zdrowia. Przy pomocy tego kryterium podzielili rodziny na apatyczne i nieapatyczne. A oto ich hipotezy:

- 1/ w skład nieapatycznej rodziny częściej wchodzi osoba /zwykle matka/, której proces socjalizacji uwzględnił korzystanie z opieki zdrowotnej;
- 2/ nieapatyczne rodziny miały uprzednio ciężkie doświadczenia związane z wydatkowaniem pieniędzy na chorobę;
- 3/ w skład rodziny nieapatycznej wchodzi jednostki operatywne, pomiędzy którymi panuje silniejsze powiązanie uczuciowe;
- 4/ mniej apatyczne rodziny to te, które nie traktują swojej sytuacji finansowej jako ciężkiej;
- 5/ rodziny posiadające wyższe wymagania są bardziej apatyczne;
- 6/ rodziny, których członkowie koncentrują się na zdobywaniu dóbr są apatyczne;
- 7/ rodziny, w których matka odgrywa rolę diagnosty są apatyczne;

8/ zmniejszony lęk przed bólem i chorobami współwystępuje z apatią do działań w sferze zdrowia i choroby.

Wyniki przedstawionych badań podważyły sugestię, że dochód jest wystarczającym warunkiem podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem i chorobą. To co służy Ashley Weeks do określenia rodziny jako apatycznej, bądź nieapatycznej to syndromy cech, które tworzą typy rodzin o określonym stylu życia. Zmienna ta bez wątpienia ma charakter kulturowy.

Analiza tabeli 2 pokazuje, że klasy to kategorie ni mniej zróżnicowane kulturowo od grup etnicznych. Posługiwanie się tą kategorią pozwala równocześnie poznać istotne mechanizmy kształtujące zachowania jednostek, w tym także zachowania medyczne. Chodzi tu nie tylko o standard finansowy, czyli bezpośrednie skutki zajmowanej pozycji społeczno-zawodowej. Istnieją opracowania, z których wynika, że po osiągnięciu pewnego, nienajwyższego poziomu dochodów, dalszy ich wzrost w niewielkim tylko stopniu wpływa na korzystanie ze świadczeń medycznych. Ponadto, bezpłatny w niektórych krajach system służby zdrowia, niweluje bezpośrednie skutki zróżnicowanego udziału w dobrach ekonomicznych. Natomiast istotne są wtórne skutki zajmowanej pozycji społecznej /pojęcie pozycji rozszerzone jest poza udział w dobrach ekonomicznych/. We wtórnych skutkach umieściłabym przede wszystkim "wejścia" w różnorodne układy społeczne, np. system świadczeń socjalnych, dostęp do źródeł informacji, dystans społeczny, ocenę zajmowanej pozycji i konsekwencje społeczno-psychiczne tej oceny, np. wtórne upośledzenie bądź uprzywilejowanie.

Istną ją hipotezy o powiązaniach w obrębie samych wtórnych skutków zajmowanej pozycji społeczno-zawodowej, np. wspomniana ocena jest podejrzana o kształtowanie korzystania ze źródeł informacji, korzystania ze świadczeń socjalnych.

Wiadomo, że w warunkach silnych barier społecznych dominują odniesienia wyraźnie ustalone przez własną grupę, w warunkach zaś ruchliwości społecznej szerzy się zjawisko porównywania niekonformistycznego w stosunku do zwyczajów swoich grup. W ten sposób przenosimy się na teren teorii grup odniesienia, gdzie względne uprzywilejowanie, bądź upośledzenie stanowi bardzo ważną kategorię interpretacyjną. Szczególnie chodzi o koncepcje, które mówią o przyjmowaniu interesów, postaw, form myślenia, wzorów zachowania tej kategorii lub klasy, z którą następuje subiektywna identyfikacja. Najpełniej chyba dostrzegamy tutaj pewną "nierozdzielność" kategorii kulturowych i stratyfikacyjnych przy szukaniu wyjaśnień dla zachowań medycznych. Zasadne w takim razie wydaje się być szczególne stosowanie zmiennych stratyfikacyjnych także i z tego powodu, że pozwala mówić o typie i mechanizmach wyposażenia kulturowego jednostek.

Kontekst stratyfikacyjny

Zmienne niezależne	Zmienne interweniujące	Zmienne zależne
Klasy	tolerancje jednostki i jej rodziny na symptomy postawy wobec psychiatry postawy psychiatry wobec pacjenta trudności w komunikacji między pacjentem a psychiatrą	drogi dotarcia do lekarza, rodzaj zaburzenia, typ leczenia /gdzie, jak jak długo trwało leczenie/
Klasy	opinie, postawy, przekonania pacjentów i psychiatrów	zarejestrowana epidemiologia, medyczna deprywacja, decyzja szukania pomocy medycznej
Klasy	różnice w ocenie symptomów	decyzje szukania pomocy medycznej
Klasy	niskie wejście do instytucji, społecznie niska ocena symptomów	słabsze korzystanie z pomocy medycznej
Klasy	zależność ekonomiczna, deprywacja społeczna, psychologiczna, poziomy aspiracji	brak motywacji do leczenia się, zachowania medyczne /tylko schemat teoretyczny

Tabela 2

Klasy	wtórne skutki zajmowanej pozycji społeczno-zawodowej	wzory zachowań otaczających chorobę
Klasy	emocjonalne potrzeby pacjentów	dewiacja od oficjalnego systemu pomocy medycznej
Klasy	łatwość komunikacji pacjenta z lekarzem	wymagania i oczekiwania wobec służby zdrowia
Klasy	podatności na środki masowej komunikacji, postawy wobec praktyk prewencyjnych, wiedza o chorobach, fatalizm, zainteresowanie przyszłością	ilości zaszczepionych dzieci
Klasy	wtórne skutki zajmowanej pozycji społeczno-zawodowej	zachowanie prewencyjne
Klasy / w tym przypadku różnice w wydatkach były mniejsze między różnymi klasami niż w obrębie jednej klasy /	socjalizacja matki, doświadczenia chorobowe, niska wiara rodzinna, niekonsumpcyjny styl życia	aktywna zachowania medyczne
Klasy	matka w roli diagnosty, koncentracja na zdobywaniu dóbr, mniejszy lęk przed chorobą	specyficzne zachowania medyczne
Klasy	mechanizmy socjalizacji, styl życia	typy zachowań medycznych

Kontekst psychologiczny

Ten fragment rozważań o kontekstach zachowań medycznych mógłby dotyczyć omawianych wcześniej psychologicznych skutków zajmowanej pozycji społeczno-zawodowej. Jak okaże się również przy omawianiu kontekstu systemowego kategoria ta występuje nie tylko w powiązaniu ze statusem społeczno-ekonomicznym ale i w kontekście relacji pacjent-instytucje służby zdrowia. Jest to wówczas deprywacja medyczna, pojęcie wprowadzone przez E. Suchmana. Wspomniane wyżej sytuacje są jak gdyby pochodnymi czynników zewnętrznych wobec jednostki. Jednakże przy omawianiu kontekstu psychologicznego zajmę się tylko tymi komponentami, które można traktować jako indywidualne dyspozycje /cechy/ jednostek.

W pracach wybranych dla pokazania psychologicznego podejścia przy badaniu zachowań medycznych dominuje refleksja teoretyczna. Sytuacja ta, sprzeczna z empirycznymi tendencjami panującymi na terenie psychologii społecznej, świadczy albo o sceptycyzmie badaczy wobec psychologicznego nurtu badań nad zachowaniami medycznymi, albo o niechęci do korzystania z zastanej wiedzy.

Ze znanych mi prac jedynie ujęcie zaproponowane przez Irvina Rosenstocka jest próbą stworzenia modelu motywów korzystania z instytucji służby zdrowia /64/. Rosenstock odnosi swoje rozważania do aktualnego stanu wiedzy - do prac Koosa,

Zoli i Freidsona. Aprobuję ich sugestie łączenia indywidualnych cech jednostek z zachowaniami determinowanymi kulturowo i stratyfikacyjnie. Aprobuję również ukazanie wielofazowości procesu zdrowie-choroba-zdrowie. Podkreśla wpływ relacji międzyludzkich i zdarzeń zachodzących w każdej fazie na decyzje indywidualne. Rosenstock koncentruje się wyłącznie na mechanizmach psychologicznych kształtujących zachowania medyczne. Prezentowany przez niego model obejmuje dwa rodzaje zmiennych: psychiczną gotowość do podejmowania działań medycznych i obłąkar, w którym poszczególne działania są oceniane jako korzystne dla redukcji zagrożenia. Są to zmienne intelektualne i emocjonalne. Autor przypisuje większe znaczenie tym ostatnim i wyróżnia w nich następujące kategorie:

- a/ odczuwana podatność na postrzegane symptomy /jeden biegun stanowi osoba, która podczas wywiadu zaprzecza każdej możliwości, drugi - osoba, która aprobuję każdą możliwość choroby/
- b/ odczuwana powaga symptomów, w tym świadomość klinicznych konsekwencji choroby, ograniczenia aktywności fizycznej i intelektualnej, wpływ choroby na społeczne relacje jednostki i jej pracę.

Elementy intelektualne w zachowaniach medycznych autor sprowadza do postrzegania użyteczności podejmowania tych działań. Jednostka może sądzić, że jakieś działanie jest bardzo efektywne w redukcji zagrożenia chorobą, ale równocześnie postrzega negatywne skutki owych działań, takie jak koszt czy ból. Inaczej mówiąc, występuje tu konflikt motywów.

Rosenstock dostrzega jako stymulatory działań medycznych zarówno czynniki intraindywidualne, jak i czynniki zewnętrzne: "lay referral system", środki masowej komunikacji. Autor zdaje sobie sprawę, że naszkicowany przezeń model nie jest kompletny i wymaga jeszcze ogromnego wkładu pracy. Konieczne jest operacyjne zdefiniowanie zmiennych, kwantyfikacja postrzeganej rangi symptomów.

Ponadto potrzebne są studia eksperymentalne nad problemami takimi, jak podatność na redukcję przekonań obdarzonych znacznym lękiem, a takimi są na pewno przekonania związane ze zdrowiem i chorobą. Autor postuluje zminimalizowanie wpływu zewnętrznych barier na podejmowanie przez jednostki działań w sferze zdrowia i choroby. Słusznie twierdzi, że bariery ekonomiczne i instytucjonalne są łatwiejsze do pokonania niż bariery interindywidualne.

Kiedy mówimy o czynnikach osobowościowych, które mogą stanowić barierę w podejmowaniu oczekiwanych działań medycznych to warto się zastanowić jakie zmienne ułatwiają podejmowanie decyzji i udania się po fachową poradę.

Jedną z możliwych dróg poznania psychologicznych czynników, które skłaniają ludzi do udania się po fachową pomoc lekarską jest zbadanie intensywności psychicznych korzyści jakie jednostki otrzymują po podjęciu pozytywnej decyzji. Niektórzy badacze /Mechanik, 47/ koncentrują się na poznaniu intensywności stresu u jednostek, które odwiedzają lekarzy.

Bowiem moment stresu charakteryzuje się lękiem, emocjonalnym napięciem i trudnością w przystosowaniu. W badaniach Me-

chanica stress był określany częstotliwością, z jaką badaną jednostkę cechowała samotność i nerwowość. Okazało się, że zarówno zaobserwowana intensywność stressu /neurotyczność/ jak i zbadany stopień tendencji do korzystania z medycznych udogodnień były skorelowane z częstością medycznych wizyt. Wśród osób o wysokiej inklinacji do korzystania z udogodnień medycznych i z wysokim stresem 73% znajdowało się w grupie często wizytujących, a tylko 30% spośród jednostek z niską inklinacją i pod niskim stresem znajdowało się w grupie osób, które często odwiedzają lekarzy. Okazało się, że częstotliwość medycznych wizyt jest funkcją zarówno omawianej tendencji, jak i stressu. Jednakże inklinacja do korzystania z udogodnień medycznych najbardziej wpływa na częstość wizyt u lekarza. Ci, którzy mieli tendencję do adaptowania roli pacjenta mieli jednocześnie większe od pozostałych tendencje do przyjmowania tej szczególnej metody rozwiązywania swoich konfliktów jaką jest pójście do lekarza.

Ten wynik pobudził Mechanica do sceptycznego stwierdzenia, że statystyka medyczna w dużej mierze obejmuje równocześnie swym zakresem rozpowszechnienie wzorów zachowań w trakcie choroby, jak i rzeczywiste indywidualne zachowania /dla wyjaśnienia sytuacji proponuje Mechanic weryfikowanie hipotez z dziedziny zachowań medycznych na populacjach generalnych/.

W badaniach nad motywami i sposobami korzystania z pomocy lekarskiej przez ludność Warszawy, okazało się, że częstość wizyt nie zależy od stopnia neurotyczności a tylko nisko współwystępuje z subiektywną oceną zdrowia badanych

/Z. Bizoni, materiały nieopublikowane/. Ta informacja jest potwierdzeniem cytowanego wyżej wyniku, uzyskanego w badaniach Mechanica. Być może w populacji warszawskiej dyspozycja do korzystania z instytucji medycznych interweniuje w równie silnym stopniu jak w badaniach amerykańskich. Niektórzy autorzy sugerują, że dyspozycja ta może być fragmentem generalnej dyspozycji do korzystania z usług ekspertów i fachowców. Taka zmienna wydaje się być dobrze osadzona w rzeczywistości społecznej, gdzie panuje kult fachowości i specjalizacji.

D. Mechanik i E.H. Volkart posługują się pojęciem "tendencja do okroślania siebie chorym" jako kategorią nadrzdną w stosunku do "tendencji do korzystania z udogodnień medycznych" /48/. Bez empirycznej weryfikacji trudno jest jednak rozstrzygnąć stosunek zakresów tych pojęć. Jeden ze sposobów wyjaśnienia tego problemu może stanowić lepsze poznanie oczekiwań jakie żywią aktualni i potencjalni pacjenci wobec terapeutów.

Chorobą jako źródłem wtórnych korzyści /możliwością ucieczki, zainteresowania innych swoją osobą/ interesowali się w swoich badaniach Zola i Stocckle /82/. Przeprowadzili oni badania nad występowaniem stanu "stressu" wśród dwóch grup pacjentów ambulatoryjnych wybranych spośród klasy robotniczej w tej samej klinice, ale w różnym czasie. Badania te przeprowadzone zostały przy pomocy klinicznego i socjologicznego wywiadu. Tym razem w obu grupach pacjentów indywidualne problemy psychiczne wpływały zasadniczo na decyzję pójścia do lekarza.

Kontekst psychologiczny zachowań medycznych winien uwzględniać dwa typy czynników. Nazwijmy je roboczo indywidu-

alnymi i zewnętrznymi cechami jednostek. Cechy indywidualne to inklinacja jednostki do przyjęcia roli chorego, zaburzenia natury psychicznej - stress, depresja, tendencja do skargliwości, dyspozycje neurotyczne, bariery w postaci tendencji do ucieczki od zachowań w danym momencie racjonalnych, oczekiwanie wtórnych korzyści po przyjęciu roli chorego.

Narzędziem idealnym do wykorzystania tego typu zmiennych w wyjaśnianiu zachowań medycznych mogłaby być skala poszczególnych dyspozycji. Jako precyzyjne narzędzie pomiaru pełniąc istotną funkcję zmiennych kontrolnych mogłaby ułatwić poznanie faktycznego wpływu zmiennych kulturowych i stratyfikacyjnych na zachowanie medyczne.

Psychologiczne skutki zróżnicowania społecznego czyli bardzo arbitralnie wydzielone psychologiczne czynniki zewnętrzne omówione były w poprzednim podrozdziale. Tabelę 3 tworzą zmienne ściśle psychologiczne, nazwane przeze mnie indywidualnymi.

Kontekst psychologiczny

Zmienne niezależne /interweniujące/	Zmienne zależne
tendencje do przyjmowania roli chorego	częstość wizyt w instytucjach medycznych
stres, depresja, stany neurotyczne	częstość wizyt w instytucjach medycznych
subiektywna ocena zdrowia	częstość wizyt w instytucjach medycznych
bariery psychologiczne i postrzeżony dystans społeczny, lęk przed bólem	-
próg tolerancji na zaburzenia w zachowaniu	-
choroba jako źródło wtórnych korzyści	-

X Wśród prac kierunku psychologicznego można zauważyć tendencję do traktowania zmiennych psychologicznych jako zmiennych niezależnych. Wydaje się, że taka postawa metodologiczna ogranicza możliwości rozwoju tego wiaśnie nurtu.

Tabela 3

Kontekst systemowy

Dla określenia relacji pacjent-instytucja medyczna, przyjmiemy następującą definicję systemu; system to zespół powiązanych interesów i działań charakteryzujących się pewną organizacją elementów, albo ustalonym uporządkowaniem fas działań.

Jeśli celem naszym są rozważania nad dewiacjami od systemu musimy przyjąć założenie, na mocy którego przyjmujemy ocenę pewnych zachowań jako dewiacyjnych. Musimy też określić rodzaj interesujących nas dewiacji. Pierwszym założeniem będzie przekonanie, że w tych społeczeństwach, które są obiektem badań profesjonalna służba zdrowia jest uznawana za jedyną kompetentną instytucję w rozstrzygnięciu problemów zdrowia. Drugie założenie mówi o tym, że interesować nas będzie celowa i świadoma dewiacja, a mianowicie wybór innego systemu niż oficjalny i brak konsekwencji w korzystaniu z pomocy medycyny oficjalnej.

Jeśli nie zadawała nas poprzestanie na stwierdzeniu faktu dewiacji, musimy przyjąć jedną z wielu hipotez, które może nas zbliżyć do wytłumaczenia faktu dewiacji. Hipoteza ta będzie związana z instytucjonalnym kontekstem zachowań medycznych. Oto ona: na skutek postrzeganych przez pacjentów niedostatków instytucji medycznych nie spełniają one warunków maksymalnego zaspokojenia potrzeb pacjentów. Wyjaśnień dla interesujących nas dewiacji możemy poszukać również w innych omówionych poprzednio kontekstach.

Kategoria systemu jest kategorią analityczną i dlatego pacjenta, element systemu pacjent-instytucja medyczna, możemy postrzegać jako uczestnika wielu podsystemów. W tej złożoności systemu pacjent-instytucja medyczna można się doszukiwać przyczyn zachowań dewiacyjnych. Dlatego chyba wśród orientacji systemowej można wydzielić dwa typy podejść. Pierwszy stanowią próby systematyzacji faz i podsystemów układu pacjent-instytucje medyczne. Drugi koncentruje się na poszczególnych uchybieniach instytucji medycznych. Na razie zajmujemy się orientacją pierwszą, która inaczej, bo w sekwencjach czasowych systematyzuje pewne problemy, o których była mowa w poprzednich podrozdziałach.

Rolę chorego można potraktować jako cykl, podczas którego jednostka wchodzi w kontakt z różnymi zawodami i instytucjami czyli inaczej, uczestniczy w wielu systemach społecznych. Cykl wyznaczony rytmem zdrowie-choroba-zdrowie zawiera następujące momenty podstawowe:

1. przejście od stanu zdrowia do choroby
2. wybór leczącego
3. leczenie
4. odzyskanie zdrowia /Goldstein, 22/.

Przytoczę tu jednak inną systematyzację zaproponowaną przez Edwarda Suchlan, która ma tę przewagę nad poprzednio omówioną, że jest opracowana na podstawie badań empirycznych /73/. Spośród losowej próby mieszkańców Waszyngtonu zbadano 137 wybranych osób, które spełniały dwa przyjęte przez autorów kryteria choroby. Oto jak wygląda systematyzacja zaproponowana

przez Edwarda Suchmana:

Etapy choroby:

- I. Poznawanie symptomów
 - 1/ opóźnienie
 - 2/ szacowanie ich powagi
 - 3/ zwrócenie się do innych o interpretację
 - 4/ podkreślenie ważności bólu
 - 5/ zaniepokojenie zaburzeniami w funkcjonowaniu
 - 6/ przyjęcie popularnej etiologii choroby
- II. Przyjęcie roli chorego
 - 1/ próba samoleczenia
 - 2/ różnorodne sugestie otoczenia co do wyboru pomocy
 - 3/ decyzja wyboru określonej formy pomocy
- III. Kontakt ze służbą zdrowia
 - 1/ opóźnienie w szukaniu kontaktu
 - 2/ pomoc innych w zainicjowaniu kontaktu
 - 3/ brak wiedzy o dostępnych udogodnieniach
 - 4/ moment kontaktu ze służbą zdrowia; świadomość
stressu, a nie szansy uleczenia
- IV. Zależnościowy etap w roli chorego
 - 1/ trudności w przyjęciu roli chorego
 - 2/ złe przystosowanie do roli
 - 3/ zależność od innych
 - 4/ brak zrozumienia dla stosowanej terapii
 - 5/ rezygnacja z oporu wobec stosowanej terapii
- V. Okres rehabilitacji albo wyzdrowienia
 - 1/ pozbycie się roli chorego

2/ trwanie w okresie rehabilitacji.

Zaletą tej systematyzacji jest, między innymi, zwrócenie uwagi na nieprzyjemną zapewne dla pacjenta zależność fazy w procesie terapeutycznym.

Parę słów o problemie wyboru sposobu terapii. Warto sobie zdać sprawę z tego, że istnieją alternatywne reakcje na chorobę. Można za Goldsteinem rozważać wybór leczącego na gruncie teorii Freidsona o koegzystencji dwu systemów terapeutycznych: "lay" i oficjalnego. Jednostka może szukać diagnozy albo leczenia w swoim najbliższym otoczeniu, korzystać częściowo z pomocy zawodowej /u pielęgniarki, farmaceuty/ quasi-zawodowej /u chiroprakterów, osteopatów/, pseudozawodowej /u magów, znachorów/, może wreszcie udać się po pomoc do współczesnej medycyny. Zdaniem niektórych autorów pacjenci nie faworyzują któregoś z systemów, ale podlegają wpływowi różnych możliwości rozwiązania swoich problemów zdrowotnych.

W dalszym ciągu rozważań postaram się przynajmniej częściowo, wyjaśnić dlaczego funkcjonują te alternatywne zachowania. Skoncentruję się na przyczynach tkwiących w funkcjonowaniu modelu medycyny naukowej. Wprowadzeniem do tematu będzie kilka spostrzeżeń na temat ludzi, którzy nie odczuwają potrzeby pomocy fachowej.

Niektórzy autorzy podkreślają wpływ uprzednich doświadczeń pacjentów, na ich aktualnie trwające stosunki z terapeutami, a w konsekwencji na przebieg samej terapii /Zola, 99/. Nie dość, że sam moment pierwszego spotkania pacjenta z terapeutą jest, jak mówiliśmy, kreowany przez wiele czynników,

to w koncepcji Zoli stanowi on ponadto instancję decydującą w sposób zasadniczy o charakterze przebiegu terapii. Dylemat ten potęguje społeczny charakter każdego kroku w procesie leczenia.

Ogromne zapotrzebowanie na tego typu wiedzę potęguje sytuacja, w której lekarz i cały system oficjalnej medycyny ma z punktu widzenia pacjenta co najmniej dwa typy niedoskonałości. Pierwszy typ niedoskonałości wynika ze stanu wiedzy medycznej i ciągle jeszcze ograniczonych możliwości pomocy /choroby nieuleczalne, słabe metody diagnostyczne/. Drugi typ niedoskonałości związany jest bezpośrednio z funkcjonowaniem instytucji medycznych jako organizacji. Niedoskonałość pierwsza jest oczywista i nie wymaga komentarzy. Można się z nią pogodzić przy pomocy silnego przekonania, iż mimo wszystko to, co aktualnie oferuje medycyna naukowa jest gwarancją najskuteczniejszej pomocy.

Uzasadnione jest przekonanie, że mimo ograniczeń wynikających ze stanu aktualnej wiedzy medycznej członkowie instytucji medycznych mogą w sposób niezwykle skuteczny zaspokoić emocjonalne potrzeby pacjentów. Przypomnijmy tutaj całą sferę psychologicznych czynników uwikłanych w procesie terapeutycznym. Krańcowym przykładem takiego oddziaływania jest słynny efekt "placebo" /efekt psychologiczny, fizjologiczny, lub oba razem/, którego oddziaływanie jest niezależne od zastosowanych bodźców farmakologicznych. Niezaspokojenie przez medycynę naukową emocjonalnych potrzeb pacjentów może zwiększać preferencje tych ostatnich w kierunku szuka-

kania pomocy lekarskiej u przedstawicieli medycyny nieoficjalnej, których kontakt z pacjentami ma bardziej indywidualizowany, emocjonalny charakter /Kooza, 32/.

W funkcjonowaniu instytucji służby zdrowia można jednak zauważyć szereg zakłóceń, które częściowo tłumaczą dewiacje jednostek od medycyny naukowej. Do mankamentów tych należą, przede wszystkim, skutki specjalizacji medycznej, w konsekwencji której, lekarz ma ograniczoną możliwość oddziaływania na pacjenta. Ponadto ciągle otwarty jest generalny problem wzoru osobowego lekarza; czy mają w nim dominować funkcje ekspresyjne czy instrumentalne, czy też winna występować idealna równowaga, która jest najbardziej pożądana przez pacjentów. Potwierdzeniem ostatniego sformułowania niech będzie rozkład odpowiedzi na pytanie o cechy pożądanego modelu lekarza, postawione niezależnie mieszkańcom Warszawy i jednego z miast amerykańskich.

	Warszawa	Miasto amerykańskie
fachowość	44,9%	45%
właściwy stosunek do pacjentów	41,2%	41%

W społeczeństwach, które posiadają dość wysokie wskaźniki nasycenia terenu udogodnieniami medycznymi najbardziej chyba rozpowszechnione są formy słabszej dewiacji, jaką jest u jednostek brak odczucia potrzeby pomocy medycznej, bądź

też przerwaniu korzystania z pomocy.

Zmienne z zakresu zdrowia i choroby, poza tym, że charakteryzują określone zachowania populacji należą do ważnej dziedziny życia ludzkiego. Z tego powodu konieczność podejmowania badań praktycznych nie podlega dyskusji. Badania te, co więcej, mogą być przydatne do tworzenia wiedzy o charakterze bardziej ogólnym.

W orientacji badawczej, nazwanej przeze mnie umownie systemową, istnieje nurt, który posiada następujące cechy: zajmuje się zapobieganiem pojawiania się zachowań odbiegających od wymagań oficjalnego systemu służby zdrowia, uwzględnia złożoność struktury pacjent-terapeuta. Z drugiej strony ze względu na wąski zakres uogólnień i monograficzny charakter badań potwierdza impresję Zoli, że w dziedzinie funkcjonowania relacji pacjent-służba zdrowia nie ma rozstrzygnięć ogólnych, a zarazem doraźnie praktycznych.

W stanie New York badano skuteczność nowego systemu opieki nad pacjentami poszpitalnymi, drogą pomiaru skuteczności nowego rodzaju pomocy medycznej /93/. W skład pomiaru wchodził wskaźnik śmiertelności, długości leczenia, frekwencji i satysfakcji pacjentów.

Wywiady prowadzono w grupie zasadniczej i kontrolnej. Inspiracją tych badań było spostrzeżenie, że dotychczas stosowany system opieki cechuje się brakiem koordynacji i nie obejmuje wszystkich pacjentów poszpitalnych właściwą opieką. Spostrzeżenie było słuszne, nowy system okazał się lepszym, zarówno w sferze medycznej skuteczności działania, jak i satysfakcji

pacjentów.

Margot Jefferys wraz z zespołem przeprowadziła w jednej z dzielnic Londynu badania nad społecznymi potrzebami wobec instytucji medycznych /26/. Interesowała się ona wybranymi grupami ze szczególnym uwzględnieniem marginesu społecznego /grupy imigrantów, starcy/. Innych badaczy interesowała rola lekarza rodzinnego w określonej społeczności, a szczególnie w ramach procesu terapii relacja między dwoma źródłami wzajemnych satysfakcji, lekarzami i pacjentami /12/. Charakterystyka rodzin obejmowała zagadnienia takie jak opieka rodzinna, domowa, prewencyjna i zachowania w momencie choroby. Lekarzy pytano o zadowolenie z pracy i ich poglądy na sprawy zawodowe. Hipotezy były następujące:

- a/ poziom satysfakcji pacjenta jest związany z poziomem satysfakcji lekarza,
- b/ klasy niższe są bardziej związane z leczeniem szpitalnym,
- c/ pacjenci z klasy średniej są bardziej wymagający od innych,
- d/ instytucja lekarzy domowych jest ważnym źródłem satysfakcji dla pacjentów,
- e/ inne formy opieki są oceniane niżej,
- f/ lekarze, którzy częściowo pracują w szpitalu, częściej odsyłają pacjentów na konsultacje, niż lekarze bez takiego sąplecza

Warto przypomnieć, że i u nas przeprowadzono badania nad poglądami mieszkańców Warszawy w sprawie możliwości ulepszenia opieki medycznej. Niektóre postulaty badanych zostały wpro-

dzona w życie /57/.

Kontekst systemowy^x

Zmienne niesależne	Zmienne interweniujące /sależne/	Zmienne zależne
<p>Etapy cyklu zdrowie - choroba - zdrowie:</p> <p>1/ poznanie symptomów</p> <p>2/ przyjęcie roli chorego</p> <p>3/ zależnościowy etap w roli chorego</p> <p>4/ rehabilitacja, zdrowienie</p>	<p>1/ stan wiedzy medycznej</p> <p>2/ funkcjonowanie służby zdrowia jako instytucji</p> <p>a/ aspek. organizacyjny funkcjonowania</p> <p>b/ lansowana przez instytucje wzory osobowe jej przedstawicieli - głowy lekarzy</p> <p>3/ typy oczekiwań pacjentów pod adresem lekarzy, potrzeby emocjonalne</p> <p>4/ dystans społeczny w relacjach pacjenci - instytucje medyczne</p>	<p>1/ korzystanie z pomocy medycyny nieoficjalnej</p> <p>2/ niekorzystanie z jakiegokolwiek pomocy</p> <p>3/ brak konsekwencji w korzystaniu z pomocy medycyny oficjalnej</p>

Tabela 4

x załączona na s. 74 tabela jest skrzyżowaniem dwóch orientacji w systemowym sposobie podejmowania problematyki zachowań medycznych: z jednej strony jest wykorzystaniem systematyzacji faz układu pacjent - instytucje medyczne z drugiej jest wykorzystaniem wymiarów na których można analizować funkcjonowanie instytucji medycznych z punktu widzenia ich roli w procesie kształtowania zachowań medycznych.

Zakończenie

Przedstawiłam kolejno zachowania medyczne w kontekstach: kulturowym, stratyfikacyjnym, psychologicznym i systemowym. Staralam się udokumentować, że konsekwencje choroby, zdarzenia o charakterze biologicznym mogą różnie przebiegać w zależności od czterech wymienionych czynników społecznych.

Intencją meją było:

- a/ naszkicowanie zakresu zmiennych niezależnych, czyli takich zbitek pojęciowych jak kulturowe, stratyfikacyjne, psychologiczne i systemowe determinanty zachowań medycznych,
- b/ naszkicowanie zakresu zmiennych zależnych, również zbitki pojęciowej, jaką są zachowania medyczne,
- c/ przedstawienie aktualnej wiedzy o wzajemnych relacjach wspomnianych zakresów,
- d/ pokazanie, że zróżnicowanie zmiennych zależnych /zachowań medycznych/ może być wyjaśniane przez zmienne społeczne.

Usiłowałam pokazać przejścia łączące omawiane konteksty w jedną, w miarę spójną, całość, wychodząc z założenia, że tylko takie holistyczne podejście uprawdopodobnia zastosowanie jaśniej sprecyzowanych kryteriów doboru problematyki badawczej, przy równoczesnej świadomości, jakie sfery zagadnień i dlaczego pozostały poza zasięgiem naszych zainteresowań.

Podsumowaniem tego artykułu będzie schemat zmiennych. Staralam się wykorzystać przy jego konstruowaniu sugestie,

refleksje, wyniki omawiane w poszczególnych podrozdziałach. Zmienne te są formułowane w terminach możliwie ogólnych. W gruncie rzeczy są to hasła bloków zmiennych. Celem przedstawionego schematu jest pokazanie możliwości badawczych, interpretacyjnych jakie kryje w sobie traktowana kompleksowo problematyka zachowań medycznych. Celem schematu jest pokazanie ponadto socjologicznej wizji człowieka chorującego. Możliwości badawcze na ogół zwiększają się kiedy możemy odwołać się do teorii. Taka sytuacja istnieje w wypadku zmiennych niezależnych i interweniujących prezentowanego schematu. Natomiast w bloku zmiennych zależnych traktujących o procesie zamiany jednostki w chorego i konsekwencjach tej zamiany nie posiadamy rozeznania na temat takiego zaplecza teoretycznego. Geneza tego pustego miejsca bierze się zapewne stąd, że w momencie kiedy powstawała literatura systematyzowana przeze mnie wyżej, nie konceptualizowano jeszcze zdrowia i choroby przy pomocy analizy społecznego funkcjonowania jednostek. A taka konceptualizacja wydaje się być jedną możliwością socjologicznego sposobu badania problematyki zdrowia i choroby.

Potraktowanie zachowań medycznych jako jeszcze jednej sfery zachowań społecznych umożliwia sięgnięcie do niektórych teorii socjologicznych po pomoc przy sformułowaniu, opisanu, wyjaśnianiu wariantów omawianych tu zachowań medycznych.

W interesującej nas problematyce funkcję zaplecza teoretycznego, szczególnie dla zmiennych zależnych, mogą skutecznie pełnić wspomniane już teorie ról społecznych i postaw.

Plany związane z kontynuowaniem problematyki

Wspomniałam już, że prezentowana systematyzacja była krokiem wstępnym do zrealizowanych badań nad "Społecznym zróżnicowaniem zachowań medycznych ludności Warszawy". W Instytucie Filozofii i Socjologii planuje się przeprowadzenie tego typu badań na populacji ogólnopolskiej. Ze ściśle pragmatycznego punktu widzenia takie badania korzystniej będzie podjąć, po sprawdzeniu narzędzi badawczych, kategorii analitycznych na populacji wielkomiejskiej.

O sposobach wykorzystania sugestii badawczych, które są zawarte w przedstawionej systematyzacji problematyki zachowań medycznych będzie mowa w II części serii publikacji poświęconych problematyce zachowań medycznych. Zawierać ona będzie omówienie wyników badania nad "Społecznym zróżnicowaniem zachowań medycznych ludności Warszawy".

Zmienne niezależne

I. Dane obiektywne

a/ demograficzne

b/ zajmowana pozycja społeczno-ekonomiczna

II. Klasy

A. Czynniki możliwe do uchwycenia wtedy, i tylko wtedy, kiedy znajdujemy się na terenie kategorii stratyfikacyjnych.

a/ bezpośrednie skutki zajmowanej przez jednostkę pozycji społeczno-ekonomicznej, zależność ekonomiczna

b/ wtórne skutki zajmowanej przez jednostkę pozycji społeczno-ekonomicznej

1/ zróżnicowane możliwości wejścia w różnorodne układy społeczne

2/ psychologiczne skutki zajmowanej przez jednostkę pozycji społeczno-ekonomicznej, względne upośledzenie, bądź uprzywilejowanie

B. Czynniki kulturowe, zróżnicowane w obrębie poszczególnych kategorii stratyfikacyjnych

a/ treści i efekty socjalizacji

1/ wartości dominujące, bądź specyficzne w danym społeczeństwie

2/ typy więzi międzyludzkich

3/ style życia /konsumpcyjny, niekonsumpcyjny/

4/ style myślenia /racjonalny, irracjonalny, fatalizm, religia, myślenie magiczne/

b/ źródła socjalizacji

1/ rodzina

2/ środki masowego przekazu /mass media/

3/ kręgi kulturowe /grupy odniesienia/

c/ mechanizmy socjalizacji - negatywne lub pozytywne grupy odniesienia

III. Zmienne psychologiczne /konstytucjonalne/ intraindywidualne

a/ potrzeby emocjonalne, w tym stopień odczuwanych korzyści płynących z przyjęcia roli chorego /ucieczka w chorobę/

b/ zaburzenia natury psychicznej: stress, neurotyczność, skargliwość, tendencja do zachowań irracjonalnych /hipochondria/

IV. Zmienne instytucjonalne

Obiektywna dostępność udogodnień medycznych

Zmienne interweniujące /zależne/

I. Stopień zgodności między kulturą medyczną użytkowników instytucji medycznych a oficjalnie uznawaną wiedzą medyczną

- a/ obiektywna wiedza medyczna np. definicje chorób, zachowanie przy wypadkach
- b/ cechy health man'a - problematyka norm podtrzymywania zdrowia
- c/ wiedza o możliwych udogodnieniach medycznych /uprawnienia/
- d/ stopień lęku przed różnymi rodzajami chorób
- e/ stopień racjonalizmu w podejściu do problematyki zdrowia i choroby.

II. Ocena dostępnej pomocy ze względu na:

- a/ postrzeganie niedoskonałości funkcjonowania instytucji medycznych /uprzednie doświadczenia/
- b/ postrzeganie niedoskonałości wiedzy medycznej /doświadczenia/

III. Oczekiwania, postawy wobec instytucji medycznych i medycyny

- a/ postulowany model lekarza
- b/ skala zaufania, sceptycyzm, fatalizm, wobec zjawiska choroby

IV. Dystans społeczny

- a/ problem komunikacji między pacjentem a lekarzem
- b/ medyczna deprawacja, czyli subiektywnie postrzegana dostępność udogodnień medycznych /uprzednie doświadczenia/

V. Subiektywna ocena zdrowia

VI. Biografia medyczna

- a/ przebyte choroby
- b/ pobyty w szpitalu

Zmienne zależne

I. Zachowanie mające na celu podtrzymanie zdrowia

- a/ dieta
- b/ sposób spędzania urlopów
- c/ poddawanie się szczepionkom
- d/ poddawanie się badaniom kontrolnym
- e/ obyczaje higieniczne

II. Proces zmiany jednostki w chorego

A. Uznanie się jednostki za osobę chorą:

1. spostrzeżenie, uznanie, niedostrzeżenie symptomów
2. obszary gdzie symptomy postrzegane są jako ważne dla organizmu
3. obszary gdzie symptomy, według oceny subiektywnej, zaburzają sferę aktywności społecznej
4. odporność na symptomy; ich częstość, uporczywość, rodzaj
5. przyjęcie popularnej definicji i etiologii choroby

B. Szukanie pomocy w momencie pojawienia się choroby

1. auto-tolerancja na symptomy chorobowe /opóźnienie w szukaniu kontaktu/
 - a/ próba samoleczenia
 - b/ zwrócenie się do innych o interpretację symptomów i pomoc
2. tolerancja innych na dewiacyjne symptomy

- a/ moment ingerencji innych
- b/ skuteczność ingerencji innych
- c/ pomoc innych w zainicjowanie kontaktu ze źródłem pomocy

C. Alternatywne wybory źródła pomocy w momencie pojawienia się choroby

1. decyzja wyboru określonej formy pomocy, kształtowana przez wzory grupy odniesienia normatywnego
2. relatywnie określona dewiacja od decyzji "szukanie pomocy medycznej", w tym, korzystanie z pomocy medycyny nieoficjalnej
3. decyzja niekorzystania z pomocy w ogóle

III. Rola chorego

1. sposób wyrażania symptomów
2. informacja przekazana lekarzowi
3. częstość przyjmowania roli chorego, rodzaj zaburzeń
4. dobre przystosowanie do roli, zmiany stylu życia
5. złe przystosowanie
 - a/ pojawienie się stresu spowodowane zależnością od innych
 - b/ nieufność wobec diagnozy
 - c/ brak zrozumienia dla stosowanej terapii
 - d/ niespełnianie zleceń
 - e/ niezaspokojone oczekiwania
 - f/ odczuwana deprywacja w procesie terapii
6. zmiana źródeł pomocy medycznej
7. decyzja o rezygnacji z leczenia.

Wykorzystana literatura

1. R. Andersen, A Behavioral Model of Families. Use of Health Services. Center for Health Administration, "Studies Research", Series 25.
2. R. Andersen, Medical Care Use in Sweden the United States. and
A Comparative Analysis of Systems and Behavior. Center for Health Administration, "Studies Research", Series 27.
3. O. Anderson, L. Monroe, Measuring Health Levels in the United States. Research Series nr 11, Health Information Foundation, New York 1960.
4. D. Apple, Sociological Studies of Health and Sickness. Mc. Grow Hill Book Company, New York 1960.
5. B. Berelson, A. Steiner, Human Behavior. An Inventory of Scientific Findings, Hawcourt, Brace and Wodd, New York 1964.
6. L. Boltowski, Socjologiczne determinanty potrzeb opieki medycznej. Referat na VII Międzynarodowy Kongres Socjologiczny w Warnie, 1970.
7. J. Bejnarowicz, Funkcjonowanie poradni stomatologicznych leczenia rejonowego m.st. Warszawy w opiniach pacjentów oraz przyczyny korzystania przez nich z usług gabinetów prywatnych i spółdzielczych. /Raport niepublikowany/
8. J. Bejnarowicz, Wiedza medyczna ludności wsi podhalańskiej, [w:] Badania socjologiczne w medycynie, "Książka i Wiedza", Warszawa 1969.

9. K. E. Boulding, The Concept of Need for Health Services. One of a Series of Papers on Health Services Research. Sponsored by the Health Services Research Study Section of United States Public Health Series , 1966.
10. H. Bugiel, Funkcjonowanie przychodni i szpitali w świetle opinii pacjentów. Warszawa 1967 /maszynopis/
11. G..S. Mc Cabe, Cultural Influences on Patient Behavior, "American Journal of Nursing" 1960, nr 60
12. A. Cartwright, Patients and Their Doctors, A Study of General Practice, Routledge and Kegan Paul, London 1967.
13. J. Clausen, L. Deasy, Socioeconomic Status and Participation in the Poliomyelitis Vaccine Trials, "American Sociological Review", 1956, v. 21
14. R. M. Coe, Sociology of Medicine, Mc. Grow Hill. New York 1970. Series in Sociology.
15. M. Czerwiński, Upowszechnienie kultury a struktura społeczna, PWN, Warszawa 1969, Seria "Omega".
16. R. Dyoniziak, Zróżnicowania kulturowe społeczności wielkomiejskiej. PWE, Warszawa 1969.
17. P. Feldstein, Research on the Demand for Health Services, Reprinted from the Milbank Memorial Fund Quaterly, 1966, vol. XLIV-nr 3.
18. R. Freeman, Patient Care Research, Report of a symposium, "American Journal of Public Health," 1963, vol. 53, nr 6
19. E. Freidson, Patient's Views of Medical Practice, Rural Sage Foundation, New York 1961.

20. E. Freidson, Client Control and Medical Practice, "American Journal of Sociology," 1960, Vol. LXV, nr 4
21. E. B. Gallagher, Health as a Social Value in Modern Society, tekst na konferencję w Aberdeen, sierpień 1968.
22. B. Goldstein, P. Dommermuth, The Sick Role Cycle, An Approach to Medical Sociology, "Sociology and Social Research", 1961, nr 47.
23. S. Graham, Socioeconomic Status Illness and the Use of Medical Services, "Milbank Memorial Fund Quaterly", 1957, nr 35.
24. A. B. Hollingshead, Redlich F. C., Social Class and Mental Illness. John Wiley and Sons, New York 1958.
25. G. E. Jaco, Patients, Physicians and Illness, The Free Press Glencoe, Illinois, 1958.
26. M. Jefferys, Health and Social Needs and Services in London Brought of Candu /personal communication/.
27. S. Kasl, S. Cobb, Health Behaviour, Illness Behaviour and Sick Role Behaviour, "Archives of Environmental Health", 1966, vol. 12.
28. F. R. Kluckhohn, Dominant and Variant Value Orientations, [w:] C. Kluckhohn, H. A. Murray, Personality in Nature Society and Culture, New York 1956.
29. A. Kłoskowska, Kultura masowa. PWN, Warszawa 1964.
30. A. L. Knuston, The Individual Society and Health Behaviour. Russell Sage Foundation, New York 1965.
31. W. Kocyba-Kamińska, Bibliografia polskich prac badawczych nad kulturą współczesną i przemianami społecznymi w Polsce Ludowej. PAN, Komitet badań nad kulturą współczesną,

Warszawa 1964-1966-1968.

32. E. Koos, Metropolis - What City People Think of Their Medical Services, "American Journal of Public Health", 1955, nr 45.
33. E. Koos, Illness in Regionville. What the People Thought and Did about It. Hafnew Publishing Company, New York 1967.
34. J. Kostrzewski, Rola nauki w organizacji i rozwoju państwowej służby zdrowia, Sesja Naukowa z okazji XXV-lecia PRL, PAN 1969, /odbitka referatowa/.
35. S. Lipset, R. Bendix, Class Status and Power. The Free Press, Glencoe Illinois 1953.
36. E. Ludvig, G. Gibson, Self Perceptions of Sickness and Seeking of Medical Care, "Journal of Health and Social Behaviour", 1969, nr 2, vol. 10.
37. F. Linder, The Health of the American People, US Department of Health, Education and Welfare, "Public Health Service", 1966, nr 6, vol. 214.
38. L. Levis, Rational Behaviour and the Treatment of Illness, "Journal of Health and Human Behaviour", 1963, nr 4, vol. 4
39. J. H. Mabry, G. Silver, A. Cartwright, The Natural History of an International Collaborative Study of Medical Care Utilization, /przedruk z:/ "Social Sciences Information", 1966, vol. 4.
40. S. Macgregor, Social Determinations of Health Practice, "American Journal of Public Health" 1961, No 51

41. J.M. MacLachlan, Cultural Factors in Health and Disease, /w:/ S. Jaco, Patients, Physicians and Illness. The Free Press, Glencoe Illinois 1958.
42. A. Malewski, /wybór i opracowanie/ Zagadnienia psychologii społecznej, PWN, Warszawa 1962.
43. D. Mechanik, The Influence of Mothers on Their Children's Health Attitudes and Behaviour, "Pediatrics", marzec 1964
44. D. Mechanik, The Concept of Illness Behaviour, "Journal of Chronic Diseases", 1964, No 15.
45. D. Mechanik, Response Factors in Illness, The Study of Illness Behaviour, "Social Psychiatry", 1966, vol. 1, nr 1.
46. D. Mechanik, Some Implications of Illness Behaviour for Medical Sampling, "The New England Journal of Medicine", 1963, vol. 8.
47. D. Mechanik, Stress, Illness Behaviour and the Sick Role, "American Sociological Review", 1961, vol. 26
48. D. Mechanik, E.H. Volkart, Illness Behaviour and Medical Diagnosis, "Journal Health and Human Behaviour" 1960, vol. 1.
49. D. Mechanik, Medical Sociology. A Selective View. New York 1968, The Free Press.
50. J. Mc. Kinlay, Social Networks and Utilization Behaviour, Department of Sociology, King's College University of Aberdeen 1970, /część projektu badawczego/.
51. Ch. Muller, Income and Reception of Medical Care, "American Journal of Public Health" 1965, No 4, Vol. 55.

52. T. M. Newcomb, R. Turner, P. Converce, Psychologia społeczna. Studium interakcji ludzkich. PWN, Warszawa 1970.
53. S. Nowak, Psychologiczne aspekty przemian struktury społecznej i ruchliwości społecznej. "Studia Socjologiczne" 1966, nr 2.
54. S. Nowak, Studia z metodologii nauk społecznych. PWN, Warszawa 1965.
55. S. Nowak, Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1971.
56. S. Nowakowski, Socjologiczne zagadnienia stolicy i aglomeracji. "Książka i Wiedza", Warszawa 1960.
57. A. Ostrowska, Opinie mieszkańców Warszawy na temat funkcjonowania opieki lekarskiej /maszynopis niedrukowany/.
58. M. K. Opler, Culture and Mental Health. Cross-Cultural Studies. The Macmillan Company, New York 1959.
59. T. Parsons, Struktura społeczna a osobowość. PWE, Warszawa 1969.
60. E. Pietraszek, Typy środowisk robotniczych a ich zróżnicowanie kulturowe, "Kultura i społeczeństwo", 1971, tom 13, nr 4.
61. A. Podgórecki, Postawa zasadnicza a postawa celowościowa, /w:/ Z zagadnień teorii prawa i teorii nauki Leona Petrażyckiego. PWN, Warszawa 1969.
62. S. Polgar, Health and Human Behavior, Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences, Current Anthropology, 1962, vol. 3.

63. M. Pflanz, *Illness: Deviant Behaviour or Conformity*, /tekst przygotowany na pierwszą międzynarodową konferencję nauk społecznych i medycyny/ 1968.
64. I. Rosenstock, *Why People Use Health Services*, One of a Series of Papers on Health Services Research Sponsored by the Health Services Research. Study Section of United States Public Health Services, 1966.
65. A. Sarapata, *Studia nad uwarstwieniem i ruchliwością społeczną w Polsce*. "Książka i Wiedza" Warszawa 1965
66. A. Sarapata, *Przemiany społeczne w Polsce Ludowej*, PWN, Warszawa 1965.
67. L. Saunders, *Cultural Difference and Medical Care*. Russel Sage Foundation, New York 1954
68. G. Sempolska, *Znachorstwo - jego socjologiczne i psychologiczne uwarunkowania* /niepublikowana praca magisterska/
69. A. Siciński, *Społeczeństwo polskie w badaniach ankietowych*. Ośrodek Badania Opinii Publicznej przy Polskim Radio /przegląd zebranych materiałów/, Warszawa 1966.
70. O. Simmons, *Implications of Social Class for Public Health*, /w:/ G.E.Jaco, *Patients, Physicians and Illness*, The Free Press Glencoe, Illinois 1958.
71. G. Silver, *Family Medical Care. A Report of the Family Health Maintenance Demonstration*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 1963.
72. E. Suchman, D. Rosenblatt, *Blue - Collar Attitudes and Information toward Health and Illness*, /w:/ A. Shostak, W. Gomberg, *Blue - Collar World: Studies of the American Worker*; Englewood Cliffs, New York, Prentice-Hall, Inc. 1964

73. E. Suchman, Social Patterns of Illness and Medical Care, Health Human Behaviour, 1965, nr 6
74. J. T. Shuval, Methods of Assessing Public Attitudes to Health, "International Dental Journal" 1967, nr 1, Vol. 17.
75. K. Słomczyński, W. Wesołowski, Zróżnicowanie społeczeństwa polskiego, "Miesięcznik Literacki" 1967, Nr 10
76. W. G. Smille, Preventive Medicine and Public Health. The Macmillan Company, New York 1947
77. Badania socjologiczne w medycynie. Praca zbiorowa pod redakcją M. Sokołowskiej. "Książka i Wiedza", Warszawa 1969.
78. M. Sokołowska, głos w dyskusji na konferencji poświęconej teoretycznym i metodologicznym problemom statystyki społecznej /maszynopis powielony/ GUS, 12.IX.1969.
79. M. Sokołowska, Problemy zdrowia w aspekcie społecznym /maszynopis powielony/
80. M. Sokołowska, Zawód i rola społeczna lekarza w społeczeństwie socjalistycznym, referat wygłoszony na IV Ogólnopolskim Zjeździe Socjologów w Poznaniu, grudzień 1969.
81. M. Sokołowska, Dwa style polityki zdrowotnej /charakterystyka podstawowych typów orientacji lekarzy/, "Studia Socjologiczne" 1971, nr 3.
82. J. D. Stoeckle, I. Zola, The Quality and Significance of Psychological Distress in Medical Patients' Decisions to Seek Medical Aid/, "Journal Chronic Diseases" 1964, Vol. 17.

83. J. D. Stoeckle, I. Zola, On Going to See the Doctor, the Contributions of the Patient to the Decision to Seek Medical Aid, "Journal Chronic Diseases" 1963, Vol. 16
84. R. Strauss, Sociological Determinations of Health Beliefs and Behaviour, "American Journal of Public Health" 1961, nr 10, Vol. 51.
85. A. C. Twaddle, Roles, Behaviour Illness: some Basic Considerations, University of Missouri, Department of Sociology 1971 /maszynopis powielony/.
86. A. C. Twaddle, The Concept of Health Status, j.w.
87. A. C. Twaddle, The Sick Role, j.w.
88. A. Tymowski, Z badań francuskich nad korzystaniem ze świadczeń Służby Zdrowia, "Zdrowie Publiczne" 1966, nr 10.
89. A. Weeks, M. Davis , H. Freeman, Apathy of Families toward Medicine Care An Exploratory Study, [w:] Jaco, Patients, Physicians and Illness, The Free Press Glencoe, Illinois 1958
90. A. Weeks, Family Spending Patterns and Health Care, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 1961.
91. H. H. Weidman, Antropological Perspectives on the Comparative Approach to the Delivery of Health Care, tekst roboczy - przygotowany na II Międzynarodową Konferencję Nauk Społecznych i Medycyny, Aberdeen, 7-11 wrzesień 1970.
92. W. Wesołowski, Klasy, warstwy i władza, PWN, Warszawa 1966

93. Welfare Medical Care an Experiment. Praca zbiorowa /Ch. Goodrich, M. Olendzki, G. Reader/, Harvard University Press Cambridge, Massachusetts 1970
94. K. White, Medical Care Research and Health Services Systems, "The Journal of Medical Education" 1967, Vol. 42, nr 8, cz. I.
95. K. White, International Comparisons Medical Care Utilization /tekst roboczy/.
96. S. Widerszpil, Skład polskiej klasy robotniczej - tendencje zmian w okresie industrializacji socjalistycznej. PWN, Warszawa 1965.
97. K. Zagórski, Planowanie społeczne a badanie struktury społecznej, "Wiadomości statystyczne" GUS 1969, nr 9
98. M. Zborowski, Cultural Components in Responses to Pain /w:/ Jaco; Patients, Physisians and Illness, Free Press of Glencoe, Illinois 1958.
99. I. Zola, A Social Scientist's Perspective on the Problem of Unmotivated Clients. Proceedings of an Institute, Branders University Papers in Social Welfare 1965, nr 9.
100. I. Zola, Pathways to the Doctor. From Person to Patient, maszynopis przygotowany na I Międzynarcdową Konferencję Nauk Społecznych i Medycyny, Aberdeen, 4-6 wrzesień 1968
101. I. Zola, Culture and Symptoms - An Analysis on Patients Presenting Complains, "American Sociological Reviev", 1966, vol. 31, nr 5

102. S. Zieliński, B. Saldak, Opieka zdrowotna w m. st. Warszawie, "Zdrowie Publiczne" 1967, nr 12
103. D. Żuk, Związki zawodowe a polityka socjalna w PRL
/praca magisterska/

Pow. CZSP, nakł. 150 egz.

Zam. nr

Zezw. GUKPPIW nr R-16