

Choroba jako dewiacja i „profesjonalna” rola lekarza; relacja pacjent – lekarz w funkcjonalnej teorii Talcotta Parsonsa

Disease as a deviation and the ‘professional’ role of a medical doctor; patient – doctor relationship in the functional theory of Talcott Parsons

ARKADIUSZ KOŁODZIEJ

Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński w Szczecinie

Teoria Talcotta Parsonsa jest jednym z ważniejszych punktów odniesienia dla rozważań teoretycznych współczesnej socjologii. Istotnym elementem teorii funkcjonalnej Parsonsa jest tzw. kategoria profesji, która mieści w sobie zawód lekarza. Szerokie, socjologiczne ujęcie leczenia, zawodu lekarza, roli chorego, praktyki medycznej, choroby jako dewiacji, sprawia, iż jego rozważania muszą być postrzegane jako podstawowe także dla socjologii medycyny.

W niniejszej pracy przedstawione są dwa obecne w teorii Talcotta Parsonsa zagadnienia. Pierwsze z nich odnosi się do choroby postrzeganej w kategoriach dewiacji. Parsonsa określa kiedy choroba przyjmuje postać dewiacji i jakie są społeczne konsekwencje takiego zjawiska.

Drugie zagadnienie odnosi się do funkcjonalnej orientacji lekarza. Parsonsa wskazuje jaką relacja lekarz-pacjent, ujmowana w kategoriach elementów kontroli społecznej, wspiera w sposób najbardziej efektywny powrót chorego do zdrowia. Teoria socjologiczna wiąże się w ten sposób bezpośrednio z praktyką medyczną.

Oba zagadnienia istotne są zarówno z punktu widzenia potrzeby budowania efektywnej służby zdrowia jak i patrząc szerzej z punktu widzenia utrzymywania ładu społecznego.

Słowa kluczowe: Talcott Parsons, choroba, lekarz, profesja, system społeczny, dewiacja

The theory of Talcott Parsons is one of the most important points of reference for theoretical considerations in contemporary sociology. The significant issue of the Parsons' functional theory is a so-called category of profession, which includes the occupation of a medical doctor. The wide sociological approach to healing, occupation of a doctor, role of a patient, medical practice, disease as a deviation, makes it clear that such considerations should be perceived as fundamental also for the sociology of medicine.

In this article two issues of the theory of Talcott Parsons are discussed. The first one refers to the disease perceived in terms of deviation. Parsons specifies when a disease becomes a deviation and what are social consequences of such a phenomenon. The other one refers to the functional orientation of a doctor. Parsons shows what kind of a doctor-patient relation, understood in the categories of elements of social control, supports the patient's recovery in the most effective way. Thus a sociological theory is directly associated with the medical practice. Both issues are significant not only from the point of view of the need for constructing an effective health service system but also from a wider perspective of sustaining the social system.

Key words: Talcott Parsons, disease, medical doctor, profession, social system, deviation

© Hygeia Public Health 2012, 47(4): 398-402

www.h-ph.pl

Nadesłano: 30.09.2012

Zakwalifikowano do druku: 23.10.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Arkadiusz Kołodziej

ul. Dembowskiego 27/17, 71-535 Szczecin

tel. 600-336-536, e-mail: kolodziej.socjologia@gmail.com

W strukturalno-funkcjonalnej koncepcji Talcotta Parsonsa profesje (*professions*) zajmują szczególnie wyeksponowane miejsce. Zainteresowanie się przez Parsonsa profesją, zobiektywizowane w postaci dedykowanych temu zagadnieniu rozdziałów książek i artykułów, miało szereg istotnych powodów [1]. Najważniejszy z nich można sprowadzić do stwierdzenia, iż anty-utylitarystyczna teoria, a za taką należy uznać teorię Parsonsa [2], wymagała anty-utylitarystycznego bohatera. Kogoś, kogo da się przeciwstawić człowiekowi biznesu, kogoś, kto będzie się kierował dobrem ogółu, a nie dobrem własnym. Profesje nie stanowią

zatem tylko eksponowanej przez niego istotnej cechy współczesnego mu społeczeństwa [3]. Są one także, a może przede wszystkim, niezbędnym komponentem jego teorii. Bez kategorii profesji w omawianej teorii pojawiłaby się zatem istotna luka.

Przedstawiciele profesji wykonują różne zawody i w różny sposób przyczyniają się do prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa. Ze stosunkowo szerokiego zakresu zawodów objętych kategorią profesji [4], Parsonsa najwięcej uwagi poświęca właśnie lekarzom, sam notabene początkowo także chciał być lekarzem [5].

Z perspektywy rekapitulowanej teorii funkcjonalnej relacja pacjent-lekarz nabiera szczególnego znaczenia. Relacja ta, o ile tylko nie jest jednorazowa (wizyty pacjenta u tego samego lekarza powtarzają się) może być określona mianem systemu społecznego. Jednym z priorytetowych celów koncepcji Parsonsa jest opisanie działania jednostek właśnie w kontekście systemów (również systemu społecznego). W takim też ujęciu ten najprostszy do uchwycenia (składający się z najmniejszej liczby elementów) system społeczny jest w kontekście omawianej teorii szczególnie istotny. Ponadto system ten jest mechanizmem kontroli jednostek ukierunkowanym na wsparcie innych systemów społecznych. Praktyka lekarska (leczenie) ma na celu przywrócenie jednostki do poprawnego odgrywania ról i wykonywania powierzonych jej zadań. System ten wyprowadza jednostkę z zachowań dewiacyjnych. W takim też ujęciu jest to mechanizm utrzymujący inne systemy w stanie równowagi, co łączy go bezpośrednio z zagadnieniem wymogów funkcjonalnych i z całą teorią funkcjonalną jako taką. Ponadto, co może być także teoretycznie interesujące, omawiany system społeczny charakteryzuje się daleko idącą specyfiką. *Differentia specifica* tego systemu jest to, iż jest on powołany po to aby w możliwie krótkim czasie przestać istnieć. Wskazana charakterystyka relacji pacjent-lekarz prowadzić musi do wielu różnorodnych konsekwencji, wyrażonych między innymi w określonym (właściwym, funkcjonalnym, służącym wyleczeniu) zestawie „zmiennych strukturalnych” określających relację pacjent-lekarz.

Podjęta wyżej problematyka (charakterystyka funkcjonalnej relacji pacjent-lekarz), obok rozumienia choroby jako dewiacji, będzie podstawowym zagadnieniem niniejszego artykułu. Zanim przejdziemy jednak do wskazanych zagadnień przyjrzyjmy się jeszcze, istotnemu dla naszych dalszych rozważań, ujęciu relacji pacjent-lekarz w kategoriach systemu społecznego.

Relacja pacjent-lekarz a system społeczny

Medycyna jako nauka stosowana [6] otwarta jest na praktyczne wykorzystanie wiedzy z zakresu szeregu nauk o bardziej podstawowym charakterze. Rozumienie (przedstawianie) relacji pacjent-lekarz w kategoriach systemu społecznego miało stanowić podstawę (ramę pojęciową) do wykorzystania nauk społecznych na gruncie praktyki medycznej. Już w 1935 roku w periodyku *New England Journal of Medicine* opublikowany został artykuł *Physician and Patient as a Social System* [7], w którym autor podkreśla naukową potrzebę otwarcia się medycyny na wiedzę z zakresu socjologii. Asymetria stopnia wykorzystania nauk przyrodniczych i nauk społecznych w procesie leczenia zostaje (we wskazanym wyżej artykule) podsumowana w następujący sposób: „Za-

tem osobiste relacje lekarza z jego pacjentem i z jego rodziną są ciągle rozumiane, jeśli są rozumiane, na takim poziomie empirycznym jaki charakteryzował czasy Hipokratesa” [7] (tłum. A.K.). Wprowadzenie pojęcia systemu społecznego do opisu relacji pacjent-lekarz miało zatem, w tym ujęciu, wymiar nie tyle teoretyczny, ile wyrastało z potrzeby aplikacji wiedzy socjologicznej do nauk medycznych. Uwaga ta jest o tyle istotna, iż pojęciu systemu społecznego, czy szerzej – teorii systemu społecznego [8], w socjologii często zarzuca się „nikły” kontakt z empirią. Tu, jak zaznaczyliśmy wyżej, sprawa wygląda inaczej.

Wykorzystanie pojęcia systemu społecznego miało zatem otworzyć drogę do praktycznego zastosowania wiedzy z zakresu nauk społecznych. Zastosowanie takiej perspektywy sprawia także, iż sama relacja pacjent-lekarz nabiera większego znaczenia. Leczenia nie można tu bowiem sprowadzić wyłącznie do właściwego zastosowania technicznej (medycznej) wiedzy lekarza. Henderson zaznacza, iż: „W każdym systemie społecznym stany emocjonalne (*sentiments*) i interakcje stanów emocjonalnych są najprawdopodobniej najbardziej znaczącymi zjawiskami” [7] (tłum. A.K.). W ten sposób wyodrębniony dla nauk społecznych przedmiot badań staje się przedmiotem szczególnie, także dla medycyny (całego procesu leczenia), istotnym.

Choroba jako dewiacja

Dla nauk społecznych choroba, z perspektywy systemowej teorii Parsonsa, jest dlatego ciekawym zjawiskiem, iż w określonych sytuacjach staje się de-sygnatem dewiacji. Chory może zatem, ale nie musi być przykładem dewianta. Aby choroba mogła być określona mianem dewiacji muszą być spełnione dwa podstawowe dla orzekania o jej zaistnieniu warunki. Pierwszy z nich odnosi się do działania indywidualnego podmiotu. Opisując dewiację z tej perspektywy Parsonsa zaznacza: „dewiacja jest umotywowaną tendencją podmiotu do zachowania się w sposób sprzeczny z jednym lub wieloma zinstytucjonalizowanymi wzorami normatywnymi...” [9]. W drugim ujęciu punktem wyjścia do zdefiniowania dewiacji jest równowaga systemu interakcyjnego. Potrzeba utrzymania równowagi systemu określa tym samym drugi z interesujących nas warunków: „dewiacja stanowi tendencję jednego lub wielu składających się na ten system podmiotów, by zachowywać się w sposób naruszający równowagę procesu interakcyjnego...” [9]. Aby choroba mogła być zatem określona mianem dewiacji musi jednocześnie być umotywowana i zaburzać równowagę procesu interakcyjnego.

Choroba nie jest zatem dewiacją jeśli jest w pełni nieumotywowana, jeśli przydarza nam się jako coś zupełnie naturalnego, „jak kaprys pogody”. Jeśli jednak myślimy o chorobie w kategoriach psychosomatycznych lub gdy jest ona wynikiem bardziej bądź mniej świa-

domego narażenia się na infekcję bądź też zranienie, gdy wynika z uczestnictwa w danych systemach społecznych, w których pacjent działa, gdy jest wynikiem „presji społecznej” wtedy pierwszy z przedstawionych warunków jest spełniony [9]. Choroba przestaje być tym samym czymś zewnętrznym dla systemu społecznego, gdyż wyrasta właśnie w obrębie tego systemu. Drugi warunek odnosi nas nie tyle do przyczyn choroby, ile do jej skutków. Ponownie choroba może być dewiacją tylko wtedy, gdy jest ona znacząca dla systemów społecznych, w których pacjent uczestniczy. Jeśli nie ma ona dla nich znaczenia, choroba nie może być określona mianem dewiacji. Nie jest więc dewiantem chory, który wywiązuje się ze wszelkich przypisanych mu obowiązków. Jeśli jednak w wyniku choroby nie przychodzi do pracy, bądź też na przykład nie wywiązuje się z przypisanych mu obowiązków rodzinnych, drugi ze wskazanych warunków dewiacji zostaje w oczywisty sposób spełniony.

Między włóczęgostwem i przestępczością zorganizowaną

Poza poczynionym wyżej stwierdzeniem (ujmowaniem choroby w kategoriach dewiacji) ważne jest także to, iż omawiane zjawisko jest specyficzną formą odstępstwa jednostki od „normalnego” funkcjonowania w różnych układach społecznych. Specyfika tej formy dewiacji objawia się w tym, że jest ona stosunkowo skutecznie kontrolowana społecznie. Skłonni jesteśmy zgodzić się z twierdzeniem, iż (w typowej sytuacji) łatwiej jest wyleczyć chorego niż zresocjalizować członka grupy przestępczej bądź przywrócić do społeczeństwa (do aktywności w sferze zawodowej i rodzinnej) bezdomnego. Oznacza to, iż w porównaniu z dwoma wyróżnionymi formami dewiacji („włóczęgostwem” i przestępczością zorganizowaną) w przypadku choroby społeczeństwo wykształciło skuteczniejsze mechanizmy reintegrujące. Porównanie różnych form dewiacji pozwala bliżej przyjrzeć się wskazanym mechanizmom.

W przeciwieństwie do „włóczęgi” chory formułuje roszczenia w stronę innych osób. Choroba jest prośbą o „wzięcie pod opiekę” jest „wycofaniem się do relacji zależności” [9]. Chory wycofując się z jednego systemu interakcyjnego wchodzi w inny system; chory staje się pacjentem. Ten nowy system staje się „dźwignią kontroli społecznej”. Takiego wycofania się do relacji zależności nie odnotowujemy oczywiście w przypadku „włóczęgi”, co równocześnie ogranicza skuteczność wpływu społecznego. Chory może zatem „zawiesić” swoje zwykłe obowiązki o ile spełnione są określone warunki, które można funkcjonalnie charakteryzować w kategoriach narzędzi kontroli społecznej. Warunki te Parsons przedstawia w następujący sposób: „Istnieją jednak trzy podstawowe kryteria akceptacji społecznej roli bycia chorym. Pierwsze z nich wiąże się ze stwierdzeniem (zaakceptowanym przez chorego i innych), że choroba nie jest winą samego chorego i że zasadne

jest uznanie go za ofiarę sił od niego niezależnych. Drugą społeczno-strukturalną cechą roli chorego jest prawo do zwolnienia od zwykłych codziennych obowiązków. Chory może na przykład zostać w domu w łóżku zamiast chodzić do szkoły czy do biura. Trzecim jest oczekiwanie, o ile sprawa jest na tyle ciężka, że chory będzie szukał pomocy w jakiejś zinstytucjonalizowanej placówce służby zdrowia.” [10] (tłum. A.K.). Zawieszenie realizacji zwykłych zadań (pozostanie w domu w łóżku) jest zatem społecznie uprawnione o ile chory w sposób właściwy odgrywa rolę pacjenta. Z naszej perspektywy (przyjętej w niniejszym artykule) najważniejsze jest to, iż pacjent nie tylko powinien uznać swój stan za niepożądany, ale jednocześnie postrzegać siebie (i swoich bliskich) jako laików w kwestiach skutecznego leczenia [9]. To właśnie wskazana wyżej perspektywa „braku kompetencji” sprawia, iż chory wychodząc z jednej relacji wchodzi, bądź przynajmniej powinien wejść, w inną relację (relację pacjent-lekarz). Wyjście z jednej zależności zostaje zatem społecznie uznane o ile tylko wiąże się ono z wejściem w inną zależność.

Drugą cechą choroby jako dewiacji jest to, iż chory odizolowany jest od innych dewiantów, co znacznie ogranicza możliwość gratyfikacji zachowań dewiacyjnych. Taka gratyfikacja wyrażająca się we wsparciu grupy pojawia się natomiast w przypadku przestępczości zorganizowanej [9]. Dzięki temu, że dewianci współdziałają w grupie ich odbiegające od normy zachowania ulegają wzmocnieniu, co jest oczywiście, w kontekście funkcjonowania całego społeczeństwa, dysfunkcyjne. Możliwości kontrolowania takich zachowań ulegają bowiem znacznemu osłabieniu. Choroba podlega zatem kontroli społecznej, gdyż wiąże się z wycofaniem do innej zależności, która dodatkowo izoluje chorego od innych dewiantów.

Zgodnie z powyższym tokiem rozumowania (zaproponowanym przez Parsonsa), wszystko co przeciwdziała izolacji pacjentów należałoby rozpatrywać w kategoriach dysfunkcyjnych. Przykładem takiej właśnie dysfunkcyjnej sytuacji może być zatem długotrwałe oczekiwanie na wizytę u lekarza. Oczekiwaniu w poczekalni towarzyszy bowiem często rozmowa chorych, która może być interpretowana w kategoriach realizacji wzajemnych oczekiwań dewiacyjnych. Istnieje zagrożenie, iż rola chorego (bycie chorym) może stać się dla samego pacjenta gratyfikującą, co w oczywisty sposób obniża poziom motywacji ukierunkowanej na wyzdrowienie.

Z podobną sytuacją mielibyśmy do czynienia w przypadku aktywności pacjenta na forach internetowych poświęconych problematyce leczenia i choroby. Także tutaj funkcjonalnie nakreślona izolacja ulega zniesieniu, co zgodnie z referowaną teorią musiałoby być traktowane jako element ograniczający możliwość społecznego kontrolowania tej formy dewiacji.

Podjmując złożoną problematykę zdrowia i choroby w koncepcji Parsons'a należy także wprowadzić rozróżnienie między chorobą somatyczną (względnie psychosomatyczną) i chorobą umysłową. Pierwsza wiąże się z możliwością „zawieszenia” obowiązków danej jednostki. System pacjent-lekarz jest tu powołany po to, aby przywrócić chorego do funkcjonowania w dawnych relacjach. Choroba umysłowa jest natomiast „drugą linią obrony” systemu [11]. Jeśli dana jednostka traci umiejętność pełnienia określonych ról, to system ma możliwość odseparowania takiej jednostki. Choroba somatyczna (z punktu widzenia funkcjonowania systemu) tym różni się zatem od choroby umysłowej, iż ta pierwsza daje jednostce możliwość wyjścia z systemu (chwilowego zawieszenia pełnienia obowiązków), druga zaś pozwala systemowi wykluczyć te jednostki, które nie poddają się zwykłym mechanizmom kontroli.

Charakterystyka relacji pacjent – lekarz

Uznanie choroby za dewiację, a co za tym idzie za „umotywowaną tendencję podmiotu”, sprawia, że leczenie należy określić także mianem psychoterapii. Aby była ona skuteczna i aby pacjent uzyskał (utrzymał) motywację do wyzdrowienia, niezbędna jest tu szczególna orientacja lekarza. Lekarz, tak jak każda jednostka uczestnicząca w systemie, zdaniem Parsonsa, musi dokonać szeregu wyborów. Wybory te opisane są za pomocą pięciu zmiennych; odnoszą się one zatem, z perspektywy jednostki, do pięciu dylematów [12]. Aktor musi tym samym podjąć decyzję, czy jego działanie będzie charakteryzować się: afektywnym zaangażowaniem czy afektywną neutralnością, aspektowością czy całościowością, uniwersalizmem czy partykularyzmem, przypisaniem czy osiągnięciem i w końcu orientacją na kolektyw czy orientacją na interes własny [13]. Wskazany zestaw dylematów określany jest przez Parsons'a kategorią „zmiennych wzoru” (*pattern variable*) [14].

Powyższe zmienne (które możemy wykorzystać do charakteryzowania dowolnego systemu społecznego) są o tyle ważne, iż właściwa orientacja lekarzy ma być podstawą skuteczności omawianego mechanizmu kontroli społecznej. Skuteczność systemu lekarz-pacjent w funkcjonalnej teorii Parsonsa określana jest za pomocą następujących wariantów wskazanych zmiennych [9]: afektywna neutralność, aspektowość, uniwersalizm, osiągnięcie i typowa dla profesji [15] orientacja na kolektyw.

Zastanówmy się teraz pokrótce nad funkcjonalnością wskazanej charakterystyki relacji pacjent-lekarz:

1. Afektywna neutralność – charakteryzuje te relacje, w których gratyfikacją, dla tworzących je jednostek, nie jest sama interakcja (kontakt z drugą osobą) lecz jakiś cel, który dzięki niej ma

być osiągnięty. Relacja pacjenta z lekarzem nie może być oczywiście, o ile ma skutecznie motywować pacjenta do wyzdrowienia, nagradzająca sama w sobie. Afektywne zaangażowanie obecne w relacji pacjent-lekarz byłoby jednocześnie uatrakcyjnieniem roli chorego, a zatem czynnikiem dysfunkcyjnym.

2. Aspektowość – lekarz nie jest kimś do kogo przychodzimy ani po radę „życiową”, ani po radę w dziedzinach bardziej szczegółowych, które nie są związane z naszym stanem zdrowia. Jest on specjalistą w zakresie zdrowia i choroby i w tak zdefiniowanym zakresie może nam służyć pomocą. Lekarz nie jest zatem kimś w rodzaju mędrca [9]. Jego autorytet jest ściśle określony, sprowadzony do kwestii leczenia. Wskazana „aspektowość” ma ważny funkcjonalny wymiar. W dzisiejszym świecie nie można być ekspertem we wszystkim. Ograniczenie zakresu kompetencji lekarza sprawia, iż chory może z większym zaufaniem zdać się na jego wiedzę. Ponadto jasno określony zakres kompetencji lekarza sprawia, iż lekarz (w zakresie leczenia) może wydać nam polecenie, nawet wtedy gdy przewyższamy go pod względem innych czynników statusu [16]. Aspektowość pozwala zatem wydawać zalecenia (z punktu widzenia lekarza) i podporządkowywać się tym zaleceniom (z punktu widzenia pacjenta) niezależnie od umiejscowienia wskazanych jednostek w strukturze społecznej. Podejście całościowe (alternatywne w stosunku do aspektowego) wiązałoby się tym samym z problemem autorytetu lekarza. W takim też rozumieniu musiałyby być uznane za dysfunkcyjne.
3. Uniwersalizm – nie ulega wątpliwości fakt, że leczenie w nowoczesnej praktyce medycznej winno się opierać na naukowej, zdobytej w trakcie studiów i w trakcie praktyki lekarskiej, wiedzy. Jeśli zalecenia dotyczące naszego leczenia (i cały proces leczenia) mają opierać się na wiedzy naukowej, to z konieczności podejście lekarza do pacjenta musi charakteryzować uniwersalizm. Alternatywna orientacja (oparta na partykularyzmie) generowałaby sytuacje, w których najlepsze rozwiązanie z perspektywy naukowej byłoby zastąpione rozwiązaniem innym – mniej racjonalnym. Na marginesie można dodać, iż podejście uniwersalistyczne stosunkowo łatwo możemy pomylić z powszechnym obowiązywaniem danej normy. „Szczepienie swoich rodziców” – to przykład normy powszechnie uznawanej i jednocześnie partykularystycznej. Odnosi nas ona bowiem zawsze do konkretnej osoby, do naszych rodziców [9]. Norma „staraj się wyleczyć każdego pacjenta” ma już natomiast charakter zdecydowanie uniwersalistyczny. Odnosi się ona bowiem do pacjenta, więc każdego, a nie konkretnego chorego.

4. Osiąganie – zarówno w trakcie studiów (medycznych) jak i w trakcie wykonywania zawodu, ocena lekarza dokonywana jest w odniesieniu do jego osiągnięć. Oznacza to, iż inne czynniki statusu społecznego powinny zostać (w trakcie takiej ewaluacji) wzięte w nawias. Jeśli wskazany warunek nie zostałby spełniony (ocena lekarza byłaby wypadkową innych składowych statusu) to trudno byłoby uzyskać także gwarancję nabywania, stosowania i stałego podnoszenia kompetencji technicznych, które winny być podstawą każdego leczenia. Ocena osiągnięć jako podstawa ewaluacji staje się tym samym podstawą podnoszenia kwalifikacji zawodowych.
5. Orientacja na kolektyw [9, 11, 13, 17] – to cecha charakterystyczna dla całej kategorii *professions*. Lekarz, tak jak przeciwstawiany mu przez Parsonsa biznesmen, dąży do osiągnięcia sukcesu rozpatrywanego w kategoriach indywidualnych. Droga do osiągnięcia tego osobistego sukcesu zawodowego (czy szerzej społecznego) jest natomiast zdefiniowana w sposób specyficzny, w kategoriach zachowań „kolektywnych”. Lekarz osiąga sukces wtedy, gdy dobrze realizuje zadania prospołeczne. Takiej uwagi nie możemy oczywiście poczynić w przypadku człowieka biznesu; tu wskazana orientacja nie jest już wymagana.

Alternatywna orientacja lekarza – orientacja na siebie, musiałaby pociągać za sobą całą serię dysfunkcyjnych konsekwencji. Orientacja na siebie musiałaby w końcu zaowocować także partykularyzmem. Podejście partykularne sprawia, iż kompetencje techniczne nie mogą być jedyną (najważniejszą) podstawą leczenia, nadrzędną podstawą podejmowania decyzji. Partykularyzm sprawiałby także, że orientacja lekarza przestałaby być w pełni aspektowa, co podniosłoby znacznie niebezpieczeństwo wspierania oczekiwań dewiacyjnych pacjenta. Cała powyższa „alternatywna” charakterystyka orientacji lekarza sprawia, iż praktyka medyczna przestaje być skutecznym mechanizmem kontroli społecznej, co należałoby rozpatrywać w kategoriach zagrożenia systemu społecznego.

Teoria funkcjonalna Parsons’a nie jest oczywiście koncepcją nową. Jest ona jednak ciągle ciekawym punktem odniesienia zarówno dla rozważań teoretycznych [18] jak i badań nad praktyką medyczną. Odnosi się ona bowiem do ponadczasowych pytań obejmujących problematykę zgrupowaną pod hasłem budowania (a także oceniania) efektywnej służby zdrowia. Szczególnie interesujące, w kontekście przyszłych badań byłoby rozszerzenie opisanej powyżej ramy pojęciowej o nowe uwspółcześnione wymiary. Rozszerzenie to (wykraczające poza pięć wskazanych zmiennych) musiałoby jednak pozostać w zgodzie z wymogami zarysowanego wyżej podejścia funkcjonalnego. Kolejne proponowane podziały (zmiennie) musiałoby zatem wpisywać się w paradygmat funkcjonalny.

Piśmiennictwo / References

1. Barber B. Beyond Parsons's Theory of the Professions. [w:] Neofunctionalism. Alexander J (red). Sage, London 1985: 211-224.
2. Kaczmarczyk M. Radykalny funkcjonalizm Niklasa Luhmanna na tle współczesnej teorii społecznej. [w:] Systemy społeczne. Luhmann N. Nomos, Kraków 2007: XIX-LVII.
3. Parsons T. Remarks on Education and the professions. *Int J Ethics* 1937, 47: 365-369.
4. Domański H. Struktura społeczna. Scholar, Warszawa 2007.
5. Korte H. Einführung in die Geschichte der Soziologie. Leske Budrich, Opladen 1993.
6. Krajewski W. Prawa nauki. Książka i Wiedza, Warszawa 1998.
7. Henderson LJ. Physician and Patient as a Social System. *New Engl J Med* 1935; 2: 819-823.
8. Szacki J. Historia myśli socjologicznej. PWN, Warszawa 2002.
9. Parsons T. System społeczny. Nomos, Kraków 2009.
10. Parsons T. Action Theory and the Human Condition. Free Press, NY 1978.
11. Parsons T. Struktura społeczna a osobowość. PWE, Warszawa 1969.
12. Turner J. H. Struktura teorii socjologicznej. PWN, Warszawa 2004.
13. Białyszewski H. Wstęp do wydania polskiego. [w:] Szkice z teorii socjologicznej. Parsons T. PWN, Warszawa 1972: VII-LXII.
14. Parsons T, Shils E. A, Olds J. Kategorie orientacji i organizacji działania. [w:] Współczesne teorie socjologiczne. t. I. Jasińska-Kania A, Nijakowski L. M, Szacki J, Ziółkowski M (red). Scholar, Warszawa 2006: 376-382.
15. Barber B. Some Problems in the Sociology of the Professions. [w:] Functionalist Sociology. Colomy P (red). Edward Elgar, Aldershot 1990: 271-290.
16. Parsons T. Szkice z teorii socjologicznej. PWN, Warszawa 1972.
17. Kłóskowska A. Teoria socjologiczna Talcotta Parsonsa. [w:] Parsons T. Struktura społeczna a osobowość. PWE, Warszawa 1969: 7-19.
18. Kaczmarczyk M. System społeczny a dylematy teorii działania. [w:] System społeczny. Parsons T. Nomos, Kraków 2009: IX-LV.