

O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie

The enigma of health. On the problems with the conceptualization of health

JAN DOMARADZKI

Pracownia Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Termin zdrowie należy do fundamentalnych pojęć nauk medycznych. Niemniej jednak, choć zdroworozsądkowo każdy wie czym zdrowie jest, to wszelkie próby jego zdefiniowania ukazują złożoność tego fenomenu. Dzieje się tak, gdyż zdrowie jest przedmiotem refleksji przynajmniej trzech nauk: medycyny, psychologii i socjologii. Dyskusji nad naturą zdrowia nie ułatwiają spory filozoficzne na linii realizm-nominalizm, obiektywizm-subiektywizm czy naturalizm-normatywizm. Innym problemem jest wielość definicji zdrowia. Stąd celem tekstu jest krytyczna analiza dominujących sposobów rozumienia zdrowia do których zaliczam zdrowie jako: brak choroby, dobrostan biopsychospołeczny, stan równowagi, sprawność funkcjonalna, rola społeczna, zdolność adaptacyjna, wartość, norma i kapitał.

Słowa kluczowe: definicje zdrowia, socjologia zdrowia, zdrowie

The concept of health is fundamental for all medical sciences. Nevertheless, all attempts to define it show the complexity of the phenomenon of health. One of the reasons is the fact that health is a subject of study of at least three sciences: medicine, psychology and sociology. The discussion on the nature of health is further blurred by philosophical disputes on realism vs. nominalism, objectivism vs. subjectivism and naturalism vs. normativism. Yet another problem is the multiplicity of definitions of health. Thus, the aim of this paper is to critically analyse dominant definitions of health as a lack of disease, wellbeing, homeostasis, function, social role, ability to adapt, virtue, norm and capital.

Key words: definitions of health, health, sociology of health.

© Hygeia Public Health 2013, 48(4): 408-419

www.h-ph.pl

Nadstawo: 04.11.2013

Zakwalifikowano do druku: 10.11.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Jan Domaradzki

Pracownia Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań

tel./fax 61 8546 911, e-mail: jandomar@ump.edu.pl

Wprowadzenie

Pojęcie zdrowie może być przedmiotem refleksji przynajmniej trzech nauk: medycyny, psychologii i socjologii. Podkreśla to Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która definiując zdrowie jako: „stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu” [1: 18] wskazuje na trzy wymiary zdrowia: biomedyczny, psychologiczny (fenomenologiczny) i socjokulturowy (behawioralny). Nie da się przy tym ukryć, że granica między zdrowiem a chorobą, dobrym a złym samopoczuciem, jest często rozmyta i trudna do zdefiniowania, co zdaje się wynikać z tego, że na postrzeganie zdrowia i choroby wpływ mają nie tylko czynniki medyczne (kliniczne), ale także społeczno-kulturowe. O złożoności obu pojęć świadczą również spory filozoficzne toczone na linii obiektywizm-subiektywizm, realizm-nominalizm czy naturalizm-normatywizm [2-6]. I choć zdroworozsądkowo każdy wie czym zdrowie jest, to wszelkie próby jego zdefiniowania ukazują złożoność fenomenu

zdrowia. Przykładem mogą być przypadki rozdźwięku w definicji stanu zdrowia dokonywanej przez lekarza i pacjenta.

Dzieje się tak, gdyż pomimo tego, że zdrowie jest najczęściej rozumiane w sposób negatywny, jako brak choroby, to bywa ono również definiowane jako dobrostan biopsychospołeczny, homeostaza lub stanu równowagi i harmonii. Jeszcze inni ujmują zdrowie jako zdolność adaptacyjną, sprawność funkcjonalną, rolę społeczną lub potencjał psychofizyczny. Nierzadkie są również propozycje, które definiują zdrowie jako wartość lub normę (biologiczną lub społeczną), a nawet szczególną formę kapitału. Stąd celem tekstu jest krytyczna analiza dominujących sposobów rozumienia zdrowia. Celem pobocznym jest dostarczenie argumentacji na rzecz tezy, że obowiązujące modele zdrowia wyrażają dominujące w społeczeństwie idee na temat tego, czym zdrowie powinno być, co sprawia, że w równym stopniu co do świata natury przynależy ono do świata kultury.

Zdrowie jako brak choroby i cierpienia

Zdrowie jest najczęściej ujmowane zgodnie z modelem biomedycznym, w którym przeważa orientacja patologiczna i gdzie pojmuje się je jako brak choroby, a więc stan, w którym nie ujawnia się żadna ze znanych jednostek chorobowych bądź patologii w funkcjonowaniu organizmu [5: 253-254, 7: 47]. Zdrowie jest tu więc antytezą choroby, którą rozumie się jako dający się rozpoznać klinicznie stan patologii organizmu. Podkreślając, że zdrowie jest stanem sprawnego funkcjonowania poszczególnych części organizmu, a choroba to zakłócenie tego procesu, model ten sprowadza zarazem oba fenomeny do poziomu jednostki i akcentuje, że zdrowie tkwi w jednostce, a nie poza nią. Zakłada się bowiem, że nawet najbardziej złożone procesy psychiczne i zachowania człowieka można wyrazić w kategoriach zakłóceń procesów zachodzących w organizmie [8: 243]. I choć powszechnie przyjętą jest dziś wieloczynnikowa teoria chorób, to w modelu tym nadal przeważa myślenie w kategoriach monokazulanych, na co przykładu dostarcza współczesna genetyka, gdzie niejednokrotnie mamy do czynienia z wyjaśnieniem o charakterze monogenetycznym (tzw. model OGD – *one gene-one disease model*) [9]. Wyrażanej w terminach współczesnej biologii etiologii chorób towarzyszy zarazem biomedyczna orientacja w poszukiwaniu rozwiązań dla problemów zdrowotnych człowieka. I tak, dla przykładu, choć będąc główną przyczyną wielu zgonów na Zachodzie nowotwory i choroby układu krążenia, nie mają źródeł genetycznych w ścisłym znaczeniu genetyki klasycznej, to absorbują większość budżetu na badania medyczne. Nadto, choć przyczyną większości nowotworów są uwarunkowania środowiskowe, to dominującą formą walki z nimi nie są reformy społeczne i zmiany środowiskowe lecz radioterapia, chemioterapia oraz operacje chirurgiczne [9: 172, 10: 629]. Podobny trend jest widoczny we współczesnej psychiatrii, gdzie coraz częściej poszukuje się (neuro)genetycznych uwarunkowań depresji, stanów lękowych, uzależnień czy zachowań aspołecznych. I również tu terapia koncentruje się na perspektywie jednostkowej.

Oparta na modelu biomedycznym definicja zdrowia jako braku choroby jest przy tym krytykowana właśnie za jej redukcjonizm i założenie, że język (bio)chemii i (bio)fizyki wystarczy do wyjaśnienia fenomenów zdrowia i choroby. Zarzuca się jej ignorowanie społecznych uwarunkowań zdrowia oraz pomijanie subiektywnego wymiaru zdrowia. Tymczasem, zdaniem krytyków, istnieje wiele stanów z pogranicza zdrowia i choroby, które ujawniają konflikt między perspektywą biomedyczną, a indywidualną jednostki [4], gdzie dla przykładu jednostka może czuć się chora i doświadczać symptomów choroby bez wyraźnej patologii organizmu, lub odwrotnie, może być chora,

ale jako asymptomatyczna nie odczuwać dyskomfortu [11: 126]. Co więcej, pewne zjawiska, które mogą być szkodliwe lub bolesne dla człowieka, jak niski wzrost, czy niezdolność organizmu do produkcji pewnych niezbędnych substancji, np. witamin czy ciąża, nie są rozpoznawane jako choroby mimo, że mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia a nawet życia. Stąd, zdaniem Williama K. Goosensa [12: 108, 113-114, 13: 36, 38], szkodliwość *per se* nie jest warunkiem wystarczającym ani nawet koniecznym, by uznać dane zjawisko za chorobę. Przeciwnie, decydujący wpływ mają na to dominujące w danej kulturze wartości i normy społeczne, które wyznaczają cele medycyny. Niejednokrotnie ludzie poszukują bowiem interwencji medycznych nie ze względu na szkodliwość danej kondycji, lecz ponieważ wierzą, że jest ona niepożądana. Stąd najważniejsze koncepcje medycyny mają charakter negatywny i wiążą się z pewną krzywdą. Innymi problemami, przed którymi staje model biomedyczny jest pytanie: jak poważne muszą być objawy, by zdefiniować je jako chorobę? [14]. Zwłaszcza, że większość ludzi doświadcza pewnych negatywnych symptomów przez większą część swego życia, co niekoniecznie czyni ich chorymi. Stąd zauważa się, że tylko niewielka część ludzkiego cierpienia spotyka się z zainteresowaniem lekarzy. Inną kwestią jest to, jak definiować osoby u których brak jeszcze symptomów choroby, choć wiadomo, że zachorują w przyszłości? Co z osobami niepełnosprawnymi lub nieplodnymi? Wskazuje się również, że definicje tego, co należy uznać za chorobę różnią się w zależności od czasu, grupy społecznej i kryteriów, co czyni ze zdrowia swoisty konstrukt kulturowy [15]. Pomimo tej krytyki model ten jest owocny zarówno jeśli chodzi o stymulowanie badań, jak i wyjaśnianie chorób.

Zdrowie jako dobrostan biopsychospołeczny

Przekonanie o ograniczonej zdolności eksplanacyjnej modelu biomedycznego zaowocowało poszukiwaniem alternatywnych interpretacji, z których najbardziej znaną jest zaproponowana przez WHO tzw. holistyczna definicja, wedle której zdrowie to: „kompletny, fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub kalectwa” [1: 18]. Oprócz pozytywnego ujęcia zdrowia największą innowacją jest tu wzbogacenie rozumienia zdrowia o wymiar psychiczny i społeczny. Podkreśla się bowiem, że mówiąc o jakości życia człowieka należy uwzględniać nie tylko zdrowie fizyczne, ale także poziom niezależności, relacje społeczne, środowisko zewnętrzne i osobiste przekonania. W najnowszych raportach WHO akcentuje zarazem, że koniecznym jest uzupełnienie powyższej definicji również o wymiar duchowy [7: 72-73, 16: 4]. Stąd, pojęcie zdrowie bywa tu zastępowane terminem dobrostan (*wellbeing*), który

rozumie się je jako pewną cechę, która gwarantuje człowiekowi szczęśliwe, efektywne i kreatywne życie.

Choć niewątpliwym atutem tej definicji jest przełamanie modelu biomedycznego i monopolu medycyny na definiowanie zdrowia poprzez uwzględnienie wymiaru psychicznego i społecznego zdrowia, to jej mankamentem jest nadmiernie teoretyczny i ogólnikowy charakter [6, 17, 18: 221], co utrudnia pomiar zdrowia i zastosowanie tej definicji w praktyce klinicznej. Innym zarzutem jest to, że definicja WHO ujmuje zdrowie w kategoriach statycznych a nie procesualnych. Zawarte w niej rozumienie zdrowia jako stanu odnosi się bowiem wyłącznie do sytuacji chwilowej i nie uwzględnia dynamiki procesu zdrowia, określanego współcześnie jako „dynamiczna równowaga” [18: 229, 19, 20: 252, 21: 17]. Definicja ta jest nadto mało precyzyjna. O ile bowiem funkcjonujące w języku potocznym słowo „zdrowie” jest nieostre, o tyle propozycja WHO wymaga również doprecyzowania pojęć „choroba” i „kalectwo” [5: 58]. Równie niejasne jest kluczowe dla definicji pojęcie „dobrostan” [11: 128]. Błędem metodologicznym jest więc tłumaczenie jednego niezrozumiałego pojęcia za pomocą równie nieostrego terminu. Propozycji WHO wytyka się również utopijny i iluzoryczny charakter [10: 365, 22: 570]. Co ma bowiem znaczyć, że postulowany dobrostan ma być „całkowity” i dotyczy również stanu psychicznego i społecznego. Rodzi to pytanie o mierniki tego stanu i o to kto miałby o nim decydować? Równie zasadne jest pytanie czy wszystkie wymiary zdrowia są jednakowo ważne i czy dobrostan ma obejmować wszystkie po równo? Wszystko to sprawia, że z jednej strony definicja WHO nie pokrywa się znaczeniowo z potocznym rozumieniem zdrowia, z drugiej zaś czyni zeń nieużyteczne narzędzie medyczne [10: 365]. Jest bowiem raczej postulatem, ideałem niż realnym, dającym się uchwycić stanem. Zawarta w niej interpretacja „holistyczna” czyni wszak ze zdrowia kategorię czysto aprioryczną i trudną do zmierzenia. Jeśli bowiem zdrowie to coś więcej niż „brak choroby lub kalectwa” to, zdaniem niektórych, mamy do czynienia z iluzją „superzdrowia” [23: 42]. Wymóg „całkowitego” dobrostanu czyni bowiem większość (jeśli nie wszystkich) ludzi chorymi przez większą część ich życia [24, 25: 1364]. Zwłaszcza, że najnowsze osiągnięcia technologiczne umożliwiają medycynie wykrycie nieprawidłowości na poziomie molekularnym, co generuje nową kategorię bezobjawowych pacjentów tzw. „zdrowych chorych”. Stąd, twierdzi Lesław Niebrój [5: 259, 24], proponowane rozumienie zdrowia jest nierealne, gdyż jest możliwe do osiągnięcia wyłącznie dla istoty wszechmocnej. Podobnie uważał René Dubos, gdy pisał o „mirażach zdrowia” [26, 10: 365]. Całkowite wyzwolenie się człowieka od chorób i bólu lub choćby subiektywnie odczuwanego dyskomfortu

i cierpienia jest wszak niemożliwe, podobnie jak niemożliwe jest pozostawanie w takim stadium choroby, w którym nie ma choć odrobiny zdrowia. Nadto, o ile utopijność tego ujęcia może prowadzić do nieuzasadnionych roszczeń pacjentów [24], o tyle jego nadmiernie inkluzywny („holistyczny”) charakter umożliwia zarazem medykalizację niemal każdego aspektu życia społecznego [24, 27: 13]. Jeśli bowiem zdrowie to coś więcej niż „brak choroby”, to niemal każdy problem i dyskomfort odczuwany przez jednostkę można definiować jako „problem zdrowotny”, co zaciera granicę między odpowiedzialnością, jaką ponoszą za ich rozwiązanie politycy i same jednostki oraz skutkuje jej przerzuceniem na medycynę. Tymczasem, zdaniem Daniela Callahana [28: 84] posługiwanie się terminem zdrowie jako metaforą dla szczęścia, dobra i porządku społecznego jest nie tylko błędem, ale i niebezpiecznym nadużyciem, gdyż może prowadzić do „tyranii zdrowia” [28: 82], gdzie nikt nie jest za nic odpowiedzialny. Zwraca na to uwagę również Joseph Balog, gdy pisze, że błędem jest utożsamianie pewnych cenionych w życiu zjawisk, jak poczucie sensu, dobre samopoczucie czy zdolność do produktywnego i szczęśliwego życia ze zdrowiem. Nie kwestionując ich znaczenia dla człowieka podkreśla, że „dobre życie nie jest tym samym, co dobre zdrowie” [29: 267, 270]. Zwłaszcza, że dobre zdrowie, samopoczucie, dobrostan i sprawność fizyczna stanowią jedynie niewielki (i niekoniecznie najważniejszy) komponent dobrego życia. Gdy więc dla przykładu Komatra Chuengsatiansup [16: 8-9] pisze o pacjentach nowotworowych, którym pomimo choroby udało się odnaleźć sens oraz wieść znaczące i produktywne życie nie oznacza to, że są zdrowi. Osiągnięcie przez chorych „duchowego spełnienia” (*spiritual fulfilment*) lub „transformacji” nie jest wszak tożsame ze zdrowiem.

Również Rodolfo Saracci krytykuje wynikające z założeń WHO utożsamienie zdrowia ze szczęściem. Jak twierdzi, choć problemy egzystencjalne, mogą przyczynić się do obniżenia poziomu szczęśliwości, to nie da się ich zredukować do problemów zdrowotnych. Co więcej, o ile choroba może być źródłem ludzkiego nieszczęścia, to jej brak (zdrowie) nie musi wcale uczynić człowieka szczęśliwym [30: 1409]. Stąd utożsamienie obu pojęć sprawia, że tak jak pogoń za szczęściem może nigdy nie osiągnąć końca, tak samo zdrowie zdaje się nie mieć granic, co skutkuje nieograniczonym zapotrzebowaniem na usługi medyczne. W efekcie, szczęście i jego składowe (uroda, inteligencja, relacje międzyludzkie, poczucie spełnienia, posiadanie potomstwa, etc.) jest zaspokajane za pomocą usług medycznych. I choć niewątpliwie operacje z zakresu chirurgii kosmetycznej, zabiegi *in vitro* czy farmakoterapia mogą poprawić samopoczucie człowieka, jego samoocenę i poziom szczęścia, to, jak się

wyduje trudno uznać ich wpływ na zdrowie jednostki. Dążenie do utopijnego ideału „całkowitego” zdrowia (szczęścia) dla każdego sprawia zarazem, że ilość zasobów niezbędnych do jego osiągnięcia przekracza możliwości jednostek i państwa. To z kolei naraża na ryzyko utraty zdrowia i życia, tych, którzy znajdują się w prawdziwej potrzebie zdrowotnej. W efekcie, zamiast niwelować potęguje się nierówności społeczne w zdrowiu [30: 1410].

Utożsamienie zdrowia z „dobrostanem” sugeruje zarazem, że jest ono jakimś idealnym stanem szczęśliwości, który jednostka winna osiągnąć. Propagując wszechmoc medycyny w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, emocjonalnych, psychicznych i społecznych medycyna nadmiernie rozbudza w ludziach ułudę szczęścia – przez co uniemożliwia osiągnięcie „dobrostanu” [28: 81, 87]. Definicja WHO kreuje bowiem medycynę jako pośrednika i gwaranta ludzkiego szczęścia i dobrostanu, gdzie w samej konstytucji tej organizacji stwierdza się, że zdrowie ludzi jest warunkiem osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa. Tymczasem, to raczej nierówności społeczne, bieda, wyzysk, brak pożywienia czy alienacja są źródłem większości problemów zdrowotnych, psychicznych i społecznych człowieka. Mówienie o złym zdrowiu psychicznym i społecznym zdaje się więc raczej służyć interesom medycyny i WHO niż rzeczywistemu rozwiązaniu tych problemów.

Krytycy akcentują również, że mówienie o wielowymiarowości zdrowia utrudnia zrozumienie czym ono jest. Zwłaszcza, że – oprócz postulowanych trzech wymiarów – mówi się także o zdrowiu emocjonalnym, intelektualnym, środowiskowym i duchowym [7: 72-73, 20: 254, 31: 8, 32: 24, 38]. Tymczasem, jak zauważa Piotr Ochman [18: 221], o ile już pojęcia zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego są nader ogólne i trudne do operacjonalizacji, o tyle te postulowane są jeszcze trudniejsze do uchwycenia i nie mają odniesienia do rzeczywistości. Inni zarzucają jednak tej definicji nadmierny redukcjonizm i eurocentryzm. Wskazują, że wyraża ona wartości typowe dla kultury Zachodu, czego wyrazem jest właśnie brak aspektu duchowego [11: 128, 16]. Wielowymiarowość zdrowia utrudnia również wskazanie jego źródła. Nie wiadomo bowiem, czy tkwi ono w jednostce, czy poza nią w przestrzeni społecznej lub duchowej. Zdaniem Baloga [29: 267-268], wbrew dywagacjom WHO, zdrowie tkwi jednak w ciele jednostki, a nie, jak w przypadku „zdrowia społecznego”, w poprawnych relacjach międzyludzkich. Wyraża się stanem funkcjonowania organizmu, a nie jakością relacji z ludźmi. Do jego oceny konieczna jest znajomość funkcjonowania organizmu człowieka i jego porównanie do stanu naturalnego, a nie relacje społeczne, czy stany emocjonalne, duchowe i psychiczne, które są efektami lub

determinantami zdrowia, a nie nim samym. Błędem jest więc nieumiejętność rozróżnienia czynników, które wpływają na zdrowie od samego zdrowia.

Krytykuje się również nadmierną wagę, jaką przypisuje się subiektywnemu stanowi zdrowia, co może skutkować jego relatywizacją. Zwłaszcza, że w medycynie widoczne są podwójne standardy, wobec, dajmy na to osób niepełnosprawnych, otyłych i alkoholików. O ile bowiem u tych pierwszych subiektywny stan zdrowia przyjmuje się za wymierny, o tyle u drugich już nie, choć również oni mogą czuć się dobrze, być przystosowani, funkcjonować normalnie i być szczęśliwymi [29: 269]. Lesław Kulmatycki [27: 12] zwraca także uwagę, że w przeciwieństwie do choroby, która może być ostra, chroniczna, nieuleczalna lub terminalna definicja pozytywna zdrowia nie daje możliwości jego stopniowania [20: 252].

Zdrowie jako stan równowagi

Ponieważ – wraz z przemianami cywilizacyjnymi – doszło do zmiany dominującego na Zachodzie typu chorób, gdzie choroby ostre zostały w dużej mierze wyparte przez te o charakterze przewlekłym, w tym niepełnosprawność i zaburzenia psychiczne oraz tzw. choroby cywilizacyjne, koniecznym stało się wypracowanie nowej definicji zdrowia, która uwzględniałaby szerszą perspektywę społeczną i środowiskową [24]. W efekcie pojawiły się prace filozoficzne, antropologiczne i socjologiczne, które sprowadziły zdrowie i chorobę na grunt zjawisk społecznych. Cechą wspólną tych ujęć jest orientacja na perspektywę makrosocjoecologiczną i ekologiczną. Dało to początek modelowi socjoekologicznemu, w którym wzrosło zainteresowanie zdrowiem kosztem choroby [18: 229, 20: 252, 21: 17]. Samo zdrowie definiuje się tu jako potencjał i dynamiczną równowagę lub jako: „jedność i harmonię między umysłem, ciałem i duchem, która jest unikalna dla każdego człowieka i definiowana jest przez każdego indywidualnie” [5: 259]. Już Hipokrates uważał zresztą, że dobre samopoczucie (zdrowie) i złe samopoczucie (choroba) zależą od równowagi między jednostką, a jej środowiskiem [32: 23-24].

W ujęciu tym zdrowie jest więc pewnym continuum między stanem optymalnego dobrostanu i dyskomfortu. Ten ostatni zaś jest definiowany jako poziomy dysharmonii między czynnikami fizjologicznymi, psychologicznymi, socjokulturowymi, duchowymi i środowiskowymi. Podobne rozumienie zdrowia zaproponował twórca salutogenezy Aaron Antonovsky [19], który – w opozycji do modelu patologicznego – postulował poszukiwanie źródeł zdrowia a nie choroby. W miejsce pytania „Dlaczego ludzie chorują?” pytał „Dlaczego mimo wszechobecności i wielości czynników patogennych wielu ludzi pozostaje w stanie dobrego zdrowia?” Odrzucając statyczne rozumienie

zdrowia przyjął on, że normalnym stanem funkcjonowania człowieka jest stan „chwijnej”, czy też „dynamicznej”, równowagi między zdrowiem a chorobą. Podobnie uważa Ochman [18: 229, 33: 29, 39], gdy wskazuje, że stan, w którym człowiek najczęściej się znajduje, jest „stanem pośrednim” między zdrowiem i chorobą. Zdrowie jest tu więc zmieniającym się procesem, a nie stanem, który jest lub który można osiągnąć i w którym można pozostać. Jako fenomen wielowymiarowy oznacza równowagę między podstawowymi sferami funkcjonowania człowieka, tj. fizyczną, psychiczną, w tym emocjonalną i intelektualną, społeczną, duchową i środowiskową [7: 72-73, 16, 20: 252, 254, 21: 17, 31: 8, 32: 24, 38]. Zakładając wzajemną zależność między nimi model ten przyjmuje zarazem, że zakłócenie równowagi w którejkolwiek ze wskazanych sfer prowadzi do załamania homeostazy. Stąd chorobę rozumie się tu jako skutek niewydolności procesu poszukiwania i utrzymywania harmonii wobec codziennych obciążeń i krytycznych wydarzeń życiowych.

Oprócz tego, że zdrowie pojmuje się tu w kategoriach dynamicznych, cechą charakterystyczną tego modelu jest myślenie w kategoriach systemowych, gdzie człowiek jest rozpatrywany jako pewien system powiązanych i współzależnych ze sobą części (co zbliżała go do modelu kartezjańskiego), ale nadto umieszcza się go w ramach szerszego systemu środowiska społecznego i ekologicznego, a nawet całego uniwersum [32: 23].

Najczęstszym zarzutem wobec takiego rozumienia zdrowia jest przy tym twierdzenie, że o ile czynniki społeczne, duchowe czy psychiczne mogą w sposób znaczący wpływać na zdrowie, nie powinny być z nim utożsamiane [11: 127]. Poza tym wskazuje się, że definicja ta jest trudna do operacjonalizacji, gdyż uniemożliwia wytyczenie jasnej granicy między zdrowiem a chorobą.

Zdrowie jako funkcja

Zdrowie bywa również definiowane w kategoriach funkcjonalnych, gdy zgodnie z teleologicznym rozumieniem biologii, zakłada się, że każda część ciała ma za zadanie wypełniać swą funkcję celem zapewnienia człowiekowi zdrowia i życia [22: 554]. Stąd zdrowie opisuje się tu w kategoriach właściwego lub normalnego dla gatunku funkcjonowania. Choroba jest zaś brakiem funkcjonalności, defektem, który utrudnia lub uniemożliwia wypełnianie funkcji, która w normalnych warunkach jest wypełniana przez przedstawicieli danego gatunku [13: 30]. Najbardziej znanym reprezentantem takiego rozumienia zdrowia są Christopher Boorse [22] i nawiązujący do jego koncepcji Mahesh Ananth [31]. Ten pierwszy, definiując zdrowie w kategoriach biologicznych, za jego

najważniejsze komponenty uznaje przy tym „biologiczną funkcjonalność” i „statystyczną normę”. Samo zdrowie definiuje zaś jako: „zdolność do normalnego funkcjonowania”, a więc „gotowość każdej wewnętrznej części [organizmu] do wypełniania wszystkich jego normalnych funkcji we wszystkich typowych okolicznościach z przynajmniej typową skutecznością” [22: 555, 562]. „Normalne funkcjonowanie” oznacza więc „statystyczną funkcjonalność biologiczną”. Z kolei choroba jest dlań: „typem wewnętrznego stanu, który narusza zdrowie, tzn. obniża jedną lub więcej funkcjonalną zdolność poniżej typowej skuteczności” [22: 555, 562]. Zdrowie jest więc stanem, który umożliwia organizmowi, lub jego częściom, realizację celów przetrwania i reprodukcji, które są funkcjonalne względem gatunku [22: 555-556]. O obiektywnym charakterze tych funkcji świadczyć ma zaś – jego zdaniem – to, że większość jednostek pragnie osiągnąć oba cele i angażuje się w praktyki, które do nich prowadzą (seks i konsumpcja). Choroba zaś to odchylenie od „normy gatunkowej” (*species design*). W ujęciu tym ważne jest także pojęcie „klasy odniesienia” (*reference class*), a więc grupy osobników, do której odnosi się statystyczna norma. Boorse wskazuje na trzy takie klasy: płeć, wiek i rasę [22: 558].

Krytycy tej koncepcji [12, 13, 34, 35] podkreślają przy tym, że jej autor nie bierze pod uwagę, że to co może być funkcjonalne dla przetrwania gatunku może być niekorzystne dla jednostki. Natura, twierdzą, faworyzuje bowiem przystosowanie i przetrwanie jednostki wyłącznie jako elementu szerszej strategii maksymalizacji potencjału reprodukcyjnego gatunku i niejednokrotnie poświęca życie jednostki na rzecz przetrwania gatunku. Uznawana za dystynktywną dla zdrowia funkcja reprodukcyjna może więc być dla jednostki niekorzystna. Stąd Goosens [12] twierdzi, że funkcje biologiczne organizmu nie wystarczą, by mówić o zdrowiu.

Z powyższym wiąże się krytyka uznania reprodukcji i przetrwania za „naturalne” i „obiektywne” cele gatunku i mierniki zdrowia. Henrik R. Wulff, Stig Andur Pedersen i Raben Rosenberg [36: 82] podkreślają bowiem, że różni biolodzy mogą wskazać różne cele, w zależności od interesującej ich funkcji. Także George Agich [13: 31] zauważa, że równie zasadne jest odnoszenie ludzkiej egzystencji do sfery fizjologicznej, co i filozoficznej, politycznej czy religijnej. Zdaniem George’a Khushfa [37: 155] perspektywa funkcjonalna Boorse’a nie robi więc nic innego, jak dokonuje sądu wartościującego, który nakazuje preferować spojrzenie kliniczne nad inne, dostępne perspektywy. Tymczasem, dla ludzi istnieje wybór: istnieć i przetrwać, czy żyć dobrze (jakkolwiek to rozumieć). Greg Madison [35: 27] uznaje wręcz przekonanie o kluczowej roli przetrwania za rodzaj

uprzedzenia (*survival bias*) i pyta: „Co jest dobrego w przetrwaniu?” Tymczasem, jeśli za większą wartość uznamy dążenie do poszukiwania sensu egzystencji i własnego „ja”, to takie stany, jak depresja, autyzm czy nawet schizofrenia, można uznać za funkcjonalne. Również inne stany uznawane za chorobowe mogą być – w pewnych środowiskach – funkcjonalne, by wspomnieć tylko anemię sierpowatą na terenach o wysokim natężeniu malarią, wady słuchu w środowisku pracy charakteryzującym się wysokim hałasem, halucynacje u ludów pierwotnych, czy bezpłodność u osób, które wyżej od reprodukcji cenią sobie życie kontemplacyjne, seksualne lub sukces zawodowy. Jeśli jednak za główny cel egzystencji uznamy, jak Boorse, przetrwanie, to wówczas stany te uznamy za patologiczne i dysfunkcjonalne. Błędem modelu biostatystycznego jest więc to, że ból, szkoda i choroba mogą być niezależne od funkcjonalnej zdolności jednostki, zaś nie każda cecha pożądana jest zarazem przystosowawcza [12: 114]. Stąd wniosek krytyków, że telos biologiczne nie jest wystarczające w przypadku człowieka [36: 83, 86].

Z drugiej strony Agich [13: 31-32, 37: 462] zwraca uwagę, iż – z perspektywy funkcjonalnej – równie naturalna, co przetrwanie, jest śmierć, więc uznanie tego pierwszego za „obiektywną” i „naturalną” normę jest nieuzasadnionym wyborem aksjologicznym. O ile więc funkcjonalna koncepcja zdrowia nie jest możliwa wyłącznie na podstawie obserwacji i odniesienia do struktur i funkcji ludzkiego organizmu [38: 246], o tyle pojęcia normalnego i nienormalnego funkcjonowania również są uwarunkowane społecznym rozumieniem tego, co jest właściwe i pożądane, a co nie [36: 82, 39: 257]. Jeśli bowiem za cel funkcjonowania ludzkiego organizmu i człowieka uznamy życie, to utrata wzroku, łamliwość kości, czy samą starość, można postrzegać jako dysfunkcjonalne. Jeśli jednak za ostateczny cel ludzkiego życia uznamy śmierć, to można je uznać za całkowicie normalne, wręcz funkcjonalne. Stąd, w rzeczywistości dla naszego rozumienia zdrowia, kluczowe są wartości i znaczenia, jakie ludzie przypisują takim zjawiskom, jak: unikanie śmierci, przedłużanie życia, ograniczenie bólu, gratyfikacja pragnień i zapewnienie bezpieczeństwa [38: 251].

Zastrzeżenia budzi również zastosowane przez Boorse’a pojęcie klasy odniesienia. I choć on sam podkreśla, że ze względu na fakt, iż to co jest normalne w jednej grupie, w innej może być uznane za patologiczne, norma statystyczna ma swe odniesienie wyłącznie do wybranej części gatunku, to gdyby oprócz wskazanych przez Boorse’a klas (płci, wieku i rasy) uznać za takową np. alkoholików, to statystyczna norma funkcjonowania wątroby w tej grupie byłaby zupełnie inna. Stąd – zdaniem niektórych – ujęcie biostatystyczne jest właściwe tylko w odniesieniu do

konkretnej grupy odniesienia, a nie gatunku w ogóle. Bycie zdrowym oznacza zaś bycie normalnym wyłącznie w odniesieniu do „właściwej” klasy [34]. Stąd, zdaniem niektórych, brak empirycznego uzasadnienia dla takiego wyboru klas.

Zdrowie jako rola społeczna

Odmianą podejścia funkcjonalnego jest definicja zaproponowana Talcotta Parsonsa, wedle której zdrowie to zdolność jednostki do pełnienia ról społecznych i wynikających zeń zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji [40]. W ujęciu tym jest ono traktowane jako warunek sprawnego i efektywnego uczestnictwa jednostki w życiu społecznym i oznacza zdolności do wykonywania cenionych zadań. Ponieważ równowaga systemu społecznego zależy, zdaniem amerykańskiego socjologa, od właściwego umotywowania jego uczestników do pełnienia ról społecznych choroba jest zagrożeniem dla równowagi systemu. Definicja ta zakłada więc, że problem zdrowotny nie istnieje dopóki jednostka wypełnia swoje role społeczne. Pewnym wariantem tego ujęcia jest definicja przyjęta na światowej konferencji poświęconej promocji zdrowia w Alma Acie w roku 1978, która głosi, że zdrowie to: „zdolność do produktywnego, sensownego i twórczego życia w sferze społecznej i ekonomicznej” [17: 467, 20: 251].

Krytycy podkreślają jednak, że jeśli zdrowie oznacza zdolność jednostki do pełnienia ról społecznych, to kryteria zdrowia zmieniają się wraz ze zmianą ról i zadań [20: 255, 41: 126]. Jak zauważa Julian Aleksandrowicz [42: 80], o ile bowiem z perspektywy biologicznej kierowca autobusu, który ma złamaną rękę i nie może prowadzić samochodu albo chirurg, który ma skaleczoną rękę i nie może operować, mogą być uznani za chorych, to jednocześnie mogą oni pełnić inne role: odpowiednio instruktora kursów samochodowych i wykładowcy chirurgii, co pozwala ich zdefiniować jako zdrowych. Podobnie cierpiący na wadę głosu mnich w zakonie kontemplacyjnym, bezpłodna zakonnica, niedosłyszający hutnik, czy miewający halucynacje malarz. Jeśli więc zdrowie to zdolność do pełnienia ról społecznych, to zasadnym jest pytanie do czego ma to być zdolność: do pracy, reprodukcji czy innej aktywności? Należy także zapytać czy dotyczy tylko sprawności fizycznej? A jeśli tak, to co z osobami niepełnosprawnymi lub chorymi na nowotwór, które mimo choroby są zdolne do pracy i „robienia różnych rzeczy”?

Mankamentem definicji funkcjonalnej jest więc jej normatywny charakter. Już samo ujęcie Parsonsa jest však uwarunkowane systemem wartości społeczeństwa amerykańskiego, gdzie funkcjonalna zdolność jednostki do produktywnego udziału w gospodarce kapitalistycznej determinuje takie rozumienie zdro-

wia [10: 636]. Podkreśla się również, że powiązanie zdrowia z oczekiwaniami socjalizacyjnymi stanowi potencjalne źródło kontroli społecznej jednostek odchylających się od standardów kulturowych. Ellen Idler podkreśla z kolei, że ujęcie funkcjonalne jest w rzeczywistości definicją medyczną – tyle, że zorientowaną na społeczne konsekwencje dysfunkcji organizmu [43: 724]. Bo choć sam Parsons akcentuje, że zdrowie ma wymiar biologiczny i społeczny, to jednak odwoływanie się do logiki systemu i organicznej wizji społeczeństwa sprawia, że pierwszeństwo przyznaje się biologicznemu wymiarowi choroby. Sama koncepcja roli chorego jest zresztą, jej zdaniem, odzwierciedleniem medycznej wizji choroby [43: 725] i pomija perspektywę subiektywną.

Zdrowie jako zdolność do adaptacji

Inną, często stosowaną definicją zdrowia jest ta, która rozumie je jako zdolność jednostki do adaptacji do zmieniającego się otoczenia. W tym ujęciu zdrowie jest zasobem służącym przystosowaniu i realizacji jednostkowego potencjału, zaspokojeniu potrzeb, pragnień i aspiracji oraz umożliwiającym doświadczanie życia jako sensownego, twórczego i aktywnego [27: 13]. Model ten rozszerza przy tym ujęcie systemowe funkcjonalistów poza wymiar społeczny i uwzględnia szerszy wymiar ekologiczny. W efekcie zdrowie definiuje się tu jako zdolność do możliwie najlepszego przystosowania i funkcjonowania jednostki w swoim środowisku [44]. Dla przykładu Aleksandrowicz definiuje zdrowie jako stan, w którym: „osoba ludzka potrafi przystosować się do działających na nią bodźców środowiskowych w taki sposób, żeby proces adaptacyjny nie zakłócił homeostazy w kręgu soma, psyche i środowiska, a w dalszej konsekwencji nie zniszczył organizmu” [42: 79-80]. Zdrowie obejmuje tu więc zarówno sferę somatopsychiczną jednostki, ale także społeczności i biosfery. Również Georges Canguilhem [45: 781] akcentując związki człowieka ze środowiskiem i materią nieożywioną podkreślał, że zdrowie nie jest skończonym bytem, lecz różni się w zależności od jednostki i jej warunków bytowania. Stąd, twierdził, człowiek nie może być zdrowy w niezdrowym środowisku. Podobne ujęcie prezentował Marcin Kacprzak, dla którego zdrowie to: „nie tylko brak choroby lub niedomagań, ale także dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania się biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach” [32: 31]. Model ekologiczny akcentuje więc, że zdrowie związane jest ze zdolnością organizmu do utrzymania równowagi ze środowiskiem [11: 131] i oznacza zdolność do funkcjonalnego życia i rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. Choroba z kolei oznacza tu brak zdolności adapta-

cynnej organizmu, gdzie podkreśla się, że większość chorób i zaburzeń to „choroby adaptacji” (*diseases of adaptation*) [46: 226].

Dążąc do operacjonalizacji pojęcia zdrowie Michael L. Dolfman postuluje przy tym integrację modelu funkcjonalnego i adaptacyjnego i wskazuje, że model operacyjny musi uwzględnić następujące informacje: 1. klasę zjawisk (obiektów), do których odnosi się kategoria zdrowia; 2. typ środowiska, w którym obiekt będzie obserwowany; 3. typ bodźców, na które obiekt będzie wystawiony w określonym środowisku oraz 4. reakcje obiektu na owe bodźce. Łącząc pojęcia normy, funkcji i adaptacji określa on zdrowie jako stan, w którym będąc wystawionym na pewne stresory jednostka jest się w stanie do nich zaadoptować i funkcjonować właściwie w danym środowisku [47: 207-208]. Zdrowie obejmuje więc zdolność jednostki do normalnego funkcjonowania w danym środowisku oraz jej zdolność do adaptacji do obecnych w tym środowisku stresorów. Z kolei Huber i współpracownicy [24] podkreślają, że ponieważ wraz z rozwojem cywilizacyjnym zmieniła się struktura demograficzna świata i dominujący obraz chorób, dla wielu osób, w tym osób starszych, życie z chorobą przewlekłą jest normą. Stąd, twierdzą, za kluczowy aspekt zdrowia uznać należy zdolność do adaptacji do wyzwań społecznych, fizycznych, psychicznych i emocjonalnych [24].

Choć docenić należy uwzględnienie szerszego kontekstu środowiskowego zdrowia wadą tego ujęcia jest jednak brak rozróżnienia między „zdrową” a „niezdrową” formą adaptacji. Jak zauważa Balog [29: 266] jednostki posiadają bowiem zdolność do adaptacji także do szkodliwego środowiska, które może być dlań źródłem chorób, a nawet śmierci. Również Madison [35: 20] podkreśla, że ludzie funkcjonują psychologicznie w relacji do każdej sytuacji, w której się znajdują, a świadomość umożliwia im adaptację, także do warunków traumatycznych, by wspomnieć tylko więźniów sowieckich łagrów, czy nazistowskich obozów koncentracyjnych. Stąd, twierdzi, doświadczanie rzeczywistości, jak i samo zdrowie, winno być definiowane w kategoriach egzystencjalnych i psychologicznych, a nie biologicznych kryteriów reprodukcji i przetrwania. Prowadzi to bowiem do uznawania za „patologiczne” takich strategii, które mogą adaptacyjne w obliczu traumy, np. stany depresyjne. Z drugiej strony, mimo choroby, jednostki mogą być w stanie wypełniać przypisane im role społeczne i wieść szczęśliwe i produktywne życie.

Krytycy podkreślają również, że definicja adaptacyjna zdrowia jest niejasna i trudna do operacjonalizacji [47]. Trudno bowiem jednoznacznie stwierdzić, co oznacza „dynamiczna równowaga” i „doskonałe przystosowanie”. Nadto, występują problemy z pomiarem zdrowia. Innym problemem jest to, że używane

tu pojęcia „normalność”, czy „właściwe funkcjonowanie”, są społecznymi i kulturowymi konstrukcjami i wyrażają konkretne stanowisko normatywne. „Zdrowe” przystosowanie w jednym środowisku może być bowiem dysfunkcjonalne w innym. Co więcej, inne są możliwości adaptacyjne jednostki żyjącej w Europie Zachodniej, a inne w Afryce Subsaharyjskiej, inne młodego, bogatego, białego mężczyzny pracującego na Wall Street, a inne Żydówki w obozie Auschwitz-Birkenau. Stąd Tristram Engelhardt [39: 263-264] stwierdza wręcz, że dla człowieka nie ma żadnego standardowego środowiska, czy standardowej formy adaptacji, a tym samym absolutnego standardu, wedle którego można by określić organizm jako zdrowy. Uważa on, że zdrowie nie jest „naturalnym standardem”, „normą” czy też „funkcjonalnością”, gdyż to, co w jednym środowisku może być naturalne, normalne lub funkcjonalne, może takie nie być w innym, gdzie zostanie uznane za chorobę.

Zdrowie jako wartość

Będąc kategorią medyczną, tj. stanem fizjologicznym (stanem organizmu) i psychiczną (stanem ducha i umysłu), zdrowie jest także kategorią aksjologiczną, a więc uznawaną, akceptowaną i ocenianą instytucjonalnie wartością kulturową [32: 50-70]. Jest szczególnie zinstytucjonalizowanym celem, do którego dążą jednostki. Już Parsons podkreślał zresztą, że zdrowie zajmuje kluczowe miejsce w systemie wartości społeczeństw Zachodu, gdzie wiąże się je z takimi wartościami, jak: aktywizm, „ziemskość” (*wordliness*) i instrumentalizm [40]. Zdrowie umożliwia bowiem jednostce dążenie do powszechnie pożądanego sukcesu oraz opanowania otaczającej go rzeczywistości i koresponduje z takimi wartościami, jak: instrumentalizm, indywidualizm, aktywizm i utylitaryzm. Jest również nośnikiem wolności, swobody i wyboru [48: 31]. Stąd niejednokrotnie utożsamia się zdrowie z dobrem, szczęściem, aktywnością, sprawnością, pomyślnością, siłą, urodą i dobrobytem.

Zdrowie jest zresztą synonimem terminów „dobry” i „moralny” [49], co ukazują takie metaforyczne zwroty, jak: „chore żarty” „chora służba zdrowia” czy „chory świat”. Innym przykładem jest szczególnie moda na promocję zdrowego stylu życia i będąca jego podstawą ideologii healthismu [23, 50, 51]. Dla wielu jednostek troska o zdrowie staje się bowiem sensem życia i szczególnym imperatywem [57]. W efekcie dążenie do zdrowia zyskuje status nowej wewnętrzświatowej ascezy, samodyscypliny i osobistego dążenia do doskonałości [52]. O moralnym wymiarze zdrowia nich świadczy poniższa wypowiedź Aleksandrowicza: „zdrowy człowiek jest człowiekiem dobrym, myśli i postępuje etycznie, tzn. mówiąc tradycyjnie – uczciwie i z poczuciem odpowiedzialności horyzontalnej,

jak i wertykalnej” [42: 81]. Autor mierzy więc zdrowie, zwłaszcza w jego wymiarze psychicznym, ilością „dobrego” lub „złego”, jaką może człowiek wyrządzić innym ludziom. Podobnie wyraża tę ideę Włodzimierz Piątkowski, gdy pisze, że wobec zdrowia ludzie winni przyjmować postawę szacunku, a samo zdrowie powinno być „naczelną dyrektywą ludzkiego działania” [53: 157].

Jak się wydaje, zdrowie ma przy tym charakter wartości uniwersalnej i towarzyszy większości systemów kulturowych. Widać to choćby w sferze deklaratywnej, gdzie wśród ludzkich modlitw zdrowie zajmuje pozycję uprzywilejowaną [54]. Również w codziennych interakcjach ludzie używają takich zwrotów jak: „Zdrowie jest w życiu najważniejsze” czy „Jeśli jesteś zdrowy reszta sama się ułoży”, które ukazują wysoki status zdrowia w społecznym systemie wartości. Ludzie chcą być zdrowi, a życzenia zdrowia są najczęstszymi życzeniami nie tylko w trakcie specjalnych uroczystości (urodziny, śluby, święta), ale także codziennych spotkań. Wartość zdrowia określa osobiste przekonania jednostek oraz ich sposób życia i jest punktem odniesienia dla zachowań. To przez zdrowie jednostki manifestują preferowany system wartości i styl życia, a dla wielu staje się ono źródłem tożsamości i zbiorowej identyfikacji.

Oprócz wymiaru indywidualnego zdrowie ma również status wartości kolektywnej. Nie dziwi więc, że każde społeczeństwo tworzy cały system instytucji, ról, czynności i wzorów chroniących zdrowie, a w ten sposób ukierunkowuje i legitymizuje zachowania jednostek, służy podtrzymaniu norm i zasad społecznych, integruje grupy i umożliwia ich kontrolę [32: 63]. Przykładem może być tzw. nowe zdrowie publiczne [55], które – definiując zdrowie właśnie jako wartość – nakłada na jednostki nowe zobowiązania i powinności związane ze zdrowiem, co sprawia, że nie jest ono już wyłącznie prawem jednostki, ale i obowiązkiem [56, 57]. Należy przy tym zauważyć, że zdrowie może być zarówno wartością autoteliczną, a więc pewnym ideałem, który nie wymaga dalszego uzasadnienia, jak miłość, sprawiedliwość, piękno czy dobro, jak i wartością instrumentalną, gdy służy wyłącznie realizacji innych celów, np. zdobyciu lub utrzymaniu pracy. W tym drugim przypadku jest jednak wyłącznie narzędziem, który umożliwia zaspokajanie potrzeb i pragnień.

Zdrowie jako norma

Zdrowie może być wreszcie rozumiane jako szczególna norma (biologiczna lub społeczna). Ujęcie takie jest przy tym zbieżne z funkcjonalnym rozumieniem zdrowia, gdzie sam Boorse podkreślał, że organizm jest zdrowy, jeśli funkcjonuje według normalnego planu i jest chory, gdy odbiega od normy [22: 555].

Innymi słowy, zdrowie oznacza tu zgodność z pewną statystyczną normą gatunkową. Z kolei Lester King [58: 197] definiuje zdrowie jako: „stan dobrostanu będącego w zgodzie z ideałem dominującej kultury lub statystyczna norma”. Chorobę określa zaś jako: „zespół takich stanów, które w ocenie dominującej kultury są uważane za bolesne lub dokuczliwe i które jednocześnie odbiegają od statystycznej normy lub pewnego stanu idealnego”.

Jednym z elementów krytyki tego rozumienia zdrowia jest jednak twierdzenie, że pojęcie normy gatunkowej jest istotne tylko dlatego, że sprawia pozory obiektywnych kryteriów. Zdaniem krytyków norma statystyczna, która konstytuuje ową normę, reprezentuje jednak nie przeciętną osobę, ale przeciętną zdrową osobę [36: 73]. Powyższa definicja opisuje więc nie stan rzeczywisty, ale pewien empiryczny ideał [35: 11]. Podobnie uważał King [58: 195-196], który twierdził, że jeszcze przed opracowaniem normy statystycznej badacz ma w głowie pewien ideał zdrowia, który „wymusza” taki dobór próby, który potwierdzi założoną normę. Wypada również zauważyć, że sama dewiacja od normy nie czyni jeszcze zjawiska ani osoby chorą, czego przykładem może być ponadprzeciętny iloraz inteligencji [58: 196]. Z drugiej strony, choć odchylenie, o którym mowa, wiąże się najczęściej z bólem i dyskomfortem, to sam ból może być całkowicie normlany, jak u rodzącej kobiety czy dziecka, któremu rosną zęby. I choć w obu przypadkach dąży się do ulżenia jednostce w cierpieniu, to ani porodu ani ząbkowania nie określa się mianem choroby.

Stąd choć mówi się tu o biologicznej normie statystycznej, krytycy wskazują, że ważniejsze są zawarte w tej definicji ukryte założenia na temat norm społeczno-kulturowych [3: 218, 39, 49]. Gdy bowiem ból wiąże się ze stanem pożądanym (rodzenie dzieci, ząbkowanie) nie przynależy mu status choroby [58: 197]. Stąd Madison [35: 18] twierdzi, że pojęcia zdrowie i choroba są wyłącznie interpretacjami, które przysługują praktycznym interesom i wartościom społecznym, a „norma gatunkowa” jest odzwierciedleniem norm społecznych a nie faktycznego stanu naturalnego. Z kolei Tristram Engelhardt podkreśla, że ponieważ dla człowieka nie istnieje żadne „naturalne” środowisko ani „normalna” forma adaptacji, pojęcie „normalnego funkcjonowania” zależy od środowiska, w którym jednostka żyje. Tym zaś co konstytuuje chorobę nie jest norma gatunkowa, lecz ludzkie cele, oczekiwania i ideologia społeczna [39: 263-265]. Problem jest więc nie tylko to, co uznajemy za normę, ale również dla kogo oraz w jakich okolicznościach. Pewne choroby mogą wszak być źródłem prestiżu czy bogactwa, jak epilepsja w społeczeństwach wierzących w siły magiczne, czy gruźlica w czasach romantyzmu. Równie zasadne jest pytanie, kto te normy ustala. Faktem jest

i to, że nie sposób ustalić takie normy zdrowia, które pasowałyby do każdego. Normy statystyczne, którymi operuje medycyna, są wszak często inne dla różnych grup społecznych i to, co można uznać za dewiację dajmy na to u kobiet może być normą u mężczyzn i vice versa. I nie chodzi tu wyłącznie o społeczne normy zachowania, ale także biologiczne. Jak zauważa Janusz Szajewski [59: 33-34] o ile normalna liczba czerwonych krwinek we krwi w mikrolitrze u osoby w wieku średnim wynosi 4-5 miliona, to u osób starszych jest to o ponad milion mniej. I choć można ten stan uznać za odstępstwo od statystycznej normy, to w rzeczywistości jest on korzystny, gdyż gorsza jakościowo krew może sprawniej płynąć, a dzięki temu lepiej doprowadza tlen do zniekształconych starością tkanek.

Ważnym problemem definicyjnym jest również tzw. kwestia „progu”, a więc pytanie, jak duże musi być odchylenie od normy i wzoru gatunkowego, by móc stwierdzić chorobę. Rozróżnienie między zdrowiem i chorobą wymaga więc pewnych mniej lub bardziej arbitralnych twierdzeń ilościowych dotyczących wielkości odchylenia od średniej, które zostaną uznane za nienormalne [36: 76-78]. Stąd Wulff, Pedersen i Rosenberg [36: 118] twierdzą, że: „granice gatunków są takie, jak je utworzył człowiek, nie zaś, jak je utworzyła natura”. Jest to zaś o tyle znaczące, że lekarze nie zajmują się statystyką, czy leczeniem gatunku, ale konkretnym pacjentem. Stąd, twierdzi Goosens [12: 113], definiowanie zdrowia poprzez porównywanie z innymi (statystyczna norma) jest błędne, gdyż nie uwzględnia specyfiki indywidualnego człowieka. Równie błędne jest przypuszczenie, że wszystkie ludzkie stany i zachowania da się poklasyfikować na normalne i patologiczne.

Zdrowie jako kapitał

We współczesnej gospodarce rynkowej zdrowie bywa również rozumiane jako szczególny zasób, czy też rodzaj kapitału, który umożliwia jednostkom sensowne, twórcze i satysfakcjonujące życie [21: 18]. Jednym z ważniejszych wyznaczników statusu społecznego jednostki jest dziś bowiem możliwość swobodnego przekształcania własnego dziedzictwa biologicznego. Stąd niektórzy określają zdrowie mianem kapitału biologicznego. Rafał Drozdowski definiuje ten ostatni jako: „zespół względnie trwałych cech psychofizycznych istotnych z punktu widzenia skutecznej adaptacji jednostek do obowiązujących reguł systemowych, takich zatem, które mogą ujawnić się jako czynniki ułatwiające lub przyspieszające (a niekiedy wręcz umożliwiające) sukces w określonych dziedzinach i sektorach życia społecznego, albo też – mogą być dla tego sukcesu przeszkodą” [60: 273]. Za jego główne korelaty uznaje zaś: zdrowie *sensu stricte* (brak choro-

by), sprawność fizyczną i umysłową, młodość i urodę. Łącznie stanowią one zasób, który umożliwia jednostkom realizację ich potencjału, potrzeb i aspiracji, pełnienie ról społecznych i adaptację do zmieniającego się otoczenia.

Jako kapitał zdrowie stanowi przy tym ważną determinantę nierówności społecznych. Warunkuje bowiem dostęp do takich społecznie cenionych dóbr, jak: bogactwo, szacunek społeczny, władza, wiedza i udział w przestrzeni publicznej. Przeporządkowuje także istniejące nierówności społeczne w sferze dostępu do wykształcenia i szans na rynku pracy, wielkości dochodów i struktury ich wydatkowania, sytuacji bytowej i warunków mieszkaniowych oraz dostępu do przestrzeni publicznej (architektura miejska, udział w kulturze i partycypacja w życiu społeczno-politycznym). Kapitał zdrowia ujawnia się wreszcie w sferze konsumpcji dóbr zdrowotnych, gdzie korzystanie z takich produktów, jak: zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej i kosmetycznej, usługi typu fitness, zdrowa żywność i porady instruktorów z dietetyki, kosmologii czy promocji zdrowia, staje się źródłem nowego ethosu – healthismu i narzędziem społecznego wyróżnienia [50, 51]. Znaczącym jest przy tym, że coraz częściej akcentuje się, iż jako zasób zdrowie nie jest wyłącznie prywatną sprawą jednostki. Przeciwnie, już w preambule konstytucji WHO określono je jako dobro publiczne i ogólnospołeczne. Stąd podkreśla się, że kwestii zdrowia nie można pozostawiać wyłącznie wolności i kaprysom jednostki, ale musi ono zostać im narzucone. Znamienne są tu słowa premier Norwegii, doktor Gro Harlem Bruntland, która w lipcu 1998 roku, obejmując funkcję dyrektora generalnego WHO, stwierdziła, że działalność na rzecz zdrowia musi mieć wymiar polityczny [55: 509-510].

Innym wyrazem nadania zdrowiu znaczenia „ekonomicznego” jest to, że o ile z jednej strony opieka medyczna przybiera coraz bardziej charakter usługowo-komercyjny, o tyle pacjenci stają się szczególnym typem konsumentów, a zdrowie towarem. Potwierdza to regularnie zwiększająca się suma nakładów finansowych na zdrowie, gdzie w samych tylko Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat wydatki na służbę zdrowia uległy czterokrotnemu zwiększeniu z 4 do 17,9 procent PKB, a szacuje się, że w roku 2040 osiągną 20 procent. I choć w Polsce udział ten wynosi tylko 6,7%, to w Belgii już 10,6%, w Szwajcarii 10,9%, w Niemczech 11,1%, w Danii 11,2%, we Francji 11,6%, a Holandii 12%. W całej Unii Europejskiej poziom ten wznosi zaś 9% [61]. Jak się wydaje największym mankamentem utowarowienia zdrowia jest to, że celem medycyny nie jest już to, by pacjenci korzystali z jej usług jak najrzadziej, lecz to, by do tych kontaktów dochodziło jak najczęściej. To zaś sprawia, że medycyna zmienia się w korporację polityczno-

biznesową, a lekarze w biznesmenów i sprzedawców usług, pacjenci w konsumentów, zdrowie zaś zostaje sprowadzone do produktu i dobra konsumpcyjnego [33: 35].

Wnioski

Podsumowując powyższe rozważanie można zauważyć, że współczesne modele zdrowia różnią się od wcześniejszych konceptualizacji tym, że jest w nich ono ujmowane jako zjawisko dynamiczne i wieloaspektowe. Równie częste jest jego rozumienie w terminach pozytywnych. Inną cechą prezentowanych ujęć jest odróżnianie wymiaru obiektywnego i subiektywnego, co skutkuje zaakcentowaniem osobistej odpowiedzialności za zdrowie. Wszystko to sprawia, że definiowanie zdrowia nie jest już wyłącznie domeną nauk medycznych, ale stało się obiektem badań także nauk społecznych i samych laików – pacjentów. Niemniej jednak, mnogość zaprezentowanych ujęć sprawia, iż to, co według jednego modelu jest zdrowiem nie musi nim być w ujęciu alternatywnym. To zaś sprawia, że każde z nich jest krytykowane.

Innym problemem, na który wskazuje Elżbieta Korzeniowska [17: 469] jest to, że definicje są bardzo ogólne i o wysokim poziomie abstrakcji i nie znajdują zastosowania w praktyce medycznej, inne zaś choć stanowią bazę dla empirycznej weryfikacji, to nieuchronnie prowadzą do redukcji złożonego pojęcia zdrowia do perspektywy bardzo szczegółowej. O ile bowiem oficjalna ideologia WHO głosi abstrakcyjne pojęcie zdrowia jako dobrostanu biopsychospołecznego, które jest trudne do operacjonalizacji i empirycznej weryfikacji, o tyle praktyka medyczna redukuje zdrowie do wymiaru biologicznego. Stąd zasadnym wydaje się podkreślenie, że powyższe modele mają charakter wyłącznie idealnotypiczny i nie opisują stanu „naturalnego”. Nie powinno to jednak dziwić, gdyż każda interpretacja zdrowia zależy od praktycznych celów medycyny i jest związana z konkretną koncepcją teoretyczną i opartymi na niej metodami analizy i pomiaru [18: 228]. Koncepcje zdrowia zależą jednak nie tylko od rozwoju wiedzy naukowej, dostępnych założeń teoretycznych, metod i technik badawczych, ale także uwarunkowań kulturowych, obecnych w społeczeństwie aksjologii i ideologii, przekonań kulturowych dotyczących stanów pożądanых i niepożądanых [6]. I właśnie z tego względu ich zastosowania, mają ograniczony zakres. Wszystko to sprawia, że pojęcie zdrowie jest definiowane stosunkowo rzadko (o czym świadczy obowiązująca nieprzerwanie i pomimo licznej krytyki definicja WHO z roku 1948), a w praktyce społecznej funkcjonuje ono raczej jako samo-przez-się zrozumiała oczywistość.

Niemniej jednak, choć objęcie wszystkich opisanych ujęć jedną definicją zdrowia wydaje się niemoż-

liwe [4: 665], nie sposób zaprzeczyć, że obowiązujące definicje zdrowia (i choroby) są ważne, gdyż – jak argumentuję gdzie indziej [6] – od przyjętego w społeczeństwie rozumienia pojęcia zdrowie zależy kto może uzyskać opiekę medyczną oraz to, na jaki rodzaj świadczeń może liczyć. Definicje zdrowia wpływają na system ubezpieczeń zdrowotnych i finansowanie opieki medycznej. Co więcej, przyjęte, choćby *implycite*, założenia na temat tego, czym zdrowie jest i czym powinno być, określają przebieg procesu naukowego od wyboru przedmiotu badań, teorii naukowej i metodologii przez sposób argumentacji i formułowanie hipotez po interpretację wyników. Definicje zdrowia określają także, czy celem medycyny jest leczenie chorób, czy także prewencja i tzw. promocja zdrowia. Znaczenia, jakie ludzie nadają zdrowiu, kształtują

jednostkowe zachowania zdrowotne i mogą być czynnikiem decydującym o korzystaniu (bądź nie) z usług medycznych. Nieadekwatna definicja zdrowia może zaś prowadzić z jednej strony do negowania niektórych stanów, które wywołują u pacjentów poczucie dyskomfortu, z drugiej zaś może się stać źródłem zbyt wielu roszczeń pacjentów i prowadzić do nadmiernej medykalizacji społeczeństwa.

Podziękowania

Tekst ten powstał w ramach projektu badawczego „Zdrowie jako fenomen społeczny” realizowanego z grantu przyznawanego przez WNoZ UIM w Poznaniu (502-14-04406512-08496).

Piśmiennictwo / References

- Kulik TB, Latański M. Zdrowie publiczne. Czelej, Lublin 2002.
- Bury MR. Health and illness. Polity Press, Cambridge 2005.
- Hofmann B. Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theor Med* 2001, 22: 211-236.
- Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Phil* 2002, 27(6): 651-673.
- Niebrój LT. Defining health/illness: societal and/or clinical medicine? *J Physiol Pharmacol* 2006, 57(4): 251-262.
- Domaradzki J. O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Med Lodz* [w druku].
- Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
- Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q* 2002, 80(2): 237-260.
- Strohman RC. Genetic determinism as a failing paradigm in biology and medicine. Implications for health and wellness. *J Soc Work Educ* 2003, 39: 169-191.
- Kelman S. The social nature of the definition problem in health. *Int J Health Serv* 1975, 5(4): 625-642.
- Larson JS. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev* 1999, 56(2): 123-136.
- Goosens WK. Values, health and medicine. *Philos Sci* 1980, 47: 100-115.
- Agich GJ. Disease and value: a rejection of the value-neutrality thesis. *Theor Med* 1983, 4: 27-41.
- Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med* 2001, 134, 9(2): 803-808.
- Blaxter M. *Zdrowie. Sic!*, Warszawa 2009.
- Chuengsatiansup K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environ Impact Assess* 2003, 23(1): 3-15.
- Korzeniowska E. O zdrowiu i jego definicjach. *Zdr Publ* 1988, 99(9): 465-471.
- Ochman P. Socjologiczna interpretacja definicji zdrowia WHO: implikacje teoretyczne i praktyczne. *Stud Socjol* 1986, 2(101): 217-230.
- Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. IPiN, Warszawa 1995.
- Gil R, Dziedziczko A. Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby. *Zdr Publ* 2004, 114(2): 250-255.
- Kulik TB. Koncepcje zdrowia w medycynie. [w:] *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Kulik TB, Wrońska I (red). Fundacja Uniwersytecka, Stalowa Wola 2000: 15-38.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philos Sci* 1977, 44: 542-573.
- Skrabaneck P. Death of humane medicine and the rise of coercive healthism. Social Affairs Unit, Suffolk 1994.
- Huber M, Knottnerus JA, et al. How should we define health? *BMJ* 2011, 343. http://static.ow.ly/docs/como%20definimos%20la%20salud_kW8.pdf (10.03.2012).
- Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ* 2008, 337: 1363-1364.
- Dubos R. *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*. PZWL, Warszawa 1962.
- Kulmatycki L. *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej*. AWF, Wrocław 2003.
- Callahan D. The WHO definition of 'health'. *Hastings Cent Stud* 1973, 1(3): 77-87.
- Balog JE. The meaning of health. *Am J Health Educ* 2005, 36(5): 266-271.
- Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ* 1997, 314: 1409-1410.
- Ananth M. In defense of the evolutionary concept of health. *Nature, norms and human biology*. Ashgate Publ, London 2008.
- Kowalski M, Gawęł A. *Zdrowie – wartość – edukacja*. Impuls, Kraków 2007.
- Kass L. Regarding the end of medicine and the pursuit of health. *Public Interest* 1975, 40: 11-42.
- Kingma E. What is to be healthy? *Analysis* 2007, 67(294): 128-133.
- Madison G. 'Illness'... and its human values. *J Existential Analysis* 2002, 13(1): 10-30. <http://www.gregmadison.net/documents/IllnessanditsHumanValues.pdf> (10.08.2012).

36. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Filozofia medycyny. Wprowadzenie. PWN, Warszawa 1993.
37. Khushf G. Expanding the horizon of reflection on health and disease. *J Med Philos.* 1995; 20: 461-473.
38. Margolis J. The concept of disease. *J Med Philos* 1976, 1(3): 238-255.
39. Engelhardt HT. Ideology and etiology. *J Med Philos* 1976, 1(3): 256-268.
40. Parsons T. Struktura społeczna a osobowość. PWE, Warszawa 1969.
41. Sokołowska M. Granice medycyny. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
42. Aleksandrowicz J. W poszukiwaniu definicji zdrowia. *Prz Fil* 1972, 9(82): 79-83.
43. Idler EL. Definitions of health and illness and medical sociology. *Soc Sci Med* 1979, 13A: 723-731.
44. Dubos R. Człowiek, środowisko, adaptacja. PZWL, Warszawa 1970.
45. Lancet. What is health? The ability to adapt. *Lancet* 2009, 373(9666): 781.
46. Kellert SR. A sociocultural concept of health and illness. *J Med Philos* 1976, 1(3): 222-228.
47. Dolfman ML. Toward operational definitions of health. *J School Health* 1974, 44(4): 206-209.
48. Piątkowski W. Zdrowie jako zjawisko społeczne. [w:] *Zdrowie i choroba*. Barański J, Pitkowski W (red). Wybrane problemy socjologii medycyny. Atut, Wrocław 2002: 29-38.
49. Sontag S. Choroba jako metafora. AIDS i jego metafora. PIW, Warszawa 1999.
50. Borowiec A, Lignowska, I. Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce? *Kult Spo* 2012, 3: 95-111.
51. Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 1980, 10(3): 365-388.
52. Conrad P. Wellness as virtue: morality and the pursuit of health. *Cult Med Psychiat* 1994, 18(3): 385-401.
53. Piątkowski W. Zdrowie w socjologii. [w:] *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Kulik TB, Wrońska I (red). Fundacja Uniwersytecka, Stalowa Wola 2000: 127-159.
54. Wiścicki T. Jak Polak z Bogiem. *Newsweek* 2004, 51: 90-92.
55. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Prz Epidemiol* 2003, 57: 505-512.
56. Knowles JH. The responsibility of the individual. *Deadalus* 1977, 106(1): 57-80.
57. Lupton D. The imperative of health. Public health and the regulated body. Sage, London 1997.
58. King L. What is disease? *Philos Sci* 1954, 21(3): 193-203.
59. Szajewski J. Szlachetne zdrowie. Porady starego doktora. Rytm, Warszawa 2005.
60. Drozdowski R. Przeporządkowanie społecznych nierówności. [w:] *Porządek społeczny a wyzwania współczesności*. Sakson A (red). UAM, Poznań 2005: 269-290.
61. World Bank. Health expenditure, total (% of GDP). 2013. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> (22.10.2013).