
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 649

SECTIO D

2005

Politechnika Opolska Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii
Katedra Nauk Humanistycznych
Technical University in Opole Physical Education and Physiotherapy Faculty
Chair of Humanistic Sciences

STANISŁAW ZAGÓRNY

Social variables in socio-medical studies

Zmienne społeczne w badaniach socjomedycznych

Sukcesy współczesnej medycyny związane są przede wszystkim z dorobkiem nauk przyrodniczych. Jednak wiedza potrzebna dla zwalczania chorób /profilaktyka, leczenie, rehabilitacja/ powinna opierać się na dorobku wszystkich nauk mogących przyczynić się do skutecznej realizacji tego celu. Otwarcie się medycyny na nauki społeczne, w tym i socjologię daje nowe możliwości rozwojowe.

Celem artykułu jest, bardzo skrótowe przedstawienie głównych elementów składowych społecznej teorii zdrowia i zwrócenie uwagi na rozległy obszar zachowań zdrowotnych, które - z jednej strony zdeterminowane są szeroko pojętymi czynnikami społecznymi, a z drugiej - rodzą również określone konsekwencje społeczne. Jest kwestią zgoła oczywistą, że zarówno przyczyny jak i skutki, jeżeli przełożone zostaną na język społecznych badań empirycznych przyjmują postać zmiennych społecznych. Przy tej okazji warto wspomnieć, że szeroko stosowane również w naukach medycznych zmienne, mimo że „brzmia” jak zmienne społeczne, to często tak naprawdę nie pełnią takiej roli. Wystarczy podać dość prosty przykład często stosowanych tzw. standardowych zmiennych typu: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie. Okazuje się, że w wielu przypadkach traktowane są one jedynie, jako pewne zmienne statystyczne. Natomiast socjologiczna konceptualizacja zmiennych społecznych polega zgoła na czymś innym. Analiza socjologiczna tych samych zmiennych nie zmierza do stwierdzenia prostego faktu tychże zależności, ale do odpowiedzi na zupełnie inne pytania, dlaczego one zachodzą, jakie są ich przyczyny. Dla socjologii, zmienne takie najczęściej stanowią jedynie pośrednie źródło pomiaru określonego zachowania społecznego. Powiedzmy to bardziej wyraźnie. Kategoria płci jest niewątpliwie ważną kategorią statystyczną i biologiczną, tak jak piękno czy brzydota, ale jednocześnie są to ważne kategorie społeczne. Jest tak dlatego, że to właśnie społeczeństwa w zależności od przyjętych i obowiązujących wzorów i norm kulturowych określają społeczne standardy ich funkcjonowania. Społeczeństwo i jego kultura decydują o tym, kogo uznajemy za młodego czy dorosłego, ładnego czy brzydkiego. Jakie konkretne zachowania społeczne związane są z rolą społeczną dziecka, młodzieńca czy człowieka dorosłego. Dopiero dynamiczna analiza tego procesu pozwala nam na zrozumienie przyczyn określonych zachowań społecznych, a takimi są niewątpliwie zachowania zdrowotne. Faktem jest, że w tzw. praktyce lekarskiej ciągle nawiązuje się do tradycyjnego i potocznego rozumienia zdrowia, jako braku choroby. Takie negatywne ujęcie zdrowia obce jest społecznej teorii zdrowia. Trzeba jednak przyznać, że współczesna medycyna coraz częściej widzi w niej element wspomagający walkę z chorobą. Wynika to z przyswojenia sobie i zrozumienia dość oczywistego już dzisiaj faktu, iż lepiej jest zachowywać się racjonalnie niż nieracjonalnie. Przekładając to na język interesujących nas dwóch podstawowych pojęć możemy powiedzieć, że w ostatecznym rachunku i w dłuższej perspektywie czasowej bardziej skuteczne jest zajmowanie się zdrowiem, niż chorobą. To pozornie dziwne stwierdzenie opiera się na dwu podstawowych przesłankach, że wartością pożądaną jest zdrowie, a nie choroba oraz, że choroba jest tylko pewnym epizodem w ciągu ludzkiego życia, a stanem dominującym jest okres zdrowia. Również z psychospołecznego punktu widzenia, bardziej atrakcyjna wydaje

sieć być optymistyczna filozofia zdrowia, niż pesymistyczna filozofia choroby. Ponadto, koncentrowanie uwagi przede wszystkim na chorobie, często usuwa z pola widzenia szerokie tło i różnorakie konsekwencje samej choroby. W rezultacie prowadzi to, nie tyle do walki z chorobą konkretnego człowieka, ile do leczenia określonego przypadku chorobowego. W tej sytuacji, z naszego punktu widzenia, zachowując pewną logiczną konsekwencję, należało by raczej mówić o problemie zdrowotnym, a nie chorobie jako fizykalnym i epizodycznym stanie organizmu. Wpływ tradycji ludzkiego myślenia i zachowania jest jednak ogromny. Zgodnie z nią można przecież powiedzieć, że nikt zdrowy nie chodzi do lekarza, a udaje się po poradę dopiero wtedy, kiedy jest chory. Z drugiej jednak strony nie tylko lekarz, ale i pacjent powinni wiedzieć, że każda choroba ma swoje przyczyny i rodzi określone skutki, a wtedy ważne jest także to, co jest przed chorobą i to co po niej następuje. Istotny jest zatem, cały proces zdrowia, a nie tylko choroby. Przy takim spojrzeniu koncentrujemy naszą uwagę, zarówno w teorii jak i w praktyce, na zdrowiu, jako problemie społecznym, a nie tylko na chorobie i jej ewentualnym leczeniu.

Wiadomo powszechnie, że przedmiotem badań nauk społecznych, mówiąc najogólniej, są ludzie i ludzkie zbiorowości. Jak każdy obiektywnie istniejący przedmiot, tak i ten posiada określone, zauważalne dla obserwatora właściwości, cechy, stany, atrybuty. Przy ich pomocy możemy opisywać stan, strukturę i zachowania badanych obiektów życia społecznego. Zjawiska społeczne, a takimi są niewątpliwie różne stany zdrowia i choroby, możemy zatem charakteryzować przy pomocy zarówno cech absolutnych jak i relatywnych. Cechy pierwszego rodzaju, nie zakładają jakiegokolwiek odniesienia do innych obiektów badawczych czyli tzw. kontekstu społecznego. Do cech tego rodzaju możemy zatem zaliczyć: wiek, płeć, wzrost, wykształcenie, pamięć, miejsce zamieszkania, temperament itp. Zupełnie inny charakter mają cechy relatywne, które informują badacza o relacjach jednostki z szerszym otoczeniem, głównie społecznym /pozycja społeczna, rola społeczna, prestiż/. Z tego względu cechy takie niosą w sobie znacznie więcej informacji, w porównaniu do cech absolutnych, a w konsekwencji szczególne zastosowanie znajdują w badaniach socjomedycznych. Możemy nawet powiedzieć, iż znakomita większość cech interesujących socjologię medycyny czy socjologię zdrowia, to właśnie cechy zdecydowanie relatywne, a jeżeli w grę wchodzi również cechy absolutne, to ujmowane są one najczęściej w aspekcie relatywnym [2]. Wyróżnione cechy mogą być wyrażone w sposób ilościowy /mierzalny/bądź jakościowy/opisowy/. Właściwości pierwszego rodzaju można stosunkowo łatwo zmierzyć w sensie fizycznym i w konsekwencji podać ich dość dokładną wartość wyrażoną w danych liczbowych. Przykładami takich cech mogą być, np.: temperatura ciała, jego waga, wzrost, wiek oraz poziom ciśnienia krwi, cholesterolu, cukru. Cechy jakościowe natomiast, nie dają się dokładnie zmierzyć, a to oznacza, że nie potrafimy podać ich dokładnych wartości liczbowych. Często możemy jedynie stwierdzić prosty fakt istnienia danej właściwości bądź też jej braku. Do cech jakościowych zaliczymy zatem między innymi: płeć, wykształcenie, zawód, aspiracje, styl życia. W tym kontekście warto jednak zwrócić uwagę na dwa dość istotne fakty. Po pierwsze, owa „mierzalność” jest bez wątpienia cechą względną. Ogólnie możemy bowiem powiedzieć, że dokładność, precyzja pomiaru, jako istotny element cywilizacji technicznej jest również historycznie zmienna. Takie, oczywiste dla nas, narzędzia pomiaru, jak termometr, ciśnieniomierz, elektroencefalograf pojawiły się stosunkowo niedawno i na swojej drodze rozwojowej przeszły dość istotne techniczne udoskonalenia. Tak więc, i w naukach społecznych można oczekiwać takiej sytuacji, że w przyszłości również i tutaj będą powstawały nowe narzędzia badawcze, które pozwolą na mierzenie takich właściwości, które do niedawna uznawane były za niemierzalne. Taką cechą może być np. poziom integracji czy iloraz inteligencji. Po drugie, na ogół przyjmuje się bez większych zastrzeżeń, że takie cechy jak wykształcenie czy pochodzenie społeczne należą niewątpliwie do cech ilościowych, czyli mierzalnych. Prawie każdy z nas zetknął się z sytuacją, że kiedy opisujemy stan wykształcenia, jakie posiada dana zbiorowość, to z reguły określamy je przy pomocy pewnych wartości liczbowych, np. 25% posiada wykształcenie wyższe, 40% - średnie, 20% - podstawowe, a 15% - podstawowe i niższe. Stąd powstaje wrażenie, że wykształcenie jest cechą ilościową, i to dość precyzyjnie ujętą w wielkościach względnych. W rzeczywistości jednak owe procentowe operacje matematyczne posłużyły nam jedynie do zliczenia osób posiadających tą cechę, natomiast sama cecha nie przestała być przez to niemierzalna. Łatwo zauważyć, że wszystkie wyróżnione przez badacza cechy opisują badaną rzeczywistość społeczną jedynie „pod jakimś względem”. Mówiąc dokładniej, takie cechy, jak „bogactwo”, „ruchliwość społeczna”, „wykształcenie”, „zdrowotność” czy „zachowania zdrowotne” wskazują badaczowi określone, interesujące go różne strony, aspekty życia społecznego. Takie „ograniczone” ujęcie opiera się

na ogólniejszym przekonaniu, że nie można badać absolutnie wszystkiego, oraz że podobne zdarzenia zachodzą w podobnych okolicznościach. Wynika z tego, że w każdym zdarzeniu, zjawisku czy procesie społecznym możemy zaobserwować kilka takich podstawowych cech, które ściśle związane są z ich funkcjonowaniem. W metodologii badań naukowych cechy takie przyjęto nazywać zmiennymi. Stanowią one podstawowe kategorie pojęciowe we wszelkich badaniach empirycznych i eksperymentalnych. Podstawową umiejętnością badacza w tym względzie jest zatem określenie i nazwanie interesujących go zmiennych, czyli przełożenie badanego zjawiska, faktu, zdarzenia, procesu na język empirycznie obserwowalnych i mierzalnych równoważników. Zmienne, są podstawowymi łącznikami między dość abstrakcyjnymi teoriami i pojęciami, a empiryczną rzeczywistością. Aby zatem możliwe było przejście z poziomu pojęciowego, teoretycznego, na poziom empiryczny, to pojęcia muszą zostać przekształcone w zmienne. W sensie technicznym jest to proces stosunkowo prosty, polegający na tym, że „pojęcia są przekształcane w zmienne poprzez ich zamianę lub przekształcenie w zbiór wartości” [1]. Tak więc, każda zmienna to pewna właściwość empiryczna mająca przynajmniej dwie wartości. Jeżeli zatem interesującej nas właściwości danego przedmiotu, zjawiska czy procesu możemy przypisać różne wartości to możemy ją potraktować jako zmienną.

W metodologii badań naukowych wyróżnia się wiele rodzajów zmiennych, a ich typologie nie zawsze są w pełni rozłączne i wyczerpujące. W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się następujące rodzaje zmiennych: dychotomiczne, wielodzielne, ciągłe, dyskretne, nominalne, ilościowe, porządkujące, interwałowe, ilorazowe, kontrolne, pośredniczące.

Z wiadomych względów w centrum naszej uwagi znajdują się jedynie zmienne zależne i niezależne. Pierwsze z nich, nazywane także zmiennymi kryterialnymi, podlegają wpływowi innych zmiennych, a więc są od nich zależne. Wartości tej zmiennej wynikają bezpośrednio z kształtu zmian wartości innej zmiennej /niezależnej/. W badaniach społecznych zmiennymi zależnymi mogą być: formy aktywności fizycznej, sposoby spędzania czasu wolnego, zachowania antyzdrowotne, stosunek do medycyny oficjalnej /alternatywnej/, aktywność społeczna. Gdy idzie natomiast o zmienne niezależne /predykcyjne/, to służą one do wyjaśniania innych zmiennych. Za ich pomocą badacz wyjaśnia zmiany wartości zmiennej zależnej. Często stosowanymi w badaniach społecznych zmiennymi niezależnymi są: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, wysokość dochodów, zawód, poziom aspiracji życiowych itp. Dla pełnej jasności dodajmy jednak, że rozróżnienie między zmiennymi zależnymi, a zmiennymi niezależnymi ma jedynie charakter analityczny i związane jest z celem prowadzonych badań, bowiem „w świecie rzeczywistym zmienne nie są ani zależne, ani niezależne: to badacz decyduje, jak je interpretować, a decyzja ta wynika z celu badań” [1] Weźmy konkretny przykład zmiennej społecznej-„zachowania antyzdrowotne”. Została ona przez nas wymieniona jako przykład zmiennej zależnej, ale równie dobrze można ją potraktować, jako zmienną niezależną. Zależy to bowiem od pytania, na które chce odpowiedzieć badacz. Jeżeli zatem, chcemy poznać przyczyny określonych zachowań antyzdrowotnych w danej populacji, zrozumieć obiektywne i subiektywne ich uwarunkowania, to wtedy zachowania tego typu potraktujemy jako zmienną zależną. Natomiast, jeżeli interesować nas będzie kwestia, dlaczego zachowania antyzdrowotne określonych grup ludzkich są tak ważne dla ich jakości życia, to wtedy zmienna „zachowania antyzdrowotne” może z powodzeniem wystąpić, jako zmienna niezależna /predykcyjna/.

W społecznej teorii zdrowia szczególną uwagę przywiązuje się do trzech podstawowych rodzajów zmiennych: kulturowych, stratyfikacyjnych i instytucjonalnych. Do zmiennych kulturowych najczęściej zalicza się: wzory kulturowe, normy społeczne, role społeczne, zachowania związane z czasem wolnym, styl życia. Zwracają one naszą uwagę na fakt, jak ogromną rolę w kształtowaniu wszelkich zachowań, a zatem i zachowań związanych ze zdrowiem odgrywa kultura i dokonujący się w niej proces ludzkiej socjalizacji. To od zinternalizowanej przez jednostkę kultury zależy sposób postrzegania choroby i reakcji na nią. Najczęściej w grę wchodzi następujące typy reakcji kulturowych: magiczna, religijna, opiekuńcza, medyczna. Ze społecznego punktu widzenia dobrze jest również, jeżeli choroba postrzegana jest jako stan dewiacyjny [4], z którego należy jak najszybciej wyjść i dołączyć do obowiązującej normy społecznej – zdrowia. Ponieważ rola społeczna chorego wyrasta z określonej kultury grupy i społeczeństwa i dlatego w stronę chorego kierowane mogą być wyraźnie sformułowane i optymistyczne oczekiwania, że chory powinien jak najszybciej wyzdrowieć i podjąć w tej sprawie wszelkie możliwe, głównie profesjonalne działania.

Zmienna stratyfikacyjna, zwraca uwagę badacza na rolę i znaczenie dla naszych zachowań różnych elementów struktury społecznej, poczynając od struktur mikro, a na strukturach makro kończąc.

Jak wykazuje wiele badań [3, 5], usytuowanie społeczne jednostek w strukturze społecznej w istotny sposób determinuje ich zachowania zdrowotne i to w wymiarze dwukierunkowym, jako zmienna zależna i zmienna niezależna. Przynależność jednostki do określonej struktury społecznej/ grupy społecznej, warstwy społecznej, klasy społecznej/, w istotny sposób warunkuje miejsce jednostki w strukturze politycznej, zawodowej, a to z kolei rodzi określone nierówności społeczne. Oczywistym jest tedy fakt, że położenie społeczne jednostki w istotny sposób wpływa na pełnienie roli społecznej chorego, a w tym także i na jej trwanie.

Zmienna instytucjonalna mieści w sobie wszelkie instytucje społeczne, czyli określone sposoby zapewniania zachowań pożądanych i eliminacji zachowań niepożądanych. Tradycyjnymi instytucjami powołanymi dla kształtowania określonych zachowań zdrowotnych byli, jak wiadomo szamani, czarownicy, znachorzy i różnej maści uzdrowiciele. W czasach współczesnych ich miejsce zajęły głównie sformalizowane instytucje oświatowo-edukacyjne oraz cały system opieki zdrowotnej. Od aktywności i efektywności ich działania zależą, z jednej strony - zachowania zdrowotne danego społeczeństwa, a z drugiej – to one właśnie warunkują funkcjonowanie tychże instytucji / szkoły, szpitala, przychodni zdrowia/, jako zmienne niezależne. Wystarczy przecież, aby choroba miała wystarczająco szeroki zasięg /np. epidemia grypy/, a wtedy funkcjonowanie wielu instytucji społecznych, w tym i instytucji świadczących usługi lecznicze, ulega wyraźnemu pogorszeniu.

Z prezentowanego wyżej materiału wynika następująca konkluzja ogólna, że jest już stosowny czas ku temu, aby współczesna wiedza medyczna, bez większych uprzedzeń, zaczęła na szerszą skalę korzystać również z propozycji teoretycznych, wyrastających na gruncie społecznych nauk empirycznych. Tak więc, zmienne społeczne, powinny być w szerszym zakresie, uwzględniane jako rzeczywistość społeczny, a nie tylko statystyczny kontekst i to działający zazwyczaj najczęściej jednokierunkowo, jako przyczyna / zmienna niezależna/. Wydaje się również, że wszystkie zachowania zdrowotne, a nie tylko niektóre z nich jak np. alkoholizm czy narkomania, powinny być postrzegane, jako określone problemy społeczne, które rozwiązane mogą być jedynie z szerokim udziałem różnych podmiotów społecznych, a nie tylko lekarzy. Trzeba zgodzić się również z tezą, że zdrowie, jest pożądaną wartością nie tylko z punktu widzenia medycyny, ale przede wszystkim jest naczelną wartością społeczną, zdeterminowaną różnymi czynnikami /zmiennymi/ społecznymi i jednocześnie określającą wiele innych zachowań społecznych, w tym zarówno medycznych jak i szeroko rozumianych zachowań zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Frankfort-Nachmias Ch., wsp.: Metody badawcze w naukach społecznych, Poznań 2001, s. 70.
2. Nowak S.: Metodologia badań socjologicznych, Warszawa 1970.
3. Ogryzko-Wiewiórkowska M.: Socjologia medycyny. Wybrane zagadnienia, Lublin 1989.
4. Parsons T.: Struktura społeczna a socjologia, Warszawa 1969.
5. Titkow A.: Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby, Warszawa 1983.

STRESZCZENIE

Artykuł ma charakter teoretyczno-metodologiczny i wprowadza nas w problematykę zmiennych, ze szczególnym uwzględnieniem zmiennych społecznych, ich rozumienia, typologii i funkcji. W tym kontekście pokazane są również istotne elementy społecznej teorii zdrowia i propozycja ich wykorzystania przez współczesną teorię i praktykę medyczną, co wynika z przeświadczenia, że zasadniczy cel medycyny i nauk społecznych, w tym głównie socjologii jest ten sam – zdrowie człowieka.

SUMMARY

The presented theoretical – methodological thesis introduces the problem of variables with special regard to social variables, their significance, typology and function. In this aspect, the author also presents substantial elements of the social theory of health and suggestions of their use in modern medical theory and practice, bearing in mind that the general aim of medicine and social sciences, especially sociology, is the same – improving and maintaining human health.