

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/305790120>

Medykalizacja promocji zdrowia

Chapter · January 2005

CITATIONS

2

READS

48

1 author:



[Krzysztof Puchalski](#)

Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź, Poland

65 PUBLICATIONS 132 CITATIONS

SEE PROFILE

Puchalski K. (2005). Medykalizacja promocji zdrowia. W: K. Binkiewicz, A. Siewruk (red.). *Zdrowie i choroba w społeczeństwie. Interdyscyplinarna Konferencja Warsztatów Analiz Socjologicznych*. Warszawa: Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego (s. 21-27).

MEDYKALIZACJA PROMOCJI ZDROWIA

Pojęcie promocji zdrowia rodziło się i nabierało instytucjonalnych form dokładnie w tym samym czasie (połowa lat 70. ubiegłego wieku), kiedy do społecznej świadomości wkraczały idee Ivana Illicha, piszącego o medycznej Nemezis – bogini, która rękoma „naukowej medycyny”, będącej potężną instytucją społeczeństwa nowoczesnego, karała to społeczeństwo za dobrowolną ucieczkę od odpowiedzialności za własne zdrowie, za rezygnację z wysiłków związanych z jego utrzymaniem, za konsumpcjonistyczne poszukiwanie życiowych dróg „na skróty”, całkowicie ponad problemami bólu, cierpienia czy śmierci. Illich (1975) krytykował medycynę za generowanie zjawisk nazwanych jatrogeną kliniczną (skutki błędów popełnianych przez personel medyczny, w tym podejmowania zbędnych, w istocie nieuzasadnionych interwencji), społeczną (skutki ekspansji poglądów i technologii medycznych w coraz szersze, niezwiązane ze zdrowiem i medycyną dziedziny życia) i strukturalną (skutki całkowitego oddania wszelkich spraw zdrowia w kompetencje profesji medycznej przy rezygnacji z jakichkolwiek form społecznej, zewnętrznej kontroli nad medycyną). Jednak odpowiedzialnością za taki stan rzeczy i jego umacnianie obarczał nie tyle samą medycynę, co całe społeczeństwo industrialne. Tego typu złożone procesy, polegające na ekspansji władzy instytucji medycznych i właściwego im sposobu myślenia w niemedyczne

dziedziny życia, przy społecznym przyzwoleniu, a nawet oczekiwaniu tego, nazywane są ogólnie medykacją¹.

Promocja zdrowia – rozumiana zarówno jako idea, ustrukturowana koncepcja, dziedzina wiedzy, badań naukowych i praktyki społecznej, dynamiczne zjawisko o skomplikowanym rodowodzie i złożonym zakresie – trudna jest do jednoznacznego i syntetycznego opisanie (szerzej: Puchalski 2005). Z jednej strony – zdefiniowana jako połączenie edukacji zdrowotnej i środowiskowego wsparcia dla działań i warunków sprzyjających zdrowiu (De Vries 1999) – miała być narzędziem medycyny, pomagającym jej w lepszym opanowaniu zmieniających się problemów i potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a więc także narzędziem dalszej, doskonalszej nawet medykacji. Z drugiej strony – określona za Kartą Ottawską (1986) jako proces umożliwiający ludziom przejmowanie coraz większej kontroli nad własnym zdrowiem – miała być próbą samoobrony tegoż społeczeństwa przed rozwijającym się imperializmem medycznym.

W pierwszym aspekcie – jako narzędzie medycyny – promocja zdrowia miała nie tylko zapobiegać chorobom poprzez zgodne z medycznym myśleniem ingerencje w wartości, postawy, przekonania, działania, styl życia, wzory konsumpcji, politykę, infrastrukturę czy środowisko społeczne, ale także, w zamian za społeczną akceptację tych ingerencji, obiecywała wszechstronny dobrostan – umocnienie zdrowia w sensie daleko wykraczającym poza brak choroby. Podporządkowana takiemu sposobowi myślenia i wdrożona do praktyki społecznej (często przy współpracy medycyny z innymi dyscyplinami naukowymi, organizacjami obywatelskimi oraz podmiotami rynkowymi), promocja zdrowia doczekała się w zachodniej literaturze wielostronnej, często bardzo emocjonalnej krytyki. Obwiniona została przede wszystkim za syndrom

¹ Pojęcie medykacji (czy inne o podobnym znaczeniu, jak np. dominacja profesji medycznej) jest oczywiście wykorzystywane także w pracach innych niż Ivan Illich autorów (np. Skrabanek, Foucault), rozbudowujących krytykę medycyny i społeczeństwa o nowe wątki. Illich jest niewątpliwie najbardziej znanym i wpływowym klasykiem tego nurtu analiz. Odwołania do innych autorów pominięte tu zostają z uwagi na formalne ograniczenia tekstu.

zjawisk nazywanych „healthismem” oraz „lifestylismem” (np. Baric i wsp. 2001). Wynikają one z ekspansywnej instytucjonalizacji takiej ideologii, która zamienia prawo jednostki do zdrowia w obligację do bycia zdrowym. Ideologia ta, poparta różnymi, często ukrytymi formami przymusu społecznego, wymaga od ludzi podporządkowania się zaleceniom i regulacjom formułowanym przez „promotorów zdrowia”. Dotyczą one nie tylko korzystania z coraz większej liczby medycznych usług profilaktycznych (badań, szczepień), realizacji wyłącznie „aprobowanych” zachowań w sferze prywatnego życia (sposobu odżywiania, wypoczynku, praktyk seksualnych), ale także wejścia w rolę konsumenta niezwykle dynamicznego przemysłu zdrowotnego (tzw. zdrowa żywność i jej suplementy, sprzęt sportowy, wydawnictwa o zdrowiu itp.). To także próba przerzucenia znacznej odpowiedzialności za zdrowie z państwa na samych obywateli (nawet z naruszeniem ich prawa do prywatności i swobody wyboru stylu życia), często poprzez kreowanie obsesyjnej wręcz mody na młodość, smukłą sylwetkę, długie życie, aktywność itp. Promocja, poprzez zogniskowanie swojej uwagi na zdrowiu (wszechstronnym dobrostanie), a nie na chorobie, miałaby sprzyjać otwarciu przed medycyną coraz szerszych obszarów codziennego życia jednostek i wspólnoty, które wiążą się z tak pojmowanym zdrowiem.

W drugim aspekcie – jako obrona przed medykacją – promocja zdrowia miała kreować, wspierać i umacniać m.in. prawo jednostki do decydowania o własnym zdrowiu, osobiste zdolności oraz społeczno-środowiskowe możliwości dokonywania wyboru stylu życia, samoorganizację społeczeństwa obywatelskiego wokół potocznie definiowanych potrzeb i problemów zdrowotnych czy zaangażowanie w sprawy zdrowia profesjonalistów z dyscyplin odległych od medycyny na równych z nimi

prawach (szerzej: np. Słońska, 1994). Chociaż pojmowana w taki sposób² stawała się bardzo bliska socjologii (Piątkowski 2002), to jednak w społecznej rzeczywistości naszego kraju ten jej aspekt, z licznych powodów (zob. Słońska 2000), okazuje się słabo zaznaczony. W swoim praktycznym wydaniu, przynajmniej jak dotąd, raczej wspiera ona medykalizację społeczeństwa niż jej przeciwdziała.

Jednym z czynników tego stanu rzeczy są **procesy medykalizacji zachodzące w samej promocji zdrowia**. Następuje zmedykalizowanie tych nurtów omawianej dziedziny, które miały przeciwdziałać medykalizacji społeczeństwa. Jednocześnie medycyna (jako wiedza i instytucja) broni się przed ewentualnymi próbami demedykalizacji promocji zdrowia. Z jednej strony próbuje ją podporządkować interpretacjom zgodnym z własnym aparatem pojęciowym, wartościami i metodami działania, z drugiej – na wszelki wypadek – usiłuje na różne sposoby marginalizować jej znaczenie i rolę w systemie polityki zdrowotnej (ochrony zdrowia).

Medykalizację promocji zdrowia, jaka następuje w Polsce, zaobserwować można zarówno w spotykanych interpretacjach jej koncepcji, jak w praktycznych działaniach podejmowanych pod jej szyldem.

W tym pierwszym obszarze – przyjmując perspektywę analityczną – warto zwrócić uwagę na następujące zjawiska, dające się często zaobserwować w literaturze opisującej tę koncepcję: 1) wywodzenie polimorficznej w swej istocie promocji zdrowia wyłącznie z tradycji dyscyplin i działań medycznych oraz bagatelizowanie jej nowatorskiego charakteru (to tylko nowa nazwa³), 2) zacieranie specyfiki lub odrębności tego pojęcia w stosunku do innych pojęć tradycyjnie związanych z medycyną (np. prewencji, oświaty zdrowotnej,

² Np. zdaniem J. Czabały i H. Sęk (2000) „promocja zdrowia jest ruchem globalnym na rzecz autonomii człowieka, pomagającym mu w rozwoju jego potencjałów i rozszerzającym jego odpowiedzialność za zdrowie własne i cudze”.

³ Np. co drugi lekarz medycyny pracy – a jest to specjalność, która jako jedyna ustawowo ma przypisane rozległe zadania związane z promocją zdrowia – uważa, że promocja zdrowia to jest tylko nowa nazwa dla tradycyjnej oświaty zdrowotnej i profilaktyki (Puchalski 2003).

ochrony zdrowia), posługiwanie się rozmytymi jej określeniami, 3) ograniczanie terenu zainteresowań promocji zdrowia do zjawisk związanych z chorobą – jej przeciwdziałaniem, wczesnym wykrywaniem, czynnikami ryzyka – a więc do obszaru typowych kompetencji medycznych, 4) koncentracja uwagi na zagrożeniach zdrowia, z pominięciem słabo zaznaczonych w medycynie społecznych potencjałów wspierających jego dobry stan, 5) traktowanie medycznej wiedzy o uwarunkowaniach stanu zdrowia (czy raczej o przyczynach chorób) jako podstawy dla planowania i oceniania wszelkich przedsięwzięć dotyczących promocji zdrowia oraz uznawanie tej wiedzy za uniwersalną i nieomylną, 6) myślenie w paradygmacie zmiany zachowań jednostek (pacjentów, klientów) – dokonywanej w oparciu o filozofię walki (np. ze stresem, paleniem tytoniu, nadwagą) i oddziaływania o charakterze technologicznym, 7) operowanie strywializowaną koncepcją stylu życia jako terenu oddziaływań promocji zdrowia, ograniczającą jego zakres do kilku zachowań (m.in. odżywiania, aktywności fizycznej i rekreacji, konsumpcji używek) – a nie działań w psychologicznym czy socjologicznym znaczeniu, 8) posługiwanie się redukcjonistyczną koncepcją człowieka – jako działającego głównie w oparciu o racjonalną wiedzę medyczną i behawiorystycznie pojmowane bodźce, 9) ograniczanie myślenia o środowiskowych uwarunkowaniach stanu zdrowia do materialnych (biologicznych, chemicznych, fizycznych) aspektów środowiska, a zwłaszcza pomijanie kontekstu społecznych uwarunkowań zdrowia i działań związanych ze zdrowiem, 10) traktowanie zdrowia jako bezwzględnie najwyższej wartości społecznej, uzasadniającej wszelkie oczekiwania kierowane pod adresem jednostek czy instytucji oraz uprawomocniającej podejmowanie wszelkich interwencji⁴, 11) uznawanie

⁴ Znamienne, choć już w obszarze praktyki a nie treści zawieranych w koncepcji, może tu być np. nazwa jednej z fundacji – „Wszystko dla zdrowia”. Podczas gdy w priorytetach politycznych można wyobrazić sobie uczynienie ze zdrowia naczelnej wartości, to trudno byłoby oczekiwać od ludzi, że podporządkują zdrowiu wszystkie swoje działania, że będą żyć „dla zdrowia”.

promocji zdrowia (w sensie normatywu a nie opisu istniejącego stanu rzeczy) za dziedzinę z grupy nauk medycznych⁵.

Procesy medykalizacji promocji zdrowia następują również w obszarze praktyki społecznej, jaka realizowana jest pod szyldem tej koncepcji. Polegają one generalnie na wdrażaniu działań kierowanych scharakteryzowanym wyżej sposobem myślenia, ale warto tu odnotować i zilustrować trzy charakterystyczne zjawiska, ukazujące omawiane procesy.

Po pierwsze, działania nazywane promocją zdrowia podejmowane są głównie w instytucjach medycznych i, co za tym idzie, mają typowo medyczny charakter. Dotyczy to zarówno nauczania promocji zdrowia na poziomie szkolnictwa wyższego, prowadzenia projektów badawczych i wdrożeniowych z tego zakresu, organizowania konferencji naukowych, jak świadczenia usług nazywanych w ten właśnie sposób. Warto przy tym zauważyć, że usługi te ograniczają się zazwyczaj do standardowych świadczeń profilaktyki medycznej (badań, szczepień, udzielania porad, stosowania prostych form terapii, ordynowania leków)⁶, co dodatkowo wzmacnia krytykowane przez Illicha zjawiska biernego stosunku społeczeństwa do zdrowia i wyzbywania się odpowiedzialności za nie. Podobnie tworzone i upowszechniane w tych instytucjach tzw. programy promocji zdrowia sprowadzają się najczęściej do określenia założeń oraz treści i ewentualnie metod przekazu edukacyjnego (adresowanego do danej kategorii osób), które traktowane są jako uniwersalne w każdych warunkach społecznych i pomijają problem kreowania tychże warunków.

Po drugie, powyższy stan ma swoje umocowanie prawne. Jeżeli pojęcie promocji zdrowia występuje w dokumentach prawnych, to głównie w tych, których zapisy odnoszą się do działań sektora ochrony zdrowia, zdominowanego

⁵ Nie jest w tym miejscu możliwe szersze omówienie wskazanych aspektów medykalizacji samej koncepcji promocji zdrowia.

⁶ Pojęcie promocji nabiera tu wyraźnie marketingowego znaczenia, bo *de facto* dotyczy nie tyle zdrowia, co wybranych usług lub produktów.

przez medycynę⁷. Tak np. promocja zdrowia stała się, obok udzielania świadczeń zdrowotnych, jednym z dwóch głównych obszarów działania zakładów opieki zdrowotnej, zapisanych w *Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z dn. 30 sierpnia 1991 r.* Z kolei wpisanie jej w system świadczeń oferowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego sprowadziło ją do typowych procedur postępowania medycznego (zob. Miller, Cianciara 2003), niekiedy tylko rozszerzonych zgodnie z kierowanym do dawnych kas chorych zaleceniem „propagowania zachowań prozdrowotnych i zachęcania do indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie” (Słońska 2000). Socjologów nie trzeba chyba przekonywać, jak „wielką” moc sprawczą w stosunku do mentalności społecznej, stylu życia czy struktur społecznych mają działania polegające na „propagowaniu i przekonywaniu”.

Po trzecie, promocja zdrowia nie tylko rozpowszechniona ale i zalegalizowana w systemie opieki medycznej, dodatkowo jeszcze poddana została formalnej kontroli ze strony medycyny, sprawowanej w bezpośredni sposób. Przykładem tego jest *rozporządzenie MZ z dn. 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia*. Zgodnie z nim tytuł „specjalisty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej” dostępny stał się nie tylko dla medyków, ale także dla niektórych zawodów niemedycznych (m.in. socjologów, pedagogów, psychologów), co mogłoby sugerować, że medycyna otwiera się w ten sposób na bardziej „społecznicze” interpretacje promocji zdrowia. Jednakże zatwierdzone programy takiej specjalizacji nie tylko że zawierają wybitnie zmedykalizowane treści, ale zasadniczo redukują wszelkie zagadnienia związane z tą drugą interpretacją. Ponadto kierownikiem takiej specjalizacji może być wyłącznie lekarz z dowolną specjalizacją medyczną drugiego stopnia, a wszelkie

⁷ Przepisy dotyczące innych sektorów operują nieco odmiennymi pojęciami (np. działalność oświatowo-wychowawcza, promocja zdrowego stylu życia) lub – jak np. ustawy samorządowe – używając terminu promocja zdrowia (równoległe z pojęciem ochrony zdrowia) odsyłają w szczególności do przepisów dotyczących sektora medycznego.

procedury organizacyjne i kontrolne związane z postępowaniem specjalizacyjnym nadzorują instytucje medyczne.

Powyższe zjawiska mają oczywiście swoje konsekwencje nie tylko w obszarze samej promocji zdrowia. Prowadzą do medykalizacji społeczeństwa poprzez przywołane trzy typy jatrogeny. O jatrogenie klinicznej można mówić m.in. wtedy, gdy np. powszechnie znana fundacja z promocją zdrowia w nazwie nakłania ogół społeczeństwa do stosowania jednego typu diety, bez względu na zróżnicowanie stanu zdrowia czy sytuacji społecznej poszczególnych osób i niepewność podstaw naukowych, na których oparte jest tego typu zalecenie⁸. Podobnie o jatrogennych konsekwencjach mówić można wtedy, kiedy nakłaniani jesteśmy do wykonywania określonych badań profilaktycznych, podczas gdy usługi te mają wątpliwą jakość (np. osoby z symptomami choroby nie zostają o tym poinformowane) a osoby u których prawidłowo zdiagnozowano niepokojące symptomy choroby mają niezwykle utrudniony dostęp do adekwatnych procedur terapeutycznych. Z kolei jatrogena społeczna przejawia się m.in. tym, że lawinowo wzrasta zarówno liczba serwowanych nam różnego typu „prawd”, jak usług dotyczących „zdrowego” życia, a wśród nich znajduje się również cały szereg takich o wątpliwej jakości. Można rzec, że na szczęście socjotechniczna skuteczność zmedykalizowanej promocji zdrowia wydaje się niewielka, co osłabia siłę oddziaływania tej oferty o wątpliwej jakości. Ale jej mariaż z przemysłem i mediami oddziałuje niewątpliwie w drugą stronę. Pojęcie jatrogeny strukturalnej natomiast zwraca uwagę m.in. na fakt, że rozwój zmedykalizowanej promocji zdrowia zamiast kreować podmiotowe postawy społeczeństwa, rozwijać różne formy kooperacji i zwiększać możliwości działania, faktycznie zrzuca na jednostki odpowiedzialność za własne zdrowie

⁸ Obszar skrzyżowania promocji zdrowia i zagadnień sposobu odżywiania, przy uwzględnieniu problematyki rynkowych interesów producentów żywności, jej przetwórców, dystrybutorów oraz rynku reklamy i mediów, jest niewątpliwie jednym z najbardziej skomplikowanych, także pod względem etycznym, praktycznych problemów socjologii o promocji zdrowia, wymagającym odrębnego omówienia.

(„twoje zdrowie w twoich rękach”), wzmacniając jednocześnie „wyuczoną bezradność” wobec zdrowia i uległość wobec wspieranej przez przemysł i media medycyny. Stąd postulat większego zaangażowania dyscyplin społecznych (analitycznych i stosowanych) we współpracę (a nie konfrontację) z medycyną w obszarze promocji zdrowia, by nadać jej autonomizujący społeczeństwo, a nie jatrogenny kierunek rozwoju. Tu jednak pojawiają się kolejne wątpliwości, na ile w praktyce realną jest owa wizja upodmiotowionego i aktywnego wobec zdrowia społeczeństwa (Ostrowska 1999).

Literatura:

Barić L., Baric L.F., Osińska H., Ewaluacja, jakość, audyt. PTOZ, Warszawa 2001

Czabała J., Sęk H., Pomoc psychologiczna. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3, red. J. Strelau, GWP, Gdańsk 2000

De Vries H., Promocja zdrowia w chwili obecnej i zasady jej planowania. W: Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia, red. M. Miller i D. Cianciara, PZH, Warszawa 1999

Illich I., Medical Nemesis – The Expropriation of Health, Calder and Boyars, London 1975

Miller M., Cianciara D., Promocja zdrowia w polityce zdrowotnej państwa. W: Partnerstwo i odpowiedzialność w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia. Materiały z Międzynarodowej Konferencji w Ożarowie w dn. 2-5 listopada 2002 r., PTOZ, Warszawa 2003

Ostrowska A., Styl życia a zdrowie, IFiS PAN, Warszawa 1999

Piątkowski W., Promocja zdrowia. Wybrane aspekty socjologiczne. W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, red. J. Barański i W. Piątkowski, ATUT, Wrocław 2002

Puchalski K., Korzyści oraz przeszkody związane z promocją zdrowia w świadomości lekarzy medycyny pracy w Polsce, *Medycyna Pracy* 2003; 54 (3)

Puchalski K., Promocja zdrowia w poszukiwaniu tożsamości. W: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski i W.A. Brodniak, Wyd. Wyższej Szkoły Społeczno-Gospodarczej, Tyczyn 2005 (w druku)

Słońska Z., Promocja zdrowia – zarys problematyki, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1994, 1-2

Słońska Z., Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a Rzeczywistość, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 2000, 19