

O definicjach zdrowia i choroby

On the definitions of health and disease

JAN DOMARADZKI

Pracownia Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Streszczenie

Zdrowie i choroba odgrywają ważną rolę w historii medycyny. Oba pojęcia są również istotne dla organizacji i funkcjonowania medycyny i społeczeństwa. Niemniej jednak, choć próby definiowania obu pojęć podejmowali lekarze, filozofowie, socjologowie czy psychologowie to do dziś nie zakończyły się one sukcesem. Pytaniem fundamentalnym jest więc kwestia, czy panujący pluralizm znaczeniowy czyni możliwym odpowiedź na pytanie o to, czym zdrowie i choroba są. Celem tekstu jest analiza istniejących typologii definicji zdrowia i choroby oraz dostarczenie argumentacji na rzecz tezy, że wbrew twierdzeniom, iż dyskusja nad oboma pojęciami ma charakter czysto akademicki, to koncepcje zdrowia i choroby są kluczowe dla praktyki klinicznej, organizacji medycyny i społeczeństwa.

Słowa kluczowe: choroba, definicje zdrowia i choroby, socjologia zdrowia i choroby, zdrowie

Abstract

Health and disease play an important role in the history of medicine. Both terms are also crucial for the organization and functioning of medicine and a society at large. Nevertheless, although attempts to define health and disease have been made by physicians, philosophers, sociologists and psychologists, they have failed to succeed. Thus, the question arises whether semantic pluralism makes it possible to answer the question what health and disease are. The article aims at analysing the existing typologies of definitions of both the issues and supporting

Adres do korespondencji: dr n. hum. Jan Domaradzki, Pracownia Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań, e-mail: jandomar@ump.edu.pl

the argument that while many claim that the ongoing discussion on the meaning of both terms is purely academic, the concepts of health and disease are crucial for clinical practice and the organization of medicine and a society as a whole.

Key words: disease, definitions of health and disease, health, sociology of health

Wprowadzenie

Jedną z najbardziej interesujących dla socjologa kwestii związanych z badaniem zdrowia i choroby są same ich definicje. Bo choć zdroworozsądkowo każdy „wie”, czym zdrowie i choroba są, to wszelka refleksja nad tymi pojęciami ujawnia ich złożoność. Zwłaszcza termin zdrowie kryje w sobie coś tajemniczego, co ukazują próby jego pozytywnego definiowania, które spotykają się z niezrozumieniem. Dla wielu istotniejszym jest bowiem pojęcie choroba. Stąd celem tekstu jest analiza istniejących typologii definicji zdrowia i choroby oraz dostarczenie argumentacji na rzecz tezy, że wbrew twierdzeniom, iż dyskusja nad oboma pojęciami ma charakter czysto akademicki, to koncepcje zdrowia i choroby są kluczowe dla praktyki klinicznej, organizacji medycyny i społeczeństwa.

Ocenia się, że istnieje około 120 definicji zdrowia [1]. Problemem jest jednak to, że bazują one na różnych, często odmiennych płaszczyznach (biologicznej, psychicznej czy społecznej). Problemem jest i to, że wbrew twierdzeniom o neutralnym charakterze obu pojęć [2, 3] wpływ na ich rozumienie mają nie tylko osiągnięcia naukowe, ale również czynniki społeczno-kulturowe, w tym aksjologie i ideologie oraz systemy społeczno-polityczno-ekonomiczne, które kształtują to, czy zdrowie jest rozumiane jako: „brak choroby”, „norma gatunkowa”, „funkcjonowanie organizmu”, „zdolność

adaptacyjna” czy „dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny” [4]. Znaczenia terminów „zdrowie” i „choroba” zależą bowiem od celów, okoliczności i intencji, które przyświecają ich twórcom. A ponieważ mogą one być różne, stąd definicje zdrowia i choroby mają zastosowanie tylko w ograniczonym zakresie [5]. Stąd, choć próby definiowania zdrowia i choroby podejmowali lekarze, filozofowie, socjologowie i psychologowie to do dziś nie zakończyły się one sukcesem.

Dzieje się tak, gdyż definicje i modele zdrowia i choroby zawdzięczają swą funkcję wyjaśniającą obecnym w nich założeniom teoretycznym, które są z kolei uwarunkowane dostępnymi w danym czasie metodami i technikami badawczymi. Sam wybór zasad klasyfikacji chorób zależy bowiem od wiedzy i doświadczenia osoby dokonującej klasyfikacji [6], ale także od wartości i przekonań kulturowych dotyczących stanów pożądaných i niepożądanych. Z tego powodu, klasyfikacje chorób z XIX wieku bazowały na uszkodzeniach i zmianach anatomicznych, a już kilkadziesiąt lat później ustąpiły miejsca kryterium przemian fizjologicznych, a następnie czynnikowi zakaźnemu, co stanowiło efekt odkryć mikrobiologii. Pod koniec XX wieku wzrosła rola czynnika immunologicznego, a obecnie coraz więcej chorób jest formułowanych w kategoriach genetycznych [7-9]. I choć klasyfikacja chorób uwzględnia rzeczywisty, naturalny stan rzeczy, to sama budowa klasyfikacji zależy od przyjętych kryteriów. Wybór ten odzwierciedla zaś wartości i normy kulturowe oraz praktyczne interesy medycyny i stan posiadanej wiedzy. Poza tym, definicje zdrowia i choroby mają charakter pragmatyczny: ich stosowalność zależy od ich użyteczności [3, 10, 11]. Jak zauważa Bjørn Hofmann [12]: „Czynienie dobra jest bardziej istotne od znalezienia prawdy”. Jednocześnie cele medycyny zdają się być pochodną społecznego rozumienia obu pojęć.

Funkcjonujące w praktyce społecznej idee na temat zdrowia i choroby są wszak testowane i selekcyjonowane pod względem ich użyteczności praktycznej, a podstawową obu pojęć jest wyznaczanie granic pola ich zainteresowań [13]. Innymi słowy, wybór teorii wpływa na nasz sposób postrzegania choroby, a to, co postrzegamy jako chorobę wpływa na naszą teorię choroby [14].

Definicje, modele i wskaźniki zdrowia i choroby odzwierciedlają zatem istniejące w społeczeństwie (i nauce) style myślenia. I choć zawody medyczne odgrywają rolę znaczącą w procesie kształtowania społecznego obrazu zdrowia i choroby, to równie istotną jest rola opinii publicznej, która współdeterminuje, czy dane zjawisko zostanie uznane za chorobę. Już Ludwik Fleck [15] i Fritjof Capra [16] podkreślali zresztą, że paradygmaty naukowe rozciągają się poza świat akademicki i obejmują również „style myślenia” rozumiane jako ogólne wizje rzeczywistości i światopoglądy społeczności. W takim rozumieniu paradygmat naukowy Kuhna jest tylko elementem paradygmatu społecznego, gdyż teoria naukowa jest uwarunkowana kontekstem społecznym, w którym prowadzi się badania naukowe. Doniosłość stylu myślowego (paradygmatu społecznego) zbiorowości wyraża się zaś w tym, że wyznacza on możliwości poznawcze nauki. Stąd wbrew postrzeganiu medycyny jako nauki wolnej aksjologicznie zasadnym jest akcentowanie, że postawy i „wierzenia” lekarzy na temat zdrowia i choroby są formowane na długo przed rozpoczęciem edukacji zawodowej, która tylko wzmacnia wpojone w procesie socjalizacji wyobrażenia na temat zdrowia i choroby. Pozornie neutralny język medycyny sprawia jednak, że definicje zdrowia i choroby jawią się jako absolutne, obiektywne i powszechnie stosowalne. Na problem ten zwracał uwagę George Engel [17], gdy pisał, że dominujący model biomedyczny jest swoistym „kulturowym imperatywem” i jako samo-przez-się-zrozumiała oczywistość zyskuje status

dogmatu, który prowadzi do konceptualizacji większości zjawisk związanych ze zdrowiem i chorobą w terminach patologii organicznej. Potwierdzeniem tego, że pomimo głoszonych w medycynie idei holistycznych, model biomedyczny jest dominującym paradygmatem, jest tendencja we współczesnej psychiatrii do definiowania z natury subiektywnego poczucie dyskomfortu (ang. *illness*) poprzez mające odniesienie do świata biologii pojęcie choroby (ang. *disease*) [17, 134]. Niemniej jednak, przyjmując inny niż redukcjonistyczny i materialistyczny paradygmat kartezjański styl myślenia zdrowie i choroba mogłoby być zdefiniowane inaczej.

O ile więc definicje zdrowia i choroby mają względnie sprecyzowany zakres znaczeniowy, o tyle należy podkreślić, że są one silnie zabarwione kulturowo [18]. Są bowiem wynikiem obowiązującej w danym społeczeństwie historycznym myśli filozoficznej na temat istoty człowieczeństwa, szczęścia i wartości zdrowia, ciała i życia w ogóle oraz relacji człowieka z otaczającą go rzeczywistością. To zaś jest uwarunkowane poziomem wiedzy medycznej, warunkami bytowymi, stopniem trudności zaspokojenia podstawowych potrzeb, losów historycznych, mentalnością danej zbiorowości, jej wierzeniami, obyczajami i umiejętnościami. Pojęcia i kryteria zdrowia i choroby zmieniają się wraz z sytuacją społeczną, polityczną i ekonomiczną, warunkami środowiskowymi, a także normami i zwyczajami danej zbiorowości. Są, jak zauważa Anna Firkowska-Mankiewicz [19], funkcją określonych realiów bytowania człowieka oraz sposobów ich postrzegania i kształtują się odmiennie w zależności od uwarunkowań historyczno-czasowych i przestrzenno-strukturalnych. W zależności od obszaru terytorialnego, kręgu kulturowego i grupy społecznej w tym samym okresie historycznym mogą więc występować skrajnie różne koncepcje na temat zdrowia i choroby. Stąd zasadnym jest twierdzenie, że

definicje, klasyfikacje i opis tych fenomenów muszą uwzględniać zmieniające się spektrum choroby w określonym czasie i warunkach społecznych. Z tego samego powodu, twierdzi Monroe Lerner [20], nie jest możliwym znalezienie uniwersalnego wskaźnika zdrowia. O ile bowiem, kiedyś była nim umieralność, to wraz z poprawą warunków życia oraz postępem medycyny stała się nim raczej zachorowalność, która następnie ustąpiła miejsca chorobom przewlekłym i „jakości życia”. Ze względu na to, iż możliwym jest dziś normalne i pełnosprawne funkcjonowanie z większością chorób tego typu i w wielu wypadkach nie prowadzą one do śmierci poszukuje się nowych wskaźników zdrowia. Pokazuje to, że zarówno umieralność, zachorowalność, jak i poziom upośledzenia i niepełnej sprawności wyrażają nie tylko poziom funkcjonalności jednostki i jej zdrowia, ale także obowiązujące w społeczeństwie normy społeczne oraz standardy moralne i etyczne. Pomimo tych uwag profesje medyczne często nie doceniają historycznej i geograficznej zmienności obrazu zdrowia i choroby. Tymczasem, oba pojęcia wyznaczają ludzkie dążenia, aspiracje i pragnienia. Z drugiej strony definicje zdrowia i choroby odzwierciedlają wartości, normy i dążenia, jakimi w danym czasie kierują się zbiorowości. Magdalena Sokołowska [21], prekursorka socjologicznej refleksji nad zdrowiem i chorobą w Polsce, pisała o tym następująco:

... nie jest możliwe określenie zdrowia jako pojęcia abstrakcyjnego, oderwanego od konkretnych warunków. Kryteria zdrowia są historyczne, zmieniają się wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, z normami i zwyczajami określonych zbiorowości społecznych. Są też zależne od dążeń i wartości, jakie kierują życiem ludzi. (...) ocena zdrowia i choroby zmienia się w zależności od jednostki, gdyż jest uwarunkowana bardzo indywidualnymi potrzebami subiektywnymi i reakcjami. Słowa

„zdrowie” i „choroba” nie mogą być więc precyzowane w sposób uniwersalny czy statyczny. Mają one sens tylko wtedy, gdy dotyczą określonej osoby, przebywającej w określonym środowisku fizycznym i społecznym (...) zdrowie przestaje być jakimś monolitem, jakąś uniwersalną normą dla wszystkich ludzi. Zależy od płci, wieku, rodzaju pracy zawodowej, sytuacji rodzinnej – słowem jest to – „zróżnicowanie zdrowotne”, pojęcie względne, mające różne znaczenie dla różnych ludzi.

Należy także podkreślić, że choć koncepcje zdrowia i choroby oraz terapii i leczenia zmieniały się wielokrotnie [22, 23], to przyrost wiedzy medycznej nie odgrywały w tym procesie roli najważniejszej. Wystarczy odnotować, że zdrowie znalazło się w centrum zainteresowań medycyny nie na skutek działań lekarzy, którzy są bardziej zorientowani na chorobę, lecz licznych ruchów reformatorskich, humanitarnych i filantropijnych [24].

Definicje biologiczne, funkcjonalne i biologiczno-funkcjonalne

W zależności od tego, który z komponentów zdrowia i choroby wybija się na pierwszy plan wyróżnić można definicje biologiczne, funkcjonalne i biologiczno-funkcjonalne [1, 25, 26]. Do pierwszych należą te, które traktują oba fenomeny jako pewne stany somatyczne, które są doświadczone zmysłowo i mogą być empirycznie mierzalne za pomocą obiektywnych parametrów medycznych. Zdrowie jest tu więc stanem biologiczno-fizjologicznym organizmu, a choroba ma zazwyczaj jedną przyczynę (gen, bakteria, wirus, pasożyt). Definicje te są stosowane głównie w medycynie, epidemiologii i etiologii. Przykładem może być definicja Galena (stan idealnej równowagi i harmonii organizmu oraz brak bólu) czy Brzezińskiego i Korczaka (prawidłowy lub normalny stan organizmu). Cechą wyróżniającą, a zarazem

stanowiącą podstawę krytyki tego ujęcia, jest redukcjonizm i brak odniesienia do pozabiologicznej sfery funkcjonowania człowieka.

Definicje funkcjonalne są typowe dla socjologów i psychiatrów, którzy ujmują zdrowie jako warunek *sine qua non* sprawnego i efektywnego uczestnictwa jednostki w życiu społecznym oraz jej zdolności do wykonywania cenionych zadań, zaś chorobę definiują jako „szkodliwą dysfunkcję” (ang. *harmful dysfunction*) [27, 28]. Najbardziej znaną definicją tego typu jest koncepcja Talcotta Parsonsa [29], dla którego zdrowie oznacza zdolność jednostki do pełnienia przypisanych ról społecznych i odgrywania wynikających zeń zadań. Chorobą określił zaś stan, który utrudnia lub uniemożliwia jednostkom funkcjonowanie w społeczeństwie. Ujęcie to przełamało biomedyczny paradygmat rozumienia zdrowia i choroby i zapoczątkowało model socjomedyczny, który zakłada, że problem zdrowotny nie istnieje dopóki jednostka wypełnia swoje role społeczne [1]. O doniosłości tego modelu świadczy jego aprobata na światowej konferencji poświęconej promocji zdrowia w Alma Acie w roku 1978, gdzie uznano zdrowie za: „zdolność do produktywnego, sensownego i twórczego życia w sferze społecznej i ekonomicznej” [25, 26] oraz nadano mu rangę jednego z podstawowych praw ludzkich. Mankamentem takiego rozumienia jest jednak jego normatywny charakter, gdzie już samo ujęcie Parsonsa jest uwarunkowane systemem wartości społeczeństwa amerykańskiego, gdzie funkcjonalna zdolność jednostki do produktywnego udziału w gospodarce kapitalistycznej determinuje takie rozumienie obu pojęć [30]. Podkreśla się również, że nadmierna koncentracja na czynnikach społeczno-kulturowych może prowadzić do relatywizacji obu pojęć i ich postrzegania jako swoistych konstruktów kulturowych oraz pomijania ich uniwersalnych aspektów [26]. Powiązanie zdrowia z oczekiwaniami

socjalizacyjnymi stanowi także potencjalne źródło kontroli społecznej jednostek odchylających się od standardów kulturowych.

Trzecim typem są nawiązujące do tradycji hipokratejskiej definicje biologiczno-funkcjonalne, które dążą do przewyciężenia ograniczeń wcześniejszych ujęć poprzez ich syntezę. Przykładem jest przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia tzw. holistyczna i pozytywna definicja zdrowia, która ujmuje je jako: „kompletny, fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub kalectwa” [31]. Nie redukując zdrowia do obserwowalnych objawów fizycznych (model biomedyczny) lub funkcjonalnej działalności człowieka (model socjomedyczny) definicja ta wzbogaca oba bieguny o wymiar doświadczeń psychicznych. Model ten definiuje więc zdrowie jako funkcjonalną zdolność jednostki, która umożliwia realizację jej zadań i obowiązków oraz jako pewną własność czy cechę życia, która gwarantuje człowiekowi szczęśliwe, efektywne i kreatywne życie [32]. Stąd pojęcie zdrowia zastępuje się tu czasem terminem dobrostan (ang. *wellness*), które ma łączyć zdolność jednostki do funkcjonowania w środowisku i umiejętność adaptacji do stresorów środowiskowych. Ważnym jest również zaakcentowanie subiektywnych znaczeń nadawanych zdrowiu i zakwestionowanie monopolu medycyny na jego interpretację. Mankamentem tego ujęcia jest jednak jego nadmiernie teoretyczny i ogólnikowy charakter, co uniemożliwia wypracowanie odpowiedniej metodologii służącej pomiarowi zdrowia, a przez to utrudnia zastosowanie tej definicji w praktyce klinicznej [26].

Definicje obiektywizujące i subiektywizujące

Dokonując przeglądu literatury obok wskazanego podziału można odnaleźć kilka dodatkowych typologii. Do najważniejszych zaliczyć można definicje: obiektywizujące i subiektywizujące, realistyczne i nominalistyczne, naturalistyczne i normatywne, pozytywne i negatywne oraz atrybutywne i relacyjne [12, 33-35]. Wszystkim tym podziałom odpowiadają przy tym pewne ogólne pytania natury filozoficznej, na które definicje te próbują odpowiedzieć. Główne pytania tego typu można sformułować następująco: Co konstytuuje zdrowie i chorobę?, Czy choroba jest rzeczą? Czy pojęcia zdrowie i choroba mają charakter opisowy czy normatywny? Czy są doświadczeniem subiektywnym czy obiektywnym? Czy przynależą do sfery odczuć czy mierzalnych symptomów? Czy powinny być definiowane przez pacjenta czy lekarza?

Definicje obiektywizujące zakładają, że choroby są niezależnymi od ludzkich sądów bytami, jak kamień czy drzewo, i jako obiekty świata natury czekają na swe odkrycie. W przeciwieństwie do konstruktywistów obiektywiści twierdzą, że chorób się nie „wymyśla” czy „konstruuje”, lecz odkrywa jako naturalne i realnie istniejące byty [12]. Z kolei definicje subiektywizujące, czerpiąc z orientacji fenomenologicznej koncentrują się nie na „zobiektywizowanych” wyznacznikach zdrowia i choroby lecz subiektywnej rzeczywistości społecznej konstytuowanej przez osobiste doświadczenia jednostki. W tym ujęciu zdrowie to odczuwany stan organizmu i psychiki oraz wynikający zeń stopień zadowolenia. Pewnym konsensusem między obiema stanowiskami jest twierdzenie, że choroba jest stanem obiektywnym, a zdrowie subiektywnym [36]. Problemem tych definicji jest jednak to, że jednostka regularnie poddająca się badaniom kontrolnym, która czuje się dobrze może się

okazać śmiertelnie chora. Z drugiej strony równie częstymi są przypadki, gdy u jednostki, która czuje się źle, mimo licznych badań nie stwierdza się żadnej patologii.

Definicje realistyczne i nominalistyczne

Jak definicje obiektywizujące ujęcie realistyczne traktuje choroby jako byty ontologiczne, które występują w naturze i nie są redukowalne do symptomów. Operują one takimi kategoriami, jak: „esencja”, „natura”, „obiektywny” i „realny”, co umożliwia grupowanie i klasyfikacje chorób na podstawie pewnej wspólnej cechy [12]: uszkodzonej struktury anatomicznej, bólu czy niepełnosprawności. Nominaliści z kolei podkreślają, że choroba nie jest realnie istniejącym bytem lecz „stosunkiem relacji” (ang. *pattern of relationships*) [37], co znaczy, że nie istnieje niezależnie od wiedzy i wartości poznającego podmiotu. Stąd, twierdzą, oba pojęcia mają charakter aksjologiczny a nie opisowy [38], a jedyną cechą wspólną chorób jest to, że zostały w ten sposób nazwane i sklasyfikowane [6, 12]. „Natura” chorób ma w tym ujęciu charakter społeczny a nie biologiczny: nie istnieją choroby, a jedynie ich nazwy, lub jak twierdził Rousseau: „Nie istnieją choroby tylko chorzy ludzie” [6, 12].

Definicje naturalistyczne i normatywne

Definicje naturalistyczne ujmują zdrowie i chorobę w kategoriach naturalnych procesów biologicznych zachodzących w organizmie. Choroby są tu traktowane jako byty naturalne, które istnieją niezależnie od kontekstu społeczno-kulturowego i doświadczającego ich podmiotu [2, 3, 10, 39]. Zwolennicy tego ujęcia podkreślają, że oba pojęcia mają charakter czysto opisowy i że da się oddzielić fakty od wartości, zjawiska i sądy o nich. Negują

tym samym relacyjny stosunek między badaczem i obiektem poznania. Definicje normatywne podkreślają zaś, że nieodłącznym elementem obu pojęć są zawarte w nich sądy wartościujące. Zdaniem Lestera Kinga [37, 40] samo mówienie o nich zakłada bowiem implicite pewne wartości: że zdrowie jest czymś dobrym i pożądanym, a choroba czymś złym, nieprzyjemnym, pełnym bólu, a w ostateczności i śmierci. Stąd definiuje on chorobę jako: „zespół takich stanów, które w ocenie dominującej kultury są uważane za bolesne lub dokuczliwe i które jednocześnie odbiegają albo od statystycznej normy lub pewnego stanu idealnego” [37]. Zdrowie zaś to dla niego: „stan dobrostanu będącego w zgodzie z ideałem dominującej kultury lub statystyczna normą”. Również Joseph Margolis [14, 41] uważa, że decydującym czynnikiem w definiowaniu obu pojęć jest przypisanie przez ludzi szczególnego znaczenia unikaniu śmierci, przedłużaniu życia, ograniczeniu bólu, gratyfikacji pragnień, szczęściu i bezpieczeństwu oraz estetyce i celowości. Greg Madison [40] twierdzi wręcz, że choroba jest interpretacją, która oparta jest na praktycznych rozważaniach o przetrwaniu, a samo uznanie danego zjawiska za chorobę oznacza jego potępienie [14, 38]. I właśnie z tego powodu, zdaniem normatywistów, niemożliwym jest mówienie o zdrowiu i chorobie w terminach neutralnych. Zdrowie i choroba mają bowiem charakter konwencjonalny i kontekstualny. W typowych dla nich pojęciach „normy” i „funkcji” jest wszak wpisana zbiorowa aksjologia i praktyczna intencja [4, 12, 35, 41]. Peter Sedgwick [42] pisze o tym następująco:

Poza znaczeniem, jakie ludzie świadomie przypisują pewnym stanom nie ma schorzeń [illness] i chorób [diseases] w naturze. (...) Kierując się swym antropocentrycznym interesem człowiek zdecydował się uznać za schorzenia [illnesses] lub choroby [diseases], takie stany naturalne, które

przyspieszają śmierć (lub uszkadzają funkcjonowanie zgodnie z pewnymi wartościami) pewnej ograniczonej liczby istot biologicznych: samego człowieka, jego zwierząt domowych i innych cenionych zwierząt hodowlanych i różnych roślin, które hoduje dla zysku lub przyjemności. (...) Przedsięwzięcie medyczne od samego początku jest uwarunkowane wartościami; nie jest po prostu biologią stosowaną, ale biologią stosowaną zgodnie z dyktatem społecznych interesów.

Pojęcia te, zdaniem normatywistów nie opisują więc stanów naturalnych, lecz postulują czym zdrowie powinno być wedle standardów i ideałów danej kultury. Decyzja o tym czy dane zjawisko wymaga interwencji jest zaś nie tylko sądem naukowym, ale i etycznym [41]. Jak pisze Krystyna Zamiara [43] kategoria choroby jest: „obiektem kulturowym o charakterze ideacyjnym (mentalnym), podlegającym werbalizacji przy użyciu odpowiedniego języka i/lub symbolizacji pozajęzykowej”. Już sam fakt wyróżnienia danego zjawiska i nazwanie go chorobą nie jest więc poznawczo i aksjologicznie neutralny, gdyż wyobrażenia kulturowe, język służący do wyrażenia tych wyobrażeń oraz użyte w tym celu techniki diagnostyczne stanowią swoiste „czynniki pośredniczące” [43]. I choć definicje normatywne są krytykowane za relatywizm, który utrudnia poznanie natury zdrowia i choroby, to ich zaletą jest funkcja krytyczna i obrazoburcza wobec ideologii medycznej [38].

Definicje negatywne i pozytywne

Definicje negatywne rozumieją zdrowie jako brak choroby i/lub bólu [28, 35]. Koncentrując się na patologii organicznej ujmują one zdrowie jako „normalny” stan funkcjonowania organizmu i jego poszczególnych organów, w którym nie ujawnia się żadna ze znanych jednostek chorobowych i patologii.

Chorobę z kolei rozumieją w terminach patologii organizmu, przejawiającej się brakiem funkcjonalności lub niesprawności jego wybranych narządów, organów lub układów. Takie podejście czyni więc ze zdrowia funkcję choroby. Mankamentem postrzegania obu pojęć jako wzajemnie się wykluczających jest jednak to, że prowadzi to do swoistego błędnego koła i nie służy ich zrozumieniu [37]. Stąd podkreśla się, że definiując jedno z nich w sposób negatywny należałoby drugie z nich zdefiniować w sposób pozytywny [35]. W przeciwnym przypadku granica między oboma pojęciami staje się płynna i trudna do określenia.

Pozytywna definicja zdrowia została sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia w roku 1948. W jej świetle zdrowie jest stanem (pełnej) równowagi i dobrostanu biopsychospołecznego, który pozwala jednostce na adaptację do środowiska i realizację życiowych planów i aspiracji. Wskaźnikami „pozytywnego zdrowia” mogą zaś być: aktywność człowieka, jego poczucie samospełnienia, zdolność do wykonywania ról i zadań społecznych, pozytywne relacje z otoczeniem czy zdolność adaptacji do zmiany społecznej [44]. Poza próbą pozytywnego zdefiniowania zdrowia (dobrostan) atutem tego ujęcia jest przewyższenie redukcjonistycznego rozumienia zdrowia w kategoriach biologicznych. Podkreślając wielowymiarowość zdrowia definicja ta akcentuje bowiem biologiczne, psychiczne i społeczne potrzeby człowieka [35]. Zwraca także uwagę na zdrowie subiektywne, dzięki czemu przełamuje monopol medycyny na jego definiowanie. Plusem jest i to, że definicja ta osadza zdrowie w szerszym kontekście społecznym i podkreśla powiązanie z wartościami i normami kulturowymi.

Mimo tych pozytywów żadna inna definicja zdrowia nie spotkała się z taką falą krytyki [35, 45-51]. Krytyka ta dotyczy zwłaszcza statycznego ujęcia

zdrowia, które zdaniem wielu [13, 25, 52, 53] winno być ujmowane jako dynamiczny proces, a nie stan. Wytyka się jej również brak precyzji, gdy niejasne pojęcie „zdrowie” tłumaczy za pomocą równie niejasnego pojęcia „dobrostan” [35, 50]. Zwłaszcza, że ten ostatni ma być „całkowity”, co rodzi pytanie o mierniki zdrowia i utrudnia stosowanie definicji w praktyce klinicznej. Zdaniem wielu, czyni to zdrowie kategorią aprioryczną, niełatwo definiowalną i trudną do zmierzenia. Stąd zarzuca się tej definicji utopijny i iluzoryczny charakter [2, 30, 54]. Trudno wszak zrozumieć, co ma oznaczać, że zdrowie jest czymś więcej niż „brakiem choroby lub kalectwa”. Innym powodem krytyki jest nadmierny inkluzywizm. Wymóg całkowitego dobrostanu czyni bowiem większość (jeśli nie wszystkich) ludzi chorymi przez większą część ich życia [35, 48, 49], co może prowadzić do nadmiernej medykalizacji [28, 48]. Zdaniem wielu nadużyciem jest zaś formułowanie problemów jednostkowych i społecznych jako problemów zdrowotnych [46]. Bo choć problemy egzystencjalne i społeczne wpływają na zdrowie człowieka, to nie da się ich zredukować do problemów zdrowotnych. Medycyna, twierdzą, nie powinna więc brać na siebie zadań, które pozostawiła w spadku teologia, filozofia i polityka [17]. Innym wytykanym błędem jest utożsamienie zdrowia ze szczęściem [46, 51]. Mówienie o całkowitym dobrostanie, jako warunku sine qua non zdrowia sprawia bowiem, że nawet najmniejsze zakłócenie jednostkowego szczęścia może być zdefiniowane jako problem zdrowotny. Utożsamienie obu pojęć sprawia zaś, że pogoń za zdrowiem (szczęściem) zdaje się nie mieć końca, co skutkuje nieograniczonym zapotrzebowaniem na usługi medyczne [51]. Tymczasem, jak twierdzi Rodolfo Saracci [51], o ile choroba może uczynić człowieka nieszczęśliwym, o tyle zdrowie niekoniecznie czyni go szczęśliwszym. Podobnie uważa Joseph E. Balog [45], gdy pisze, że: „dobre

życie nie jest tym samym, co dobre zdrowie”. Wskazuje się również, że akcentowana przez Światową Organizację Zdrowia wielowymiarowość zdrowia utrudnia jego zrozumienie. Zwłaszcza, że obok trzech wymienionych wymiarów postuluje się zdrowie emocjonalne, umysłowe, środowiskowe czy duchowe [1, 10, 25, 38, 47]. O ile więc same terminy fizyczny, psychiczny i społeczny mają zbyt ogólne znaczenie [13], o tyle jeszcze trudniej uchwycić pozostałe wymiary zdrowia. Wielowymiarowość zdrowia uniemożliwia zarazem określenie jego źródła. Czy tkwi bowiem ono w jednostce, czy poza nią w przestrzeni społecznej lub duchowej pyta Balog [45]. Niektórzy zarzucają omawianej definicji redukcjonizm i eurocentryzm [50], czego wyrazem ma być brak aspektu duchowego zdrowia [47]. Kulmatycki [28] zauważa także, że w przeciwieństwie do choroby, która może być ostra, chroniczna, nieuleczalna lub terminalna definicja pozytywna zdrowia nie daje możliwości jego stopniowania [25]. Podkreśla się i to, że od czasu powstania definicji zmieniła się struktura demograficzna świata, a wraz z nią dominujący obraz chorób: te o charakterze przewlekłym wyparły choroby ostre. W efekcie, dla wielu osób życie z chorobą jest normą [48]. Krytykuje się wreszcie nadmierną wagę, jaką przypisuje WHO subiektywnemu wymiarowi zdrowia, co czyni zeń swoisty konstrukt [45]. Pomimo tej krytyki propozycja WHO jest jednak jedną z najbardziej popularnych definicji.

Definicje atrybutywne i relacyjne

Ujęcie atrybutywne definiuje zdrowie i chorobę jako pewną własność jednostki. Jak u realistów i naturalistów choroba jest tu obiektem, cechą, którą jednostka „ma”. Podejście to, typowe dla modelu biomedycznego, dokonuje więc reifikacji choroby. I choć zakłada, że choroba jest wywołana przez

czynniki zewnętrzne (bakterie, wirusy czy pasożyty) to uznaje zarazem, że jej esencja tkwi w ciele. Definicje relacyjne koncentrują się zaś na psychospołecznych uwarunkowaniach definiowania i ekspresji choroby. Podkreśla się tu, że choroba jest „negocjowana” przez jednostkę, jej otoczenie oraz towarzyszące im relacje społeczne [37, 55]. Michael Bury [33] podkreśla przy tym, że jak w przypadku pozostałych typologii nie da się jednak sprowadzić złożonej relacji między tymi dwoma ujęciem do prostej dychotomii: ujęcie atrybutywne - choroba (*disease*) - profesje medyczne i ujęcie relacyjne - schorzenie (*illness*) - laicy. Ukazuje to zjawisko tzw. chorób kontestowanych [56] typu ADHD (ang. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), zespół chronicznego zmęczenia czy PTSD (ang. *Posttraumatic stress disorder*), które wielu postrzega jako zaburzenia emocjonalne i/lub psychologiczne, a jednocześnie poszukuje się ich patologii biologicznej.

Wypada przy tym zaznaczyć, że jako swoiste konstrukty teoretyczne opisane stanowiska filozoficzne nie są jednorodne i nie występują w formie „czystej”, lecz tworzą najróżniejsze konstelacje [12, 13]. Dla przykładu definicja Kinga jest opisowa, gdy odwołuje się do statystycznej normy i normatywna, gdy odwołuje się do norm obowiązujących w danej kulturze. Stąd, jak się zdaje, definicja zdrowia i choroby może być zarówno obiektywna i subiektywna, realistyczna i normatywna.

Podsumowanie

Zważywszy powyższe problemy wielu badaczy twierdzi, że wszelkie próby zdefiniowania zdrowia są daremne [49:1364]. Jeszcze inni posuwają się do stwierdzenia, że przecenia się rolę pojęć „zdrowie” i „choroba” dla medycyny, a samo rozróżnienie między nimi nie ma większego znaczenia dla teorii

i praktyki medycznej i stanowi „konceptualny kaftan bezpieczeństwa” [39]. Germund Hesslow twierdzi wręcz, że ponieważ pojęcie „choroba” nie odgrywa ważnej roli teoretycznej w żadnej znaczącej teorii biologicznej nie wymaga ono operacjonalizacji. Z drugiej strony Hofmann [34] podkreśla, że równie zbędne jest pojęcie zdrowie, gdyż obecne w języku pojęcia choroba (ang. *disease*), poczucie dyskomfortu (ang. *illness*) i chorowanie (ang. *sickness*) w pełni oddają spektrum zjawisk będących przedmiotem działań medycyny i by zajmować się negatywnymi stanami, których doświadczają jednostki, nie potrzebujemy koncepcji zdrowia. Podobnie twierdził piszący o „skrytości zdrowia” Hans-Georg Gadamer [57], dla którego tajemniczość zdrowia sprawia, że wyłącznym celem medycyny może być dająca się zaobserwować, ująć teoretycznie i uchwycić fenomenologicznie choroba.

Analizując spory definicyjne można więc zauważyć, że jedynym, co socjolog może powiedzieć, jest to, że wśród badaczy istnieje względny konsensus co do tego, że istnieją koncepcje i definicje zdrowia i choroby. Brak jednak zgody co do ich semantycznych znaczeń oraz statusu ontologicznego. Problemów przysparza zwłaszcza operacjonalizacja pojęcia zdrowie. W przeciwieństwie do takich pojęć jak temperatura, odległość czy waga jest ono bowiem terminem wielowymiarowym i posiadającym wiele znaczeń [20]. Stąd bywa definiowane jako brak choroby, siła, (wysoka) jakość życia czy stan równowagi i harmonii lub norma (biologiczna lub społeczna), a także zasób czy kapitał. Można je ujmować w kategoriach ilościowych (długość życia) lub jakościowych. Może oznaczać brak fizycznej i/lub psychicznej niepełnosprawności oraz bólu lub dobrostan. Jeszcze inni definiują zdrowie w terminach funkcjonalnych bądź adaptacyjnych. Problemem jest i to, że przyjmując wielowymiarowość zdrowia powinno się ustalić jakie relacje zachodzą

między jego poszczególnymi wymiarami. Problemem pozostanie jednak arbitralny charakter tych rozstrzygnięć. Ponadto, w odróżnieniu od pojęcia choroba, zdrowie nie daje się zmierzyć i stopniować. W rzeczywistości pozostaje ono raczej kategorią aprioryczną i dającą się wyprowadzić wyłącznie na drodze dedukcji.

Niemniej jednak, niezależnie od trudności w operacjonalizacji obu pojęć, różnic w ich ujmowaniu oraz wbrew twierdzeniom niektórych [39] jakoby spory definicyjne miały wyłącznie wymiar filozoficzno-akademicki, a koncepcje zdrowia i choroby były niepotrzebne dla praktyki medycznej wypada podkreślić, że od zawsze pełniły one ważną funkcję w historii medycyny i odgrywają istotną rolę w organizacji i funkcjonowaniu medycyny i społeczeństwa. Dzieje się tak, gdyż pojęcia te wyrażają poglądy społeczne na życie i świat. Definicje zdrowia i choroby stanowią niezbędny krok w formułowaniu i rozumieniu teorii naukowych: wpływają na przedmiot badań, dobór argumentacji, sposób stawiania hipotez, ich weryfikacji i wyjaśnienia. Określają sposób doboru badanej próby i budowę modeli teoretycznych. Służą organizowaniu i porządkowaniu istniejącej wiedzy. Umożliwiają komunikację i rozumienie w świecie nauki. Wyznaczają także cele medycyny i wpływają na rodzaj opieki, jaka świadczona jest pacjentom [3, 58, 59]. Znaczenia przypisywane obu terminom mają fundamentalne znaczenie dla zachowań jednostek, a w pewnych przypadkach mogą być ważniejsze dla ich zrozumienia niż status społeczny [32]. Z drugiej strony, nieadekwatna definicja obu pojęć może stać się źródłem nadmiernej ingerencji medycyny w życie społeczne i generować dodatkowe koszty ekonomiczne dla służby zdrowia i państwa. Obowiązujące definicje zdrowia i choroby mają również istotny wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki medycznej, w tym system ubezpieczeń [9, 11]. Warunkują dobór terapii

oraz to, czy jednostka zostanie uznana przez innych za chorą i czy sama dokona takiej interpretacji i będzie szukać potwierdzenia własnej diagnozy w gabinecie lekarza. Decydują również o tym, kto może uzyskać opiekę medyczną i zwolnienie z pełnionych ról społecznych [9, 29]. Wpływają wreszcie na moralną ocenę jednostki w kategoriach winy [60].

Z drugiej jednak strony trudno zgodzić się z twierdzeniem, że panujący pluralizm znaczeniowy jest wyłącznie problemem czysto akademickim. Przeciwnie, jak podkreśla Leon Kass [3], ma on odzwierciedlenie w praktyce klinicznej i przyczynia się do braku jasności, co do celów medycyny, co może skutkować jej ogólnym kryzysem. Jak zauważa:

„[Dawniej] kiedy jej [medycyny] władza była mniejsza jej cele były jaśniejsze (...). Dziś, choć w pełni uzbrojeni i gotowi do służby, lekarze uświadamiają sobie, że ich cele nie są już dłużej jasne ani dla nich ani dla nas”.

Stąd, wskazując autentyczny cel medycyny, jakim jest dlań zdrowie, Kass [3] identyfikuje zarazem jej fałszywe cele. Za pierwszy z nich uznaje autor szczęście i przyjemność, które z natury mają charakter subiektywny i nie mają granic. Przykładem są dlań operacje z zakresu chirurgii kosmetycznej czy zmiany płci oraz terapie farmakologiczne nastrojów. Tymczasem, podkreśla, celem medycyny nie jest zaspokajanie ludzkich pragnień, lecz zdrowie. Drugim fałszywym celem jest modyfikacja ludzkich zachowań celem skłonienia jednostek do konformizmu i społecznego przystosowania. Zaliczyć tu można zapobieganie przestępstwom, pomoc w wychowaniu dzieci czy walkę z uzależnieniami. Trzecim celem, który odrzuca Kass jest poprawianie ludzkiej natury, czy to w sferze psychiki czy ciała, czego wyrazem jest klonowanie czy badania nad embrionami. Czwartym, jest przedłużanie życia i zapobieganie

śmierci. Tymczasem, jak zauważa: „Bycie żywym i zdrowym to nie to samo” [3]. Kwestionując utopijne dążenie do medycyny ciągłego przedłużania życia i traktowania każdego zgonu jako „przedwczesnego” i „porażki” podkreśla on, że błędnym jest przekonanie, że śmierć można pokonać, gdy w rzeczywistości zmienia się wyłącznie jej przyczyna. Konsekwencją tego pomieszenia celów jest to, że medycyna nie dąży już do tego, by pacjenci korzystali z jej usług jak najrzadziej, lecz robi wszystko by do tych kontaktów dochodziło jak najczęściej. To zaś sprawia, że zdrowie staje się produktem, dobrem konsumpcyjnym, medycyna przekształca się w korporację polityczno-biznesową, a lekarze w biznesmenów, techników-inżynierów do wynajęcia i sprzedawców usług, policjantów, sędziów, ustawodawców, nauczycieli i moralistów, a sami pacjenci w konsumentów [3]. Jak się zdaje jedną z przyczyn tej konfuzji jest właśnie wielość definicji. Stąd pytaniem fundamentalnym z zakresu filozofii i socjologii medycyny jest kwestia, czy możliwym jest zbudowanie jednej, uniwersalnej definicji zdrowia i choroby.

Podziękowania

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

Piśmiennictwo

1. Kowalski M, Gawęł A. Zdrowie – wartość – edukacja. Impuls, Kraków, 2007.
2. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philos Sci.* 1977; 44: 542-573.
3. Kass L. Regarding the end of medicine and the pursuit of health. *Public Interest.* 1975; 40: 11-42.
4. Engelhardt HT. Ideology and etiology. *J Med Philos.* 1976; 1(3): 256-268.
5. Dolfman ML. Toward operational definitions of health. *J School Health.* 1974; 44(4): 206-209.
6. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Filozofia medycyny. Wprowadzenie.* PWN, Warszawa, 1993.
7. Conrad P. A mirage of genes. *Sociol Health Ill.* 1999; 21(2): 28-241.
8. Nowakowska L. Redefinicja koncepcji zdrowia i choroby w kontekście rozwoju badań genetycznych. W: *Zdrowie i choroba w badaniach socjologicznych prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie 1995-2013*, Piątkowski Wł. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Lublin 2013: 61-76.
9. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q.* 2002; 80(2): 237-260.
10. Ananth M. In defense of the evolutionary concept of health. *Nature, norms and human biology.* Ashgate Publishing, London, 2008
11. Nordenfelt L. Concepts of health and their consequences for health care. *Theor Med Bioeth.* 1993; 14(4): 277-285.
12. Hofmann B. Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theor Med.* 2001; 22: 211-236.
13. Ochman P. Socjologiczna interpretacja definicji zdrowia WHO: implikacje teoretyczne i praktyczne. *Stud Socjol.* 1986; 2(101): 217-230.
14. Agich GJ. Disease and value: a rejection of the value-neutrality thesis. *Theor Med.* 1983; 4: 27-41.
15. Fleck L. *Powstanie i rozwój faktu naukowego.* Wydawnictwo Lubelskie, Lublin, 1986.
16. Capra F, Steindl-Rast D, Matus T. *Należy do wszechświata. Poszukiwania na pograniczu nauki i duchowości.* Znak, Kraków, 1995.
17. Engel GL. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science.* 1977; 196(4286): 129-136.
18. Payer L. *Medicine and culture. Varieties of treatment in the United States, England, West Germany, and France.* Henry Holt and Company, New York, 1988.

19. Firkowska-Mankiewicz A. Teorie przyczyny chorób. W: Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy, Ostrowska A. (red.), IFiS PAN, Warszawa, 2009: 41-63.
20. Lerner M. Conceptualization of health and social well-being. *Health Serv Res.* 1973; 8(1): 6-12.
21. Sokołowska M. Granice medycyny. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1980.
22. Tulli R. Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia. W: Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy, Ostrowska A. (red.), IFiS PAN, Warszawa, 2009: 339-367.
23. Vigarello G. Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności. Volumen, Warszawa, 1997.
24. Whorton JC. Crusaders for fitness. The history of American health reformers. Princeton University Press, Princeton, 1984.
25. Gil R, Dziedziczko A. Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby. *Zdr Publ.* 2004; 114(2): 250-255.
26. Korzeniowska E. O zdrowiu i jego definicjach. *Zdr Publ.* 1988; 99(9): 465-471.
27. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev.* 1992; 99(2): 232-247.
28. Kulmatycki L. Promocja zdrowia w kulturze fizycznej. Wydawnictwo AWF, Wrocław, 2003.
29. Parsons T. The social system. Glencoe, New York, 1964.
30. Kelman S. The social nature of the definition problem in health. *Int J Health Serv.* 1975; 5(4): 625-642.
31. Kulik TB, Latalski M. Zdrowie publiczne. Czelej, Lublin, 2002.
32. Boruchovitch E, Mednick BR. The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF.* 2002; 7(2): 175-183.
33. Bury MR. Health and illness. Polity Press, Cambridge, 2005.
34. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Phil.* 2002; 27(6): 651-673.
35. Niebrój LT. Defining health/illness: societal and/or clinical medicine? *J Physiol Pharmacol.* 2006; 57(4): 251-262.
36. Aleksandrowicz J. W poszukiwaniu definicji zdrowia. *Prz Fil.* 1972; 9(82): 79-83.
37. King L. What is disease? *Philos Sci.* 1954; 21(3): 193-203.
38. Khushf G. Expanding the horizon of reflection on health and disease. *J Med Philos.* 1995; 20: 461-473.
39. Hesslow G. Do we need a concept of disease? *Theor Med.* 1993; 14: 1-14.

40. Madison G. 'Illness'... and its human values. *Existential Analysis*. 2002; 13(1): 10-30. <http://www.gregmadison.net/documents/IllnessanditsHumanValues.pdf> [10.08.2012].
41. Margolis J. The concept of disease. *J Med Philos*. 1976; 1(3): 238-255.
42. Sedgwick P. Illness: mental and otherwise. *Hastings Cent Stud*. 1973; 1(3): 19-40.
43. Zamiara K. Kulturowy wymiar kategorii choroby. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*, Brzeziński JM, Cierpiąłkowska L. (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2008: 3-26.
44. Piątkowski W. Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Barański J., Pitkowski W. (red.), Atut, Wrocław, 2002: 23-28.
45. Balog JE. The meaning of health. *Am J Health Educ*. 2005; 36(5): 266-271.
46. Callahan D. The WHO definition of 'health'. *Hastings Cent Stud*. 1973; 1(3): 77-87.
47. Chuengsatiansup K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environ Impact Assess*. 2003; 23(1): 3-15.
48. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D i wsp. How should we define health? *BMJ*; 2011; 343. http://static.ow.ly/docs/como%20definimos%20la%20salud_kW8.pdf [10.03.2012].
49. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ*. 2008; 337: 1363-1364.
50. Larson JS. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev*. 1999; 56(2): 123-136.
51. Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ*. 1997; 314: 1409-1410.
52. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa, 1995.
53. Kulik TB. Koncepcje zdrowia w medycynie. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Kulik TB, Wrońska I. Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, Stalowa Wola, 2000: 15-38.
54. Dubos R. *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*. PZWL, Warszawa, 1962.
55. Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med*. 2001; 134, 9(2): 803-808.

56. Barker K. Electronic support groups, patient-consumers, and medicalization: the case of contested illness. *J Health Soc Behav.* 2008; 49: 20-36.
57. Gadamer HG. *O skrytości zdrowia.* Media Rodzina, Warszawa, 2011.
58. Kell J, Klimenko E, Kass JL. Definitions of health among healthcare providers. *Nurs Sci Quart.* 2006; 19(3): 265-271.
59. Klimenko E, Julliard K, Lu SH, Song H. Models of health: a survey of practitioners. *Complement Ther Clin Pract.* 2006; 12: 258-267.
60. Sontag S. *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory.* PIW, Warszawa, 1999.