

JACEK HOŁÓWKA

O pojęciu i wartości zdrowia

Z wielu przyczyn warto byłoby wiedzieć, jaką wartość ma zdrowie. Zwróćmy uwagę na dwa powody o szczególnej wadze. Gdy zdrowie wchodzi w konflikt z innymi wartościami, lekarze uważają, że zawsze należy wybierać zdrowie — wymaga tego przysięga Hippokratesa. Znakomitej większości pacjentów nie można jednak przywrócić pełnego zdrowia. W pewnych przypadkach medycyna jest wprost bezradna lub przynieść może pacjentowi tylko nikłą pomoc. Czy wówczas zdrowie jest też najwyższą wartością? Czy nie należy wówczas spełniać raczej innych życzeń pacjenta? Uśmierzyć tylko ból, bez leczenia? Podtrzymać go w dobrym samopoczuciu, choćby kosztem fałszywego zapewnienia, że wróci do zdrowia? A w krytycznym przypadku — czy nie należy zezwolić na śmierć jeszcze przed wykorzystaniem wszystkich znanych medycynie środków? Odpowiedzi na te pytania może dostarczyć tylko porównanie wartości zdrowia z innymi wartościami, które wchodzi wówczas w grę. By móc je jednak porównać, trzeba najpierw wiedzieć, jaką wartość ma zdrowie.

Drugi, nie mniej ważny powód, dla którego pytamy o wartość zdrowia, wiąże się z podziałem dochodu narodowego. Placówki nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej mają za zadanie dbać o zdrowie społeczności, dla której pracują, a więc — ogólnie — o zdrowie mieszkańców całego kraju. Powstaje zatem problem racjonalnego podziału środków przeznaczonych na zaspokajanie potrzeb społeczeństwa. Trzeba wiedzieć, w jakiej proporcji należy ich użyć na budowę mieszkań, produkcję żywności, oświatę, kulturę, usługi techniczne, zdrowie, itd. Pełniejsze zaspokojenie potrzeb w jednej dziedzinie da się osiągnąć tylko kosztem mniej pełnego zaspokojenia w innych dziedzinach. Trzeba więc wybierać — i odpowiednie decyzje opierać się powinny nie tylko na rozeznaniu w aktualnym stanie rzeczy, ale również na orientacji w tym, jaką wartość ma dla społeczeństwa pełniejsze zaspokojenie potrzeb określonego rodzaju. Trzeba zatem wiedzieć, między innymi, jaką wartość ma zdrowie.

Wydaje się jednak, że w tej chwili na pytanie to nie można podać należycie uzasadnionej odpowiedzi. Wartości zdrowia nie potrafimy ustalić w sposób przekonujący. Trudno zresztą dokładnie zdać sprawę z przyczyn tej sytuacji. Pewne znaczenie ma bez wątpienia fakt, że żadne społeczeństwo nie wypracowało dotąd niekontrowersyjnej metody ustalania celów społecznych. Poza tym aksjologia, tzn. dyscyplina zajmująca się analizą wartości, nie stworzyła dotąd własnej metodologii. A wreszcie, nie wiemy dokładnie, czym jest zdrowie. Na dobrą sprawę nie wiemy więc, dla czego właściwie mamy ustalać wartość, gdy pytamy o wartość zdrowia, ani na czym ma to ustalanie polegać.

Ponieważ jednak problem wartości zdrowia jest bardzo istotny, i przez kilku autorów był podejmowany, zajmiemy się ich koncepcjami, nawet jeśli żadna z nich nie okaże się zadowalająca. Zacznijmy od różnych sposobów rozumienia zdrowia.

Zdrowiem nazywa się bądź idealny stan psychofizyczny organizmu wolnego od jakichkolwiek zmian patologicznych, bądź też pewien szereg stanów uporządkowanych pod względem głębokości zmian patologicznych — od śmierci począwszy, poprzez coraz lżejsze stany chorobowe, aż do idealnego zdrowia. W tym drugim rozumieniu zdrowie i choroba są pojęciami komplementarnymi i każdy stan organizmu można opisać jako stan chorobowy o określonym natężeniu oraz, jednocześnie jako stan odpowiednio pomniejszonego zdrowia. W praktyce używa się jedynie koncepcji stopniowalnego zdrowia. Idealny stan zdrowia jest konstrukcją teoretyczną, nieosiągalną w rzeczywistości.

Jednakże podstawowa definicja zdrowia, ustalona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) odwołuje się do koncepcji zdrowia idealnego: „Zdrowie jest stanem pełnej fizycznej, psychicznej i społecznej pomysłowości, a nie tylko brakiem choroby lub ułomności”¹. Definicja WHO może być adaptowana do potrzeb koncepcji zdrowia stopniowalnego, ponieważ stan idealny jest w tej koncepcji traktowany jako krańcowy przypadek. Natychmiast jest wówczas widoczne, że stopniowanie nie może być przeprowadzone na podstawie jednego parametru, lecz trzeba je oprzeć na trzech różnych parametrach: stanie fizycznym, stanie psychicznym i stanie społecznym wchodzących w grę osób. Pojawia się zatem problem, czy wyznaczniki zdrowia oparte na tych trzech parametrach są od siebie niezależne.

Otóż okazuje się, że wiążą je wszelkie możliwe zależności. Stan społeczny jednostki zależy od jej sprawności fizycznej i psychicznej; stan psychiczny od sprawności fizycznej i stanu społecznego; wreszcie stan

¹ „Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity” (*Constitution of the WHO*, Geneva 1946).

fizyczny — jeśli nawet nie przyczynowo, to pod względem przypisywanej roli i samooceny — zależy mniej lub więcej od stanu społecznego i psychicznego. René Dubos pisze na ten temat: „Zdrowie i choroba nie mogą być zdefiniowane wyłącznie w kategoriach stanu anatomicznego, fizjologicznego i psychicznego. Ich rzeczywistym probierzem jest zdolność jednostki do funkcjonowania w sposób zadowalający ją samą, a także grupę, do której należy”².

Tak więc, spośród trzech determinant zdrowia, o których mówi definicja WHO, każda zależy od endogennych, charakterystycznych dla siebie czynników, a dodatkowo modyfikowana jest przez dwie pozostałe determinanty zdrowia. W sumie są to zależności dość skomplikowane, ciągle nie zbadane i nie poddające się łatwo operacjonalizacji. Zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, zakładającym harmonijne funkcjonowanie psychiki i ciała oraz harmonijne dostosowanie ich obu do środowiska. Ta koncepcja harmonijnego funkcjonowania ma długą tradycję. Podobno można ją odnaleźć w filozofii chińskiej³, widoczna jest też w teorii fluidów Galena i w postulatach powrotu do życia zgodnego z naturą, głoszonych przez Rousseau i Freuda.

Znamienną jest jednak rzeczą, że koncepcja ta nie pozwala lepiej zrozumieć, czym jest zdrowie, lecz jedynie wyróżnia czynniki, które oddziałują na zdrowie, bez względu na to, co się będzie w szczegółach przez zdrowie rozumieć. Nie dowiadujemy się bowiem nic na temat zdrowia, słysząc, że można je utracić, gdy zapada się na chorobę psychiczną lub na chorobę somatyczną, lub gdy się żyje w środowisku szkodliwym dla zdrowia.

Wartość definicji zdrowia propagowanej przez WHO ujawni się dopiero wówczas, gdy analiza zdrowia w trzech różnych aspektach pomoże lepiej zrozumieć etiologię poszczególnych schorzeń, łatwiej wyśledzić przypadki zagrożenia chorobą lub łatwiej je przewyciężyć. By tak się jednak stało, konieczne jest podjęcie kompleksowych badań, które powiązałyby ze sobą wymienione w definicji czynniki.

Interesującą próbę operacjonalizacji dwóch czynników spośród trzech wymienionych w definicji WHO podjął Nicholas Rescher⁴:

1. Zdrowie fizyczne:

- a) prognoza długości życia,
- b) stan fizyczny — żywotność, sprawność funkcjonowania,
- c) fizyczne samopoczucie — brak cierpienia,
- d) zewnętrzna normalność — brak zniekształceń i jawnych ułomności.

2. Zdrowie psychiczne:

² R. Dubos, *Mirages of Health*, New York 1959, s. 45.

³ S. Polgar, *Health*, w: *International Encyclopaedia of Social Sciences*, b.m.r.

⁴ N. Rescher, *Welfare*, Pittsburgh 1972, s. 12.

- a) zdolność do skutecznego i celowego działania — poza zamkniętymi instytucjami nadzoru,
- b) psychiczne samopoczucie — brak lęków, napięć i strapień,
- c) zadowolenie z siebie i z warunków — ocena i nastrój,
- d) zdolność do normalnego współżycia z ludźmi.

Opracowanie skali dla poszczególnych cech fizycznych i psychicznych zdrowia nie powinno przedstawiać większych trudności. Zdaje się jednak, że za propozycją Reschera nie poszły dotąd żadne badania.

Zdrowie jako brak choroby

Można stać na stanowisku, że choroby, ułomności, zmiany patologiczne, ograniczenia funkcjonowania, zaburzenia i trudności adaptacji dadzą się stosunkowo łatwo wyliczyć i dobrze opisać. Na takim stanowisku stoją *de facto* autorzy międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów opracowanej dla WHO.

W ramach tej koncepcji zdrowie jest efektem zwalczania czynników chorobowych. Gdyby więc podczas leczenia jakiegoś pacjenta udało się je zlikwidować całkowicie, powróciłby on niejako automatycznie do pełnego zdrowia. Nie zakłada się natomiast w ramach tej koncepcji, że istnieją czynniki bezpośrednio i pozytywnie przyczyniające się do poprawy zdrowia.

Wiele zabiegów medycznych uzasadnia się tą właśnie koncepcją zdrowia: operacyjne usuwanie nowotworów, kamieni nerkowych itp., łuszczenie skóry przy leczeniu uczuleń, szczepienia ochronne, stosowanie aseptyki i innych środków zabezpieczających organizm przed zarażeniem lub urazem.

Zdrowie jako élan vital

Można sądzić, że głównym zadaniem medycyny nie jest zwalczanie chorób i urazów, ale wzmacnianie zdrowia. Jeśli zastosuje się dostateczną liczbę czynników wzmacniających vitalność i odporność organizmu, to albo nie ulega on żadnym stanom chorobowym, albo stany te sam zwalcza.

Wedle tej koncepcji, główne zadania medycyny mają charakter profilaktyczny, obejmują one np. zalecenie prowadzenia higienicznego trybu życia, dozowania wysiłku i odpoczynku we właściwych proporcjach, zachowanie odpowiedniej diety, zażywanie witamin, kąpieli leczniczych.

Jest oczywiste, że te koncepcje zdrowia nie wykluczają się wzajemnie. Medycyna może jednocześnie zwalczać choroby i wzmacniać odpor-

ność. Zwykle korzysta z obu tych metod jednocześnie. Wszystkie środki stosowane przez medycynę dadzą się zaliczyć do jednej z dwu grup: środków zwalczających choroby lub środków wzmacniających. W praktyce nie ma więc kłopotów. Trudności są w teorii. Nie wiemy bowiem rzeczy następującej: czy istnieje osobne zjawisko, dające się opisać w kategoriach biologicznych lub biologiczno-psychologiczno-społecznych, które można by nazwać zdrowiem, czy też zjawisko takie nie istnieje, to znaczy w kategoriach tych nauk nie daje się wyodrębnić. Jest faktem, że nikt dotąd zdrowia tak nie opisał; nie wiemy nawet, czy stało się to dlatego, że nauki zajmujące się zdrowiem nie wiedzą, czym jest zdrowie, czy też dlatego, że ciągle jeszcze za mało wiedzą, od czego zdrowie zależy. Jeśli jednak w przyszłości uda im się odkryć i opisać niespecyficzne procesy zwalczania stanów zagrożenia organizmu, będzie można przyjąć, że istnieje coś takiego jak *élan vital* i uznać zdrowie za nazwę czegoś, co daje się wyodrębnić i wskazać. Jeśli natomiast zwalczanie zagrożeń organizmu ma w przeważającym stopniu charakter specyficzny, tzn. liczba mechanizmów obronnych organizmu nie podlega redukcji, trzeba będzie uznać chorobę za czynnik podstawowy, a zdrowie definiować jako stan braku choroby. Jak długo jednak nie wiemy, do jakiej liczby zredukować można niespecyficzne mechanizmy obronne organizmu, wybór koncepcji zdrowia jest sprawą pozanaukową.

Z konieczności przechodzimy więc teraz do spraw związanych z wartością zdrowia, nie wiedząc dokładnie, czym jest zdrowie.

Zdrowie jako ideał

E. J. Urwick⁵ odróżnia czyste wartości i wartości pomniejsze (*lesser values*). Pierwsze nie istnieją w rzeczywistości, dają się jednak spostrzec i zrekonstruować, gdyż odbijają się w rzeczach. Nadanie sensu własnemu życiu polega na możliwie najbogatszym wypełnieniu go owymi, w zasadzie nieosiągalnymi, czystymi wartościami. Nie jest to oczywiście łatwe: „Jest całkiem jasne, dlaczego nasz idealizm jest tak słaby i nietrwały. Nowe ideały nie znajdują łatwej drogi do naszych umysłów. Zamykają im dostęp potoczne i przyziemne wartości, którymi wypełnione są nasze umysły, gdyż zarzucił je nimi świat, w którym wzrastały. Te pomniejsze wartości są proste. Rozumiemy ich znaczenie i ulegamy ich wpływowi bezustannie”⁶.

Jednakże dostrzeżenie czystych wartości w życiu i przekształcenie ich we własne ideały jest w zasadzie zawsze możliwe i przynosi bło-

⁵ E. J. Urwick, *The Values of Life*, Toronto 1948.

⁶ *Ibid.*, s. 39.

gostawione skutki: „Czy słyszeliście o pewnej prawdziwej historii, która zdarzyła się w londyńskich slumsach jakieś pięćdziesiąt lat temu? Rozwiązała kobieta, żona wiecznie pijanego dokera, dostała kiedyś w prezencie małe klucze w doniczce. Przyjęła je bez radości, ale pozostawiła na parapecie pod oknem. Gdy jednak oczy jej padały każdego dnia na czyste piękno otwierających się płatków przyszło jej wreszcie na myśl, że brud i bałagan jej jednopokojowego domu nie są właściwą oprawą dla tak cudownej rzeczy. Zaczęła więc sprzątać ów pokój i utrzymywać go w schludności. Nie wiedziała, czym jest piękno, potrafiła je jednak odczuć”⁷.

Ten przykład wyraźnie świadczy o tym, że — wedle autora — dostrzeżenie czystych wartości potrafi dogłębnie przeobrazić nasze życie. Kto praktycznie uzna ważność choćby jednego ideału w swym życiu, stara się niebawem wypełnić je jeszcze innymi wartościami i — w rozumieniu Urwicka — staje się idealistą. Być może jest w tym spostrzeżeniu dużo racji, mniej słuszna wydaje się jednak teoria, która je tłumaczy.

Urwick wylicza następujące czyste wartości: miłość, przyjaźń, prostotę, piękno, bogactwo, postęp, wiedzę, prawdę, szczęście itd. Są one omawiane w przytoczonym porządku, odpowiadającym — jak się zdaje — choć autor nie stara się tego wprost udowodnić, wyznawanej przez niego hierarchii ideałów. Można jednak zapytać, dlaczego wśród wyliczonych ideałów nie znalazły się np.: sprawiedliwość, wolność, dobrobyt, bezpieczeństwo, wrażliwość i wiele innych wartości. Odpowiedzi nie znajdziemy. Pozostaje więc wrażenie, że przedstawiona lista ideałów jest w znacznym stopniu arbitralna i niekompletna.

Znamienny jest fakt, że wśród wyliczonych przez Urwicka wartości nie znajdujemy zdrowia. Nie jest to wynikiem przeoczenia. Urwick pisze: „Młodzi ludzie wybierają i z powodzeniem realizują pewne pomniejsze ideały, np. sprawności fizycznej i zdrowia. Jest to oczywiście dobrze. W jakim jednak wieku będą tak dojrzały, by wybrać wyższy typ dążeń — do sprawności duchowej i duchowego zdrowia?”⁸

Urwick przyznaje więc, że zdrowie może być ideałem, lecz uważa, że jest to ideał banalny, którego nie stawia sobie człowiek dojrzały. Nie jest to chyba ani poprawna, ani przekonująca interpretacja wartości zdrowia. Co więcej, wadliwość tej interpretacji dostarcza istotnego argumentu przeciwko całej koncepcji utożsamiania wartości z ideałami.

Przyznać trzeba, zgodnie z tym, co mówi Urwick, że zabieganie o idealne zdrowie jest dość banalnym celem w życiu. Człowiek, który nie odczuwa dolegliwości i potrafi działać w miarę sprawnie zarówno pod

⁷ Ibid., s. 41.

⁸ Ibid., s. 44.

względem fizycznym, jak i psychicznym, nie ma istotnego powodu starać się o dodatkowe udoskonalenie działania swych organów lub o uniknięcie choroby. Gdyby, będąc zdrowym, przesadnie zabiegał o zdrowie, uznano by go za hipochondryka. Tak wygórowana troska o zdrowie sama się wyda objawem choroby.

Inaczej jednak myślimy o człowieku, który już cierpi, któremu grozi kalectwo lub znaczne osłabienie organizmu. Dla niego zdrowie nie jest ideałem banalnym, lecz warunkiem przeciętnie sprawnego funkcjonowania we wszystkich dziedzinach. Dla zdrowego zabieganie o zdrowie oznacza leczenie przeziębień, częste mycie rąk, rozpraszanie złego samopoczucia lub może operację kosmetyczną. Dla chorego troska o zdrowie oznacza chęć powrotu do zwykłych zajęć, do utraconej niezależności i swobody.

Nie jest więc prawdą, że istotne znaczenie poszczególnych wartości ujawnia się wówczas, gdy pojmuje się je jako ideały. Nie jest prawdą, że zwykle życie ludzkie, zwykle sprawy i zajęcia pozbawione są istotnych wartości i że nabierają one znaczenia dopiero wówczas, gdy wprowadzi się do nich z zewnątrz jedną z czystych wartości czy ideałów. Przypadek zdrowia sugeruje, że może być raczej odwrotnie. Codzienne życie wyznacza podstawowe wartości i nadaje im rangę, którą trudno podważać w abstrakcyjnych rozważaniach.

Zdrowie jako stan zaspokojenia potrzeb

Wartości bywają utożsamiane z przedmiotami zaspokajającymi potrzeby. Hierarchia wartości wyznaczona jest wówczas przez hierarchię potrzeb. Przykładem tego stanowiska jest koncepcja hierarchii potrzeb Abrahama H. Maslowa, streszczona przez autora w jednym akapicie jego głównej książki: „Wyobraźmy sobie, że osoba A żyła przez kilka tygodni w dzikiej dżungli, gdzie udało się jej przetrwać, gdyż zawsze znajdowała na czas nieco pożywienia i wody. Osoba B też pozostała przy życiu, lecz miała nadto strzelbę i ukrytą pieczarę z zamykanym wejściem. Osoba C miała to wszystko, co B, a nadto towarzystwo dwu innych osób. Osoba D miała jedzenie, strzelbę, towarzyszy, pieczarę, a na dodatek jeszcze ukochanego przyjaciela. Wreszcie osoba E miała w tej samej dżungli to wszystko, co D, lecz ponadto była uznawanym przywódcą w swojej grupie. Dla zwięzłości nazwiemy tych ludzi kolejno: utrzymującym się przy życiu, czującym się bezpiecznie, należącym do grupy, kochanym i uznanym”⁹.

⁹ A. H. Maslow, *Motivation and Personality*, New York 1959, s. 115.

Tych pięć postaci odpowiada pięciu podstawowym ludzkim potrzebom: potrzebie typu fizjologicznego (której zaspokojenie zapewnia fizyczną homeostazę organizmu), potrzebie bezpieczeństwa, należenia do grupy, potrzebie związków uczuciowych (otrzymywania i dawania miłości) oraz potrzebie szacunku i uznania. Prócz tych pięciu potrzeb podstawowych istnieje wiele innych, np. potrzeba samorealizacji, potrzeby poznawcze (dowiedzenia się i zrozumienia) oraz estetyczne.

Hierarchia potrzeb opiera się na zjawisku pojawiania się potrzeb wyższych dopiero po zaspokojeniu potrzeb podstawowych. Potrzeby podstawowe muszą być zaspokojone w znacznym stopniu, by jednostka mogła funkcjonować jako tako sprawnie

Spśród potrzeb o różnej randze wyższe różnią się od niższych pod wieloma względami (które, naturalnie, nie odpowiadają rozróżnieniu potrzeb na podstawowe i niepodstawowe). Wyższe pojawiają się później zarówno w rozwoju filogenetycznym, jak i ontogenetycznym, są mniej natrączywe i łatwiejsze do odroczenia lub całkowitego wyparcia. Ich spełnienie wzmaga poczucie życiowej satysfakcji (daje szczęście, pogodę, bogactwo życia wewnętrznego), ułatwia identyfikację z samym sobą, czyli przyczynia się do samorealizacji. Zaspokojenie wyższych potrzeb pociąga nadto za sobą korzystne skutki społeczne: rozszerza krąg ludzi objętych związkami uczuciowymi, a jednocześnie umacnia prawdziwy indywidualizm¹⁰.

Dla nas szczególnie istotny jest jeszcze jeden różnicujący czynnik: „ci, którzy są w stanie zaspokoić zarówno wyższe, jak i niższe potrzeby, większą wartość przypisują potrzebom wyższym”¹¹. Twierdzenie to na pierwszy rzut oka nie budzi żadnych zastrzeżeń: wyższym potrzebom odpowiadają wyższe wartości, a niższym potrzebom — niższe wartości. Jest to jednak co najmniej paradoks. Niższe potrzeby są to potrzeby dominujące, czyli takie, które realizujemy wówczas, gdy warunki nie pozwalają nam zrealizować wszystkich. Zaspokojenie niższych potrzeb jest ważniejsze niż zaspokojenie potrzeb wyższych. Zaspokojenie potrzeb niższych powinno więc mieć dla nas większą wartość niż zaspokojenie wyższych. I tak się chyba zwykle sądzi. Czemu więc ci, którzy są w stanie zaspokoić zarówno wyższe, jak i niższe potrzeby, większą wartość przypisują wyższym?

Fakt ten trudno zinterpretować. Albo jest to błąd w ocenie, albo koncepcja paralelizmu potrzeb i wartości jest zasadniczo błędna. Jeśli przyjmiemy drugą ewentualność, to teoria Masłowa w ogóle nie przydaje się do określenia wartości zdrowia. Jeśli przyjmiemy pierwszą, to

¹⁰ Ibid., s. 147.

¹¹ Ibid., s. 148.

potrzeba najbardziej podstawowa, leżąca u podstaw całej hierarchii potrzeb, zasługiwać będzie na miano potrzeby, której realizacja ma największą wartość. Wtedy też zdrowie jest najwyższą wartością. Zdrowie fizyczne jest bowiem stanem pełnego zaspokojenia pierwszej z podstawowych potrzeb — potrzeby typu fizjologicznego — „potrzeby pozostania przy życiu”, zachowania homeostazy organizmu.

Zdrowie psychiczne charakteryzuje Maslow bezpośrednio po przedstawieniu pięciu wspomnianych już postaci z dżungli: „Nie jest to tylko szereg zaspokojenń coraz wyższych potrzeb. Jest to zarazem szereg coraz wyższych stopni zdrowia psychicznego. Oczywiście bowiem, człowiek czujący się bezpiecznie, należący do grupy i kochany jest, *ceteris paribus*, zdrowszy (na mocy każdej rozsądnej definicji zdrowia) niż człowiek, który czuje się niebezpieczny i należy do grupy, ale jest jednocześnie odrzucony i niekochany. Jeśli ponadto zdobędzie on sobie szacunek i podziw, a co za tym idzie — wytworzy o sobie dobre mniemanie, stanie się jeszcze zdrowszy. Wydaje się więc, że stopień zaspokojenia potrzeby jest pozytywnie skorelowany ze stopniem psychicznego zdrowia. Czy możemy pójść dalej i określić granice tej korelacji — uznać, że pełne zaspokojenie i idealne zdrowie są z sobą identyczne? Teoria zaspokojenia przynajmniej sugeruje taką możliwość”¹².

Jak widać, zdaniem Masłowa, zdrowie psychiczne jest ubocznym produktem zaspokajania innych potrzeb. Ponieważ znów chodzi o potrzeby podstawowe, zdrowie psychiczne ma wysoką wartość, co najmniej taką, jak zaspokojenie każdej innej potrzeby podstawowej.

W gruncie rzeczy jednak jest to rozwiązanie niewystarczające dla naszych celów. W tej koncepcji wysoką wartość ma zachowanie minimum zdrowia fizycznego, a więc uniknięcie śmierci, oraz zaspokojenie innych najbardziej podstawowych potrzeb i uniknięcie choroby psychicznej. W praktyce, zdrowie jest jednak stanem odległym zarówno od śmierci, jak i od stanu idealnego i poprawa zdrowia pozostaje bardzo istotnym celem człowieka nawet wtedy, gdy nie jest on zagrożony śmiercią i pomieszaniem zmysłów. I w tych właśnie sytuacjach, gdy zdrowie szczególnie wyraźnie staje w konflikcie z innymi wartościami, teoria Masłowa nie daje nam żadnych praktycznych wskazówek.

Zdrowie jako przedmiot preferencji

W koncepcji Reschera wartości traktowane są jako składniki społecznego dobrobytu: „dobrobyt związany jest z zaspokojeniem podsta-

¹² Ibid., s. 115.

wowych wymagań ogólnie pojętej pomyślności człowieka”¹³. Autor podkreśla przy tym, że dobrobyt nie obejmuje pełnej pomyślności człowieka, lecz jedynie ten jej fragment, który wiąże się z dziedziną podstawowych wymagań. Są to: (1) zdrowie fizyczne, (2) zdrowie psychiczne, (3) dostatek materialny, (4) zalety osobiste, (5) zalety środowiska¹⁴. W ten sposób powstaje ogólny schemat hierarchii wartości. Miejsce poszczególnych wartości w tej hierarchii określone zostało przez wyniki badań ankietowych nad tym, co ludzie cenią sobie najwyżej. Niektóre słabości tej metody rzucają się od razu w oczy:

1) ogranicza ona pojęcie wartości do wartości uznawanych społecznie, choć skądinąd wiadomo, że wartości społeczne nie są jedynym rodzajem wartości;

2) preferencje, na których opiera się ta hierarchia, musiały być niejednolite, gdy tymczasem porządek oparty na tych preferencjach jest jednolity i nie uwzględnia różnic opinii;

3) preferencje wyrażone w ankietach są zazwyczaj nieczytelne, gdyż większość haseł różnie jest rozumianych przez różnych respondentów, a nadto samo hasło umieszczone w różnych kontekstach znaczy zwykle co innego;

4) preferencje są modyfikowane przez warunki, a co za tym idzie, nie mają ogólnego charakteru, nie odzwierciedlają powszechnej hierarchii wartości i mówią coś jedynie o tej populacji, wśród której przeprowadzono ankietę;

5) preferencje nie uwzględniają istotnych związków między ocenianymi przedmiotami (np. związków przyczynowych, logicznych).

Wydaje się jednak, że te zarzuty nie są zbyt groźne. Pierwszy zarzut podkreśla tylko fakt, że Rescher interesuje się wyłącznie wartościami społecznymi, z czego zdaje on sobie sprawę. Świadczy o tym charakterystyka wartości: pod uwagę mają być brane wyłącznie te wartości, które dotyczą „podstawowych wymagań” o charakterze społecznym.

Drugi zarzut nie ma w praktyce istotnego znaczenia, jeśli tylko z badań ankietowych wyprowadza się uprawnione wnioski. Preferencje różnych ludzi są różne i lepiej ten fakt ujawniać niż ukrywać. Zatajenie różnic w postawach jest formą ignorowania tych postaw; ujawnianie ich jest pierwszym krokiem zmierzającym do ich pogodzenia. Badanie różnic przekonań wyrażanych przez opinię publiczną, ustalanie ich przyczyn i poszukiwanie rozwiązań mogących zadowolić wymagania większości jest najlepszym sposobem uzyskania jednomyślności.

Trzeci zarzut zwraca uwagę, że gdy w ankiecie występuje słowo „zdrowie”, może ono dla jednego znaczyć brak cierpienia, dla drugiego

¹³ N. Rescher, op. cit., s. 3.

¹⁴ Ibid., s. 12.

brak własnej, aktualnie odczuwalnej choroby, dla trzeciego brak pełnej sprawności fizycznej itd. Pozornie zbieżne odpowiedzi mogą więc w istocie kryć znaczną różnicę przekonań. Jest tak istotnie, lecz można temu zaradzić. Można jednocześnie badać preferencje związane z przedmiotem określonym przez hasło „zdrowie” oraz rozumienie tego hasła przez różnych respondentów. Efektem takiego badania będzie ustalenie kilku odrębnych hierarchii wartości wyznaczonych przez różne rozumienie słowa „zdrowie”. Oczywiście uwzględnienie tego czynnika jest konieczne przy poprawnej interpretacji danych.

Zarzut czwarty dotyczy faktu, że nigdy nie możemy porównywać z sobą wartości pojętych abstrakcyjnie. Gdy porównujemy na przykład zdrowie z dochodem, nie możemy oczekiwać od respondenta, że będzie w stanie powiedzieć, czy uważa, iż zdrowie jest zawsze i dla każdego ważniejszym elementem pomyślności życiowej niż dochód. Może on albo powiedzieć, czy uważa, że jego własne zdrowie jest ważniejsze niż jego dochód, albo czy — jego zdaniem dla przeciętnego człowieka przeciętne zdrowie jest ważniejsze niż przeciętny dochód, itd. Odpowiedzi są więc określone albo przez warunki własnego życia, albo przez typowe warunki życia w danej społeczności, albo przez wyobrażone warunki idealne, itd.

Znów jednak nie można się spodziewać, by mogło być inaczej. Ocena, jaką się przypisuje rozmaitym przedmiotom, jest istotnie wyznaczona przez warunki, w których rozpatruje się te przedmioty. Badanie wartości musi zatem ten czynnik uwzględniać. Uzależnienie wartości od lokalnych warunków życia sprawia, że konkluzje badań nad wartościami nie mogą być bezpośrednio przenoszone z jednej społeczności na drugą, a nawet odnoszone do tej samej społeczności po zasadniczej zmianie jej warunków życia.

Rescher uwzględnia ową relatywizację ocen do warunków życia. Zwraca przy tym uwagę na taki jej aspekt, który pozwala lepiej zrozumieć wpływ warunków na oceny. Stwierdza mianowicie, że społeczne reakcje emocjonalne przypominają wahania giełdy. Giełda reaguje nie na rzeczywiste zmiany rentowności przedsiębiorstw, lecz na przewidywane zmiany. Wyprzedza je faktycznie i z góry obniża wartość akcji upadających przedsiębiorstw; lub odwrotnie — z góry podwyższa wartość akcji tych przedsiębiorstw, których rentowność ma zwykłą tendencję. Podobne zjawisko obserwuje się w ocenie zmian warunków życia. Gdy jakaś zmiana jest od dawna oczekiwana, uznana za konieczną i słusznie należąca, ocena jej realizacji zostaje zaniżona, gdyż zmiana ta z góry została „oszacowana” i wliczona do aktualnych warunków życia¹⁵. Warto przy okazji podkreślić, że badanie czynników mogących sy-

¹⁵ Ibid., s. 43 i 57.

stematycznie oddziaływać na przesunięcia preferencji i ocen jest osobnym tematem godnym naukowej analizy.

Ostatni zarzut dotyczy niekoherencji w porządku wartości, czyli faktu, że oparta na preferencjach hierarchia nie odzwierciedla związków logicznych, przyczynowych itd., a więc np. nie może być podstawą normatywnych zaleceń, gdyż byłyby one niewykonalne w praktyce.

Trzeba w odpowiedzi stwierdzić, że nie mamy wrodzonej wiedzy na temat związków przyczynowych. Oceniamy fragmenty rzeczywistości nie tylko abstrahując od ich przyczyn i następstw, lecz najczęściej nie zając ich w ogóle. Ocena wyraża wyłącznie relację między oceniającym a ocenianym przedmiotem. Nie może jednocześnie wyrażać relacji między tymi dwoma elementami a innymi przedmiotami związanymi z nim zależnością przyczynowo-skutkową lub jakąkolwiek inną.

W sumie więc, wiedza o preferencjach społecznych może być wiedzą rzetelną i w istotny sposób przyczyniać się do odpowiedzi na pytanie, jaką wartość ma zdrowie. Jeśli pragniemy znaleźć racjonalne przesłanki właściwego podziału środków społecznych, jeśli chcemy poznać opinię ogółu na temat wartości zdrowia, jeśli — jednocześnie — zamierzamy w jakimś stopniu uzależnić własne zdanie od zdania ogółu, badanie preferencji dostarczy istotnych informacji.

Jeśli jednak nie chcemy wiedzieć, co inni myślą na temat wartości zdrowia, lecz chcemy się dowiedzieć, jaką zdrowie ma wartość niezależnie od tego, co kto o nim myśli — preferencje nie przydadzą się na nic. Wtedy jednak nie przyda się na nic żadna inna koncepcja zdrowia spośród tych, które były tu omówione.

Яцек Холювка

О ПОНЯТИИ И ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ

В соответствии с предложениями С. Польгара¹, здоровье рассматривается как «отсутствие болезни» и как «*élan vital*». Эмпирическим наукам: биологии, медицине, социологии предстоит выбрать одну из этих двух теоретически противоположных концепций. Можно ожидать, что эти науки будут когда-нибудь в состоянии ответить на вопрос, существует ли неспецифический и достаточно общий защитный механизм организма, ограждающий его перед болезнями. Если — да, то одержит верх концепция «*élan vital*», если же — нет, то восторжествует концепция «отсутствия болезни».

Приняты во внимание три метода оценки здоровья: здоровье как идеал, здоровье как состояние удовлетворения некоторых потребностей и здоровье как предмет предпочтения. Каждый из поочередно изложенных методов характеризуется определенными преимуще-

¹ S. Polgar, *Health*, w: *International Encyclopaedia of Social Sciences*, b.m.r.

ствами по сравнению с предыдущими. Особым достоинством последней концепции является то, что она создаст теоретические предпосылки для проведения сулящих интересные результаты анкетных исследований по одной из серьезнейших проблем социологии медицины.

Jacek Hołowka

ON THE CONCEPT AND VALUE OF HEALTH

Following a suggestion of S. Polgar¹ health has been discussed as the "lack of illness" and "élan vital". The choice between these two conceptions is said to belong to biology, medicine and sociology. It is feasible that these sciences will be able some day to find out if there is a non-specific and sufficiently general defense mechanism against various diseases, and if so, the concept of "élan vital" will have been shown to be more appropriate, if not, the concept of "lack of illness" will have to be given priority.

Three main methods of health assessment have been discussed: health conceived as a certain ideal, as a state of fulfillment of needs and as an object of preferences. A particular merit of the last concept is that it suggests a promising survey of views on one of the most important issues of medical sociology.

¹ S. Polgar, *Health*, w: *International Encyclopaedia of Social Sciences*, b.m.r.