

Włodzimierz Piątkowski

Transformacja systemowa i nierówności w zdrowiu. Perspektywa zwykłego człowieka

Słowa kluczowe: nierówności zdrowia, transformacja systemowa

■ Uwagi wprowadzające

Niniejszy artykuł nie będzie się koncentrował na opisie transformacji systemowej, logice tych przemian, modelach teoretycznych wyjaśniających mechanizmy zmiany społecznej czy interpretacji jej rozmaitych skutków. Temat ten był obiektem systematycznych dociekań socjologów ogólnych i ma swoją klasyczną literaturę. Tworzą ją znane, syntetyczne opracowania Jadwigi Staniszkis, Piotra Sztompki, Henryka Domańskiego i Andrzeja Rycharda, Edmunda Wnuka-Lipińskiego i innych [1]. Dla porządku przypomnijmy jedynie, że termin „transformacja” ma oczywiście szerszy sens niż struktura i dynamika zmian zachodzących w krajach postkomunistycznych w ostatnich dwudziestu latach. Transformację (w kontekście, który nas interesuje) odnosimy tu do głębokich, długotrwałych i wielowymiarowych zmian cywilizacyjnych o przełomowym charakterze. Należy przy tym podkreślić, że teoretycy transformacji rychło spostrzegli, że odnosi się ona także do sfery zdrowia, choroby i funkcjonowania systemu medycznego [2]. Większość badaczy transformacji jest zgodna co do faktu, że proces ten w Polsce jest zjawiskiem dynamicznym stwarzającym podłoże do dalszych zmian, ma uwarunkowania historyczne wpływające na jego kształt i charakter; punktem odniesienia dla aktywnych „aktorów transformacji” są wzory zachodnich, demokratycznych społeczeństw rynkowych, „motorem” zaś tego procesu ruchy i zjawiska o charakterze masowym. Kierunek i logikę przyszłych zdarzeń związanych z transformacją trudno precyzyjnie przewidzieć, jest to bowiem proces dynamiczny, niezwykle złożony, na którego przebieg ma wpływ wiele różnorodnych elementów działających ze zmienną siłą. Jak stwierdza Wiesław Gumuła [2], najczęściej przyjmuje się, że ramy procesów transformacyjnych wyznaczone są przez: historyczność, podmiotowość, refleksyjność i globalizację. Historyczność społeczeństw okresu wielkiej zmiany powoduje, że swoiste, dziedziczone podłoże kul-

turowe oraz zasoby przeszłości (wcześniejsza społeczna droga danej zbiorowości) wpływają na scenariusze aktualnych i przyszłych przekształceń. Podmiotowość oznacza, że procesy i struktury społeczne są rezultatem działań ludzkich. Refleksyjność sprowadza się m.in. do definiowania własnej sytuacji i nabywania umiejętności przekonywania do swoich racji. Skutkiem globalizacji natomiast jest podatność społeczeństwa w transformacji na dyfuzję zewnętrznych wzorów i wartości, z kolei one same także eksportują własne rozwiązania.

1. Społeczne koszty transformacji

W badania podejmowanych przez socjologię procesów transformacji stosunkowo wcześniej zauważono, że jedną z istotnych cech tego typu zjawisk są ich społeczne koszty. Niekiedy traktowano je jako zjawisko marginalne i rodzaj koniecznego, choć niepożądanego efektu ubocznego, bądź wreszcie jako immanentną, ważną cechę „polskiego, ułomnego modelu zmian ustrojowych”. Komentatorzy i interpretatorzy przemian transformacyjnych mieli rozmaite opinie na temat skali, charakteru oraz przyczyn zjawisk, które określano jako „patologiczne czy dysfunkcjonalne” [3]. Genezy tych problemów upatrywano zarówno w szybkości, radykalności i skali transformacji, jak też w opóźnieniach i zaniedbaniach poprzedniego ustroju. Symbolem negatywnych efektów przemian były liczne grupy wykluczonych, marginalizowanych, izolowanych Polaków pozostających w poczuciu wielowymiarowej deprivacji [4]. Dopiero na początku drugiej dekady badań nad transformacją różni autorzy, przyjmując często odmienne perspektywy, zaczęli zwracać uwagę na rosnące i utrwalające się podziały społeczne, syndrom „dziedziczenia biedy i niedostatku”, ekonomiczne, cywilizacyjne i kulturowe podziały terytorialne kraju („Polska jedna czy wiele?”). Z jednej strony ustabilizowały się obszary wzrostu gospodarczego, niskiego bezrobocia i coraz lepszej infrastruktury,

z drugiej zaś strony o złych rokowaniach ekonomicznych (niska dynamika rozwoju oraz brak perspektyw na przełamanie regresu cywilizacyjnego). W tych ostatnich ludziom towarzyszyło poczucie pesymizmu, beznadziejności, apatii i zniechęcenia. Coraz liczniejsze i coraz bardziej alarmujące diagnozy społeczne i ekspertyzy stopniowo zaczęły odsłaniać obraz trwałego wykluczenia oraz izolacji, które narastały wśród licznych kategorii ludzi zależnych od opieki innych lub wsparcia niewydolnego systemu pomocy społecznej. Zwracano uwagę, że ta grupa przestała być „marginesem społecznym”, jej liczebność bowiem stopniowo rośnie, a bieda i bierność ulegają coraz częściej petryfikacji i dziedziczeniu. Zjawiska te są szczególnie drastyczne i bolesne, gdy dotyczą dzieci i młodzieży, zarówno tej wielkomiejskiej, jak i pochodzącej ze środowisk wiejskich i małomiasteczkowych [5]. Stawiano wówczas pytania, mając równocześnie świadomość społecznej wagi podejmowanych problemów: czy wyłączone (z różnych powodów) obszary wiejskie lub stare regiony przemysłowe i członkowie miejscowych społeczności lokalnych mają też ponosić „nieuchronne koszty transformacji”?, czy takich kosztów można uniknąć lub przynajmniej zmniejszyć ich dolegliwość? Wydaje się, że powoli zaczęła dominować i utrwalać się opinia, że skala i głębokość zjawisk patologicznych wynika raczej z konkretnych błędów polityki transformacji niż z obiektywnej logiki koniecznych, lecz bolesnych zmian systemowych. W rezultacie, coraz częściej zaczęto krytykować nie tylko kierunek, ale też tempo i zakres reform. Na początku drugiej dekady badań nad transformacją opisano pojawiające się „patologie systemowe”. Afery na styku biznesu, mediów i polityki ujawniły fasadowość polskiej demokracji, skalę i bezkarność korupcji na różnych szczeblach władzy, niejawną symbiozę „elit polityki i gospodarki”, patologię procesów prywatyzacyjnych itd. Część badaczy zwróciła się w kierunku analizy zjawisk klientelizmu, nepotyzmu gospodarczego i identyfikacji sieci powiązań i układów. Osobnym wątkiem akcelerującym nierówności społeczne towarzyszące „wielkiej zmianie” jest, według niektórych autorów, postępujący „paraliż i słabość państwa i jego instytucji”. Oczywiście diagnozy społeczne, wynikające z badań socjologicznych, nie były z reguły znane tej części społeczeństwa, którą nazywano „przegranymi transformacji”, choć warto zaznaczyć, że dzięki „opozycji antysystemowej” i rosnącej roli komunikacji za pomocą Internetu świadomość opuszczenia, pozbawienia szans, egoizmu „elit polityczno-gospodarczych” oraz redukcji funkcji państwa (zwłaszcza tych pomocowych i socjalnych) zdaje się docierać do coraz większej rzeszy tzw. zwykłych ludzi.

2. Społecznie warunkowane nierówności w zdrowiu i chorobie

Pisząc te słowa mam świadomość, że temat nierówności społecznych, odnoszonych do zdrowia i choroby, jest przedmiotem szczególnego zainteresowania także innych autorów, publikujących artykuły w tym tomie. Równocześnie jednak mam nadzieję, że te związane uwagi

wprowadzą Czytelnika w problematykę badań własnych, prezentujących punkt widzenia tzw. zwykłych ludzi, którzy korzystają z propozycji oferowanych przez niekonwencjonalnych terapeutów.

Jak wcześniej wspomniano, skutki transformacji dla sfery zdrowia i choroby zostały dość wcześnie zauważone przez niektórych badaczy „wielkiej zmiany”. Mówiąc tu o skutkach, świadomie pominię dość liczne i istotne dobroczynne efekty przemian społecznych i technologicznych w sferze zdrowia (lepsza infrastruktura instytucji zamkniętej i otwartej służby zdrowia, relatywnie dobry dostęp chorych do placówek podstawowej opieki zdrowotnej i gabinetów lekarzy ogólnych, radykalne polepszenie się jakości sprzętu medycznego stosowanego w diagnostyce i terapii itd.). Skupię się tu głównie na negatywnych aspektach transformacji systemowej i ich niekorzystnym wpływie na postawy, potrzeby i zachowania dotyczące sfery zdrowia i choroby. Zaznaczę od razu, że temat społecznie determinowanych nierówności w zdrowiu był od lat (wcześniej niż w Polsce) klasycznym wątkiem rozważań zachodnich socjologów medycyny. Dla jasności dalszego wywodu podaję jedynie kilka wybiórczo dobranych przykładów.

Graham Scambler i David Blane badając wymiary nierówności społecznych w Wielkiej Brytanii, podkreślają m.in. różnicującą rolę dochodów, warunków pracy oraz miejsca, jakie zajmuje jednostka w strukturze stratyfikacyjnej, co sytuuje ją na skali bieda–bogactwo. Autorzy ukazują współzależność biedy i złych warunków życiowych oraz wskaźników umieralności niemowląt, umieralności dzieci w wieku 1–15 lat, a także mężczyzn w wieku 20–64 lat. Scambler i Blane podkreślają także wyraźne różnice pomiędzy dobrymi wskaźnikami zdrowia dla przedstawicieli kategorii I w skali stratyfikacji (profesjonaliści) a złymi dla kategorii VI (niewykwalifikowani robotnicy fizyczni). Z wieloaspektowej analizy powołanych autorów wynika, że ogólnie, bieda zwiększa i przyspiesza ryzyko zgonów i chorób determinowanych społecznie [6].

Kolejnym przykładem podobnego rodzaju badań, dotyczących rozwiniętych społeczeństw zachodnich, jest praca Michaela Seniora i Bruce’a Viveascha, której przedmiotem są nierówności w społeczeństwie amerykańskim. Autorzy zwracają uwagę na sześć czynników socjoekonomicznych, mających bezpośredni lub pośredni wpływ na zdrowie dzieci i młodzieży. Należą do nich rodzaj zawodu wykonywanego przez rodziców, poziom ich wykształcenia, społeczna jakość środowiska sąsiedzkiego, typ budownictwa, dostępność infrastruktury higienicznej, zagęszczenie pomieszczeń mieszkalnych. Wszystkie te czynniki, dobrze lub źle skonfigurowane, mają też istotny wpływ na zapadalność na najczęstsze choroby cywilizacyjne i wskaźniki umieralności. Podkreśla się, że standaryzowane wskaźniki umieralności np. na raka płuc (mężczyzn i kobiet) wskazują na istniejącą zależność pomiędzy klasą społeczną a ryzykiem wystąpienia nowotworu – im niższa klasa społeczna (tu 6) – tym większe prawdopodobieństwo zgonu na raka płuc. Senior i Viveasch raportują również, że w przypadkach wielu innych chorób cywilizacyjnych osoby przynależące

zące do klasy najniższej mają wyraźnie większe ryzyko zgonu niż przedstawiciele klasy najwyższej (profesjonaliści). Równocześnie prognozowany okres przeżycia dla dziecka, którego rodzice przynależą do klasy najwyższej w skali społecznej stratyfikacji, wynosi siedem lat więcej niż dziecka, którego rodzice są niewykwalifikowanymi robotnikami [7].

Jeszcze jeden przykład z podobnych badań dotyczących rozwiniętych społeczeństw zachodnich: Stephanie A. Robert i James C. House omawiają metodologię pomiarów społecznych nierówności w zdrowiu i odnoszą te wskaźniki zarówno do poszczególnych osób (jednostek), jak i do mikrostruktur (rodziny). Pozycja socjoekonomiczna działa na poziomie mikro- jak i makrospołecznym, odnosząc się do różnych płaszczyzn życia społecznego (społeczność lokalna, region, kraj). Autorzy podkreślają, że dążenie do zmniejszenia się społecznych nierówności w zdrowiu jest powinnością tak socjologów (prowadzenie badań, ekspertyzy, raportu dla instytucji planujących i realizujących politykę społeczną), jak też naczelnym zadaniem, którego społeczeństwo oczekuje od rządzących [8].

W polskiej socjologii medycyny, podobnie jak w zachodniej, problematyka społecznych nierówności w zdrowiu i chorobie ma też swoją tradycję. Zaprezentuję tu jedynie zarys kilku ujęć tych zagadnień; będą one bowiem stanowiły kontekst późniejszych rozważań na temat ich roli dla zwykłych ludzi. Świadectwa ich ocen, opinii i potocznego sposobu myślenia były przedmiotem badań własnych autora.

Jednym z przejawów nierówności społecznej w sferze zdrowia jest – szczególnie warty podkreślenia – fakt trudnej dostępności świadczeń onkologicznych dla ludzi biednych. Powoduje to, że czas oczekiwania na diagnostykę i terapię jest „śmiertelnie długi”. Dla większości ubogich pacjentów żadna z trzech potencjalnych strategii rozwiązywania sytuacji „czekania na zabieg” nie jest dostępna. I tak, nie mogą oni korzystać z szybkiego leczenia prywatnego, nie posiadają znajomości z wpływowymi osobami mogącymi przyspieszyć oczekiwane procedury; w grę nie wchodzi również wizyta w prywatnym gabinecie lekarza pracującego w publicznym szpitalu. Według raportu Fundacji „Watch Health Care” pacjenci mają aktualnie utrudniony dostęp do ponad 200 zabiegów, które są formalnie gwarantowane przez państwo. Oczywiście inna jest sytuacja chorego „spokojnie oczekującego na endoprotezę”, a zupełnie nieporównywalna osoby z nowotworem złośliwym, zapisanej na odległy w czasie termin zabiegu leczniczego. W 2011 roku na czele rankingu czekających znajdują się pacjenci oczekujący na zabiegi związane z diagnostyką onkologiczną. Przyczyną tego rodzaju patologii jest fakt, że chorzy trafiają na listy oczekujących w szpitalach ogólnych, które nie są przygotowane do uruchamiania procedury szybkiej diagnostyki onkologicznej. Trudny dostęp do leczenia prowadzi do korupcji, wówczas ludzie chorzy i biedni (często także starzy) nie są w układach korupcyjnych stroną dającą, bo po prostu nie „mają czego dawać”. O ile zdesperowani pacjenci niekiedy omijają kolejkę, robiąc sobie prywatnie

badania diagnostyczne, o tyle możliwość przyspieszenia terapii jest już poza ich możliwościami [9].

Strukturalnym efektem transformacji w sferze organizacji służby zdrowia było powołanie Kas Chorych, przekształconych następnie w system Narodowego Funduszu Zdrowia. Problem nierówności w dostępie do świadczeń medycznych (zwłaszcza deficytowych) był przedmiotem analiz socjologów medycyny skupionych wokół Centrum Systemów Organizacyjnych Ochrony Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia. Efekty tych badań kończyły się zwykle wnioskami opisującymi korupcyjny charakter kolejek osób oczekujących na deficytowe zabiegi medyczne. W podsumowaniu swojego raportu autorzy stwierdzają, że powszechność „systemu kolejkowego” w Polsce „jest okazją do łamania zasady powszechności i równości w ochronie zdrowia” [10].

Z kolei analiza skarg odbiorców świadczeń zdrowotnych dowodzi, że dotyczą one obszaru specjalistycznej opieki zdrowotnej. Jedną z typowych kategorii skarg było pobieranie dodatkowych (zdaniem skarżących nie należnych) opłat od osób ubezpieczonych (np. opłaty za przewóz pacjenta na konsultacje w ramach hospitalizacji), żądanie opłat za wykonanie badań diagnostycznych, wystawianie pacjentom skierowań na badania płatne, pobieranie opłat za usługi dostępne w ramach ubezpieczenia i podpisanego kontraktu itd. Ogółem aż 73% spośród ogółu analizowanych spraw dotyczyło ograniczonej dostępności do procedur i świadczeń, które miały charakter limitowany [11]. Podsumowując wątek dotyczący wybranych badań na temat nierówności w sferze zdrowia i choroby, w Polsce odnotujemy jeszcze kilka opracowań o charakterze syntetycznym (prace Antoniny Ostrowskiej z lat 1998 i 2007 i 2010). Oto niektóre wnioski z tych badań i analiz:

1. W polskich badaniach socjologicznych prowadzonych na interesujące nas tematy w ciągu ostatnich dwudziestu lat posługiwano się zarówno wskaźnikami pozycji społecznej, jak też subiektywnymi ocenami zdrowia.
2. Szczegółowej weryfikacji empirycznej poddano twierdzenie, że bogactwo sprzyja zdrowiu, a bieda współwystępuje z chorobami i przedwczesnymi zgonami.
3. Badania wskazały, że medycyna ma relatywnie mniejszy wpływ na przewidywaną długość życia niż czynniki środowiska materialnego i społecznego, które otacza ludzi. Przedmiotem szczegółowych analiz socjologicznych jest tu problem różnic (nierówności) w zdrowiu.
4. Na istotne dla zdrowia warunki życia i dostęp do świadczeń medycznych ma wpływ także zróżnicowany status społeczny poszczególnych osób.
5. Nierówności w zdrowiu warunkowane elementami socjoekonomicznymi są powszechnie odbierane jako niesłuszne i niesprawiedliwe; jednakże możliwość długiego życia pozbawionego chorób i dolegliwości powinna być także przedmiotem indywidualnych, przemyślanych wyborów. Eliminowanie różnic w zdrowiu należy interpretować jako równość w możliwościach „na bycie zdrowym”, a nie zmuszanie kogós do „bycia zdrowym”.

Porównywanie społecznych determinantów zdrowia/choroby w długiej perspektywie czasowej pokazuje, że stan zdrowia Polaków w epoce „realnego socjalizmu” nie był wyraźnie zróżnicowany. W późniejszych analizach (IFiS PAN, 1995) można dostrzec wyraźny wpływ skorelowanych kategorii wykształcenia i dochodu wpływających na różnice w zakresie zdrowia subiektywnego, które mogą być wyjaśnione wpływem statusu socjoekonomicznego [12]. Potwierdzają to także publikacje Ostrowskiej z lat 2009–2010 [13]. Dążenie do redukcji społecznych nierówności w zdrowiu i chorobie jest w ostatnich latach priorytetem w działalności poszczególnych rządów Unii Europejskiej; działania takie są też podejmowane przez wyspecjalizowane agendy organizacji międzynarodowych, takich jak WHO czy ONZ. Dodajmy też, że problematyka ta była jednym z głównych tematów debaty na trzech kolejnych kongresach Europejskiego Towarzystwa Socjologii Zdrowia i Medycyny (ESHMS) w Krakowie, Oslo i Ghant (2006, 2008, 2010). W Polsce niestety nie prowadzi się systematycznych, długoletnich badań nad nierównościami społecznymi związanymi ze zdrowiem i chorobą i korelowanych z pozycją społeczną; w tej sytuacji źródłem wiedzy mogą być jedynie nieregularnie podejmowane prace socjologiczne. Dla socjologów zasadnicza jest odpowiedź na pytanie, które spośród czynników biedy i w jakim stopniu determinują podatność na choroby, a także stan „bycia zdrowym”. Dziś powszechnie przyjmuje się, że zależność między zdrowiem a chorobą ma charakter dwukierunkowy, jak też aprobeuje się dwie główne hipotezy dotyczące czynników sprawczych (materialne warunki życia i czynniki społeczno-kulturowe) [13].

Prawdopodobnie różnice pomiędzy stanem, jakością i długością życia pomiędzy bogatymi i biednymi będą istnieć zawsze, jednak w polskiej sytuacji kategoria ludzi względnie bogatych jest relatywnie nieliczna, a różnice pomiędzy zamożnymi a niezamożnymi rosną i ulegają stopniowemu utrwaleniu. Należy dodać, że w ostatnich latach państwo i jego agendy wyraźnie wycofują się i redukują swoją rolę w sferze, która tradycyjnie była traktowana jako „bardzo socjalna”, czyli w ochronie zdrowia, licząc, jak się wydaje, na zrównoważenie tego faktu przez inicjatywę, zaradność i aktywność obywateli oraz samoczynne działanie „niewidzialnej ręki rynku”. Realnymi celami polityki społecznej (w tym zdrowotnej) nie jest dyrektywa redukcji różnic socjoekonomicznych utrudniających lub uniemożliwiających dostęp do świadczeń zdrowotnych. Wiele wskazuje na to, że zasada solidaryzmu społecznego, a nawet ograniczonej choćby sprawiedliwości społecznej, nie jest już aktualna. Na koniec tego wątku rozważań dotyczących przeglądu wybranych stanowisk badawczych związanych z nierównościami w zdrowiu krótka prezentacja wraz z lapidarnym komentarzem badania przeprowadzonego w ramach międzynarodowego projektu LEECH, obejmującego swym zasięgiem wybrane kraje Unii Europejskiej (Polskę, Słowenię, Łotwę i Hiszpanię). Zamierzenie to koordynowane było przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. W części pracy zatytułowanej: „Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwanie

dla edukacji zdrowotnej” przyjęto m.in., że: im niższy status społeczno-ekonomiczny, tym bardziej niekorzystne zachowania zdrowotne, mniejsza motywacja do zmian służących zdrowiu i ostatecznie gorszy stan zdrowia. Głównym celem badania była strategia mająca na celu zmniejszenie nierówności w szeroko rozumianym dążeniu do zdrowia [14]. Wyniki polskiej części projektu LEECH potwierdzają tezę, że niski poziom wykształcenia oraz dochodów jest wskaźnikiem niedostatecznej znajomości problematyki zdrowia, mniejszej dbałości o zdrowie oraz w efekcie gorszego stanu zdrowia osób należących do licznej kategorii nisko wykształconych i niezamożnych pracowników [15]. Osoby o niskim poziomie wykształcenia (i dochodów) są także zbiorowością zagrożoną zjawiskiem wykluczenia społecznego. Ludzie z tej grupy nie zastanawiają się, czym jest zdrowie i jaki jest jego stan, nie kontrolują swego potencjału zdrowia, rezygnują z profilaktyki zdrowotnej, nie dbają o budowanie kapitału zdrowia.

3. Transformacja w opinii zwykłych ludzi – wybrane wyniki badań

W tej części nawiążę do realizowanego w latach 1990–2010 projektu badawczego mającego na celu budowę podstaw (metodologicznych, teoretycznych, taksonomicznych) „socjologii lecznictwa niemedycznego”. Warto podkreślić, że pierwsza publikacja na ten temat realizowana w ramach tego zamierzenia ukazała się w 1990 roku, a więc kilka lat wcześniej niż późniejsze książki cytowanych poniżej socjolożek brytyjskich: Ursuli Sharmy i Sarah Cant, uznanych za twórczynie kanonu badań na ten temat w socjologii zachodniej. Głównym powodem sformułowania w 1990 roku zasadniczych założeń badawczych i najważniejszych hipotez dotyczących tego zamysłu badań empirycznych była konstatacja, że tak szerokie i mające tendencję wzrostową zjawisko społeczne, jakim jest masowe korzystanie przez Polaków z metod i technik leczenia nieakceptowanych przez medycynę akademicką i oferowanych przez osoby niemające formalnego wykształcenia lekarskiego, nie ma dotąd swojego naukowego opisu i interpretacji. Dodatkowo założono, że nowe zjawiska i procesy społeczne w postaci transformacji systemowej są swoistym akceleratorem i katalizatorem zwiększającym zakres potrzeb zdrowotnych realizowanych poza współczesnym systemem usług zdrowotnych. Celem prezentowanych badań była zatem szczegółowa i systematyczna analiza oraz interpretacja zjawisk społecznych zlokalizowanych wokół lecznictwa niekonwencjonalnego i opis w kategoriach socjologii zdrowia i choroby. Przy tak ujmowanych założeniach głównego problemu badawczego należało ustalić m.in.: czym jest lecznictwo niemedyczne i w jakim zakresie różni się od medycyny akademickiej, przeanalizować stan badań na tym obszarze, uwzględniając zarówno literaturę polską, jak i zachodnią, scharakteryzować istotę nieprofesjonalnych form pomocy w chorobie, przyjmując perspektywę historyczną (z włączeniem do tej kategorii tradycyjnego, wiejskiego lecznictwa ludowego typu

znachorskiego), ukazać przeszłe i terażniejsze uwarunkowania (mikrospołeczne i makrospołeczne) systemu świadczeń zdrowotnych oferowanego przez laików poza medycyną. Tak określone cele obligowały do ukazania, jak współczesne procesy i zjawiska społeczne – modernizacja, globalizacja, industrializacja, rewolucja technologiczna – wpływają na kształt i charakter analizowanego fenomenu. Integralną częścią referowanego projektu badawczego była też część empiryczna badań, w tym konkretnym wypadku polegająca na jakościowej i ilościowej analizie ponad 3500 listów, jakie wysłali telewidzowie systematycznie oglądający programy niekonwencjonalnych terapeutów. Uzyskane tą drogą wyniki pozwoliły m.in. uzyskać odpowiedź na pytanie, jakie są główne przyczyny korzystania przez miliony Polaków z ofert niekonwencjonalnych uzdrowicieli, jakie są społeczne skutki praktykowania tego typu leczenia (analizowano tu także potencjalne i realne niebezpieczeństwa wynikające ze stosowania metod uzdrawiania nieuznanych i krytykowanych przez medycynę akademicką), dokonano analizy zakresu tego zjawiska oraz nakreślono ramy teoretyczne oraz metodologiczne przyszłych badań. Takie ujęcie zostało ocenione jako istotny wkład do opisu społeczeństwa polskiego w okresie transformacji systemowej oraz uzupełnienie wiedzy z zakresu socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Podkreślono, że opisany w kategoriach nauk o zachowaniu system świadczeń oferowanych przez nielekarzy poza medycyną (w tym samolecznictwo) ma większy wpływ na stan zdrowotności Polaków niż instytucje i zawody medyczne.

W dalszej części zostaną opisane wybrane wyniki analizy treści 1311 listów, które wpłynęły do II programu TVP w 1991 roku na skutek apelu komentatorów audycji niekonwencjonalnego terapeuty Anatolija M. Kaszprowskiego, emitowanej w latach 1990–1992 i oglądanej średnio przez 8–9 mln widzów. W rozważaniach tych punktem odniesienia będzie 249 pisemnych relacji, z których część będzie stanowiła ilustrację omawianej problematyki. Metodologia tego badania została szczegółowo opisana w innym miejscu [16]. Badano fragmenty dokumentów osobistych; jednostką analizy były zwarte części listów, w których dominowały wyraźnie wyodrębnione wątki tematyczne. Materiałem, który zostanie niżej zaprezentowany i skomentowany, jest zbiór wypowiedzi dotyczący oceny transformacji społecznej przez uczestników teleterapii. Zanim jednak przejdziemy do ukazania przykładów myślenia potocznego zwykłych ludzi o problemach transformacji społecznej, w tym postrzegania nierówności społecznych w zdrowiu, omówimy ogólne założenia zrealizowanego projektu.

Uwzględnienie perspektywy laickiego spojrzenia na zdrowie i chorobę jest niezbędne, jeśli chcemy zrozumieć poglądy, postawy i zachowania licznej grupy ludzi o niskim statusie socjoekonomicznym. Jak już wspomniano, osoby takie są na ogół słabo wykształcone i z reguły mają niskie dochody. Warto także dodać, że stanowią one około 1/4 społeczeństwa. Grupę tę cechuje także nierzadko subiektywny, irracjonalny i emocjonalny stosunek do zdrowia i choroby, co m.in. dokumentują cytowane wyżej badania, realizowane w ramach projektu LEECH.

Właśnie takie stronnicze spojrzenie na zdrowie i chorobę będzie przedmiotem dalszych rozważań. Zastosowanie metody socjologii jakościowej pozwala na dokonanie, bez uprzedzeń „socjologa–empiryka”, opisu swoistej świata „nieprzedstawionego”, zrozumienie przeżyć, przekonań i emocji, które często towarzyszą chorobie i procesowi chorowania. Przy tak nakreślonych celach szczególnie przydatne wydają się ramy teoretyczne, jakie wyznaczają: symboliczny interakcjonizm, fenomenologia i etnometodologia [17].

4. Eliota Freidsona koncepcja *lay referral system*

Bezpośrednią inspiracją i dyrektywą metodologiczną, a zarazem ważnym punktem odniesienia w badaniu i interpretacji myślenia i społecznego działania zwykłych ludzi są poglądy Eliota Freidsona. Zostały one sformułowane na początku lat sześćdziesiątych XX wieku. Twórca koncepcji *lay referral system* poszukiwał efektywnego sposobu zrozumienia uniwersalnych mechanizmów pozwalających zwykłym ludziom na radzenie sobie, relatywnie dobrze, w sytuacji choroby, mimo braku wiedzy medycznej. Podjął próbę opisu wymiany informacji o zdrowiu i chorobie, sposobów wzajemnej pomocy, korzystania z sieci wsparcia uzyskiwanego od rodziny, sąsiadów, kolegów przyjaciół itd. Stworzona przez Freidsona koncepcja pozwala na zrozumienie, jak ludzie uzgadniają diagnozę, konfrontują z sobą różne rady dotyczące terapii, szukają skutecznych sposobów zachowania zdrowia i unikania typowych chorób. W praktyce życia codziennego wpływy sieci „profesjonalnych” i „laickich” nakładają się na siebie i wzajemnie przenikają; są to *lay referral network* oraz *professional referral network*. Większość laików korzysta z nieformalnego systemu pomocy w chorobie (*informal health care*) i w tym sensie prawdziwe jest twierdzenie: *we are all health workers*. Do opisu interpretacji powszechnych, popularnych zachowań w chorobie, opartych na systemie wiedzy potocznej, zdroworozsądkowej, konieczne jest odniesienie się do całości koncepcji Freidsona zawartej w jego dwóch klasycznych pracach: *Patient's view of medical practice* (1961) i *Profession of medicine* (1970). Ich autor na początku lat sześćdziesiątych XX wieku przepowiedział późniejszą ekspansję nieformalnych systemów pomocy w chorobie. Badając zachowania zwykłych ludzi (*ordinary people*) – robotników pracujących w nowojorskiej dzielnicy Bronx, podkreślał znaczenie subiektywnych, prywatnych przekonań ludzi wywołanych chorobą. Kluczową kategorią stała się tu „anatomia podejmowania decyzji”: komu powierzyć pieczę nad własną chorobą (profesjoniście czy uzdrowicielowi), czy można nic nie robić, czekając, aż choroba sama przejdzie, czy leczyć się samemu. Skłonność do poddawania się władzy i kurateli medycyny jest, według Freidsona, tym większa im bardziej pacjent identyfikuje się z kulturą profesjonalną lekarza. Analiza stereotypów, emocjonalnych sądów, irracjonalnych decyzji, uproszczonych opinii, zachowań intuicyjnych – właśnie ten świat znaczeń, symboli i swoistych „kodów kulturowych” tworzy obszar codziennych doświadczeń leczniczych „zwykłych ludzi” [18].

5. Transformacja systemowa i nierówności w zdrowiu – perspektywa zwykłych ludzi

Analizując wcześniej opisany zbiór listów nadesłanych do telewizji przez uczestników teleterapii prowadzonej przez Kaszpirowskiego (w obawie, że program nie będzie kontynuowany), wybrano kilka fragmentów do poniższej prezentacji. Oscylują one wokół trzech kategorii problemów:

1. trudności finansowe odczuwane przez uczestników w pierwszej fazie transformacji;
2. odczuwanie „traumy” wielkiej zmiany (niepewność, lęk, zagrożenie, poczucie braku perspektyw);
3. przejawy nowego myślenia o sprawach społeczno-ekonomicznych (postawa autokreacyjna, obywatelska, proreformatorska, innowacyjna).

Trudności finansowe

- *Zwracamy się z uprzejmą prośbą o nadawanie programów z dr. Kaszpirowskim. Prosimy o pokazywanie programów na żywo. My czekamy na takie programy dla nas biednych i schorowanych ludzi, emerytów i rencistów żyjących w skażonym środowisku (kod bad. 763).*
- *Nam, chorym, na tym zależy, gdyż nie wszyscy mogą się leczyć przez naszych lekarzy, gdyż nie mamy pieniędzy na wszystkich, bo renta skromna (kod bad. 112).*
- *Czekamy na seanse doktora Kaszpirowskiego. Piśszę czekamy, bo tak jak ja wielu ludzi chciałoby to oglądać. Jestem rencistką, inwalidką II grupy, mam najniższą rentę, a leki jak wiadomo zaczęły być teraz płatne. Nie wystarcza na zapłacenie czynszu i innych świadczeń, a gdzie jedzenie? (kod bad. 101).*
- *Obecnie w telewizji mówi się tylko o polityce, a dzieci specjalnej troski nie mają godziwych warunków leczenia. Nie każde dziecko może skorzystać z oferty min. J. Kuronia. Być może wiele osób zrezygnowałoby z zupy na rzecz seansu. Wpływają pieniądze na konta, których trudno zliczyć, jak „Pomocna dłoń”. To my, rodziny upośledzone, żyjące w niedostatku, na ogół matki niepracujące, gdzie od lat żywicielem jest druga osoba, mamy zasilać konto SOS? Proszę mi wybaczyć, ale nie rozumiem tego ogólnego bałaganu i nie wiem, kogo należy wspierać i na co możemy liczyć (kod bad. 450).*
- *Jeszcze jedna przykra sprawa: prawdopodobnie znów zdrożały opłaty za telewizor, z jakiego powodu, dokąd tak będzie? Z kwartału na kwartał podwyżka, komunikacja zdrożała, prąd, PZU itd. A co ma zrobić rolnik, jak u nas wszystko tanieje, przerażenie nas ogarnia! Co dalej? My sprzedajemy 1 litr mleka zależnie od regionu od 350 do 500 zł. A buteleczka oranżady kosztuje 500–600 zł. Boże, co za czasy. I to ma być Polska, w które rządzi Solidarność – jeden kg jaj 3000 zł. I można za nie kupić 1,5 kg soli, kiedyś przed kilkunastu laty 20 kg soli, o zgrozo, co się dzieje. Przecież rolnicy nie zawiniли, że kraj w kryzysie, ci, co zawiniли, nadal żyją w dobrobycie (kod bad. 321).*

Powyższe wypowiedzi ukazują jeden z typowych wątków pojawiających się w analizowanych listach –

sygnalizowanie narastających trudności finansowych, odczuwanie bezradności, opuszczenia i frustracji. Większość oglądających – to ludzie starsi (w tym emeryci i renciści), dla których np. wprowadzenie częściowej odpłatności za leki i skokowy wzrost ich cen były przyczyną prawdziwych życiowych dramatów. W okresie wysokiego bezrobocia początku lat dziewięćdziesiątych renty i emerytury stawały się w wielu rodzinach jedynym przewidywalnym, choć na niskim poziomie, źródłem dochodów. Należy przypomnieć, że był to okres funkcjonowania rządu Tadeusza Mazowieckiego, usiłującego wprowadzać działania osłonowe w celu zamortyzowania skutków ekonomicznych reformy Leszka Balcerowicza. Wysoka inflacja, szok związany z szybkim wzrostem bezrobocia i brak perspektyw skłaniał ludzi do szukania pociechy, wsparcia i optymizmu w nadawanych seansach teleterapii Kaszpirowskiego.

Odczuwanie „traumy” wielkiej zmiany

- *Nasze społeczeństwo jest przecież w tak wielki sposób chore i zestresowane. W obecnych czasach, przy niedoborze leków i przy wysokich cenach, pozwólcie ludziom korzystać z tej okazji i z tej bezpłatnej kuracji. To nie zaszkodzi, a wielu przypadkach może pomóc. Niech z tego skorzysta jak najwięcej osób, jeszcze trochę, a wybór leczenia będzie zależał od ludzi i będzie się spełniała ich własna wola (kod bad. 791).*
- *Pomyślcie jednak o tej szerokiej rzeszy ludzi niezamierzonych – młodych i starych, dzieci cierpiących! W Polsce, gdzie tak trudno o pomoc we wszelkiego rodzaju schorzeniach. Jeśli ten program sprawi tylko to, że ludzie załamani, ulegający depresji, w naszej ciężkiej sytuacji poczują się podniesieni na duchu, a u innych wzbudzi chęć do walki z nałogami – to chyba warto to kontynuować (kod bad. 303).*
- *Otóż od roku w Polsce opłaty pocztowe tak podrożały, że nie wszyscy starsi ludzie, a zwłaszcza emeryci i renciści, mogą sobie pozwolić na korespondencję. W Rosji opłaty za listy są znikome i wystarczy tylko chcieć i mieć do kogo napisać. Żyjemy w okresie niepewności jutra, wszystko coraz droższe, zaczyna brakować taniej żywności, żyjemy w strachu przed utratą pracy (kod bad. 96).*
- *Należy stwierdzić, że te programy były niezwykle relaksujące, o pozytywnym kojącym wpływie na psychikę człowieka. Życie nasze jest coraz trudniejsze, szare, pełne stresów. Godzina relaksu raz na tydzień jest wielkim dobrodziejstwem; bylibyśmy wdzięczni za dostrzeżenie tych spraw i wychodzenie naprzeciw problemom zwykłych ludzi (kod bad. 1053).*
- *Zwracamy się o wznowienie seansów terapeutycznych A.M. Kaszpirowskiego, jest to też prośba moich przyjaciół. [...] Dzięki niemu wiele osób odzyskało wiarę w siebie, moc, energię. W tych tak trudnych, pełnych stresów czasach sądzimy, że półgodzinne spotkanie jest niezbędne, aby zachować prawidłowy stan zdrowia nas wszystkich (kod bad. 1096).*

Niskie płace, renty i świadczenia socjalne niewystarczające na „związanie końca z końcem”, niedobór i wysokie ceny leków, podwyżki kosztów energii i opłat czynszowych to typowe czynniki wywołujące chroniczny,

głęboki i postępujący stres społeczny. Kontakt z terapeutą telewizyjnie odbierają jako „ciepły, rozluźniający i odprężający”. Traktują seanse jako remedium na troski i kłopoty życia codziennego. Muzyka, słowa, a nawet tembr głosu Kaszpirowskiego działa, według nich, kojąco i relaksująco. Telewizjowicze oczekują od kierownictwa II programu TVP regularności seansów, zwiększenia ich dostępności (przeniesienia do odbieranego w całej Polsce programu I), a przede wszystkim zapewnienia, że cykl „Spotkań z dr. Kaszpirowskim” nie zniknie z ekranów, jako najlepszy sposób radzenia sobie ze stresem dnia codziennego i najlepszą metodą wsparcia w ciężkich czasach.

Przejawy nowego myślenia o sprawach społeczno-ekonomicznych

- *Jeśli pan Kaszpirowski przyjmie zaproszenie, to wtedy Telewizja Polska powinna podać konto, na które można by było wpłacać pieniądze na jego honorarium, a wierzę w to, że każdy by coś wysłał, gdyż kupuje się takie drogie leki, prawie że to nie pomaga w leczeniu, a na takie seanse to każdy by w większym czy mniejszym stopniu wysłał i na pewno by się nagromadziło dużo milionów, z których by został niewielki jakiś zysk (kod bad. 211).*
- *Na litość boską nie przerywajcie nadawania seansów. Oczekujemy na nie z wielką niecierpliwością. One sprawiają, że naród Polski jest uzdrawiany, więc pomagajcie w tym. Zdrowie narodu to rzecz nadrzędna i mniejsze wydatki, koszty w budżecie, to wszystko poprawia obecną ekonomikę naszego kraju (kod bad. 395).*
- *Korzystają z tych programów przeciętni Polacy, korzystają z nich przeważnie ludzie starsi, chorzy, emeryci, mamy telewizory stare, szczęśliwi, że jest jakiś kontakt ze światem. Wiele osób zapłaciłoby za specjalną usługę, chcąc oglądać program z Kaszpirowskim. Powiedzcie w telewizji, że kto chce oglądać program z Kaszpirowskim, ma wpłacić na jakieś konto czy wolne datki, mielibyście dodatkową korzyść (kod bad. 654).*
- *Zdaję sobie sprawę, że taki program–seans dla Polaków kosztuje. To przecież nic innego, jak ustalić, w jakich terminach taki seans odnosi skutek i wreszcie ile takich seansów może dać porządnny skutek. Wystarczy powołać komitet lub np. odpowiedzialnego redaktora dla ustalenia konta bankowego, na które można wpłacać określone kwoty. O ile dokonujemy różnych wpłat na inne cele, to i w takim przypadku dotacje na taki seans zapewne wpłyną (kod bad. 585).*
- *Szanowni Państwo, zwracam się do was serdecznie, aby programy Kaszpirowskiego wprowadzić jako stałą pozycję programu II. Dziś, gdy leczenie dostępne jest wyłącznie dla bogaczy, Dr Kaszpirowski jest błogosławieństwem. Gdy Balcerowicz morduje naród polski, w Kaszpirowskim nadzieja (kod bad. 34).*

Autorzy listów starają się znaleźć rozwiązania codziennych problemów nowej, nieznanej wcześniej rzeczywistości, z którą sobie nie radzą. Można dostrzec pierwsze przykłady nowego myślenia kategoriami eko-

nomii kapitalizmu; ludzie zaczynają się posługiwać takimi terminami, jak: deficyt, zysk, dochód, opłacalność itd. Widząc, że „biedna” telewizja państwowa nie ma środków na zakup nowej serii programów Kaszpirowskiego, proponują np. powołanie fundacji, stowarzyszeń, organizacji społecznych, mających gromadzić fundusze na dalsze finansowanie cyklu „teleterapia”.

Widzowie są przekonani, że koszty sprowadzenia kolejnych seansów niekonwencjonalnej psychoterapii są dużo niższe niż „nicnierobienie” i finansowanie leczenia przez państwo coraz większej liczby osób zapadających na choroby cywilizacyjne. Zdaniem autorów listów mimo że telewizja jest wciąż publiczna, może w nowym ustroju podejmować własne inicjatywy finansowe (zakładanie kont bankowych, apele o pomoc finansową, pośrednictwo w przekazywaniu społecznie ważnych informacji). Wszystko to ma na celu gromadzenie pieniędzy na finansowanie dalszych programów.

Działalność dr. Kaszpirowskiego jest przez dużą część piszących traktowana jako powszechnie dostępna i skuteczna forma leczenia w ciężkich czasach. Widoczny jest też wysoki poziom identyfikacji z osobą terapeuty i metodami przez niego stosowanymi. Telewizjowicze chcą czynnie wspomagać państwową TVP, by doczekać się nagrody w postaci dobrego prywatnego lekarza i efektywnej metody leczenia „wszystkich chorób” oraz wspomaganie zdrowia.

Uwagi podsumowujące

Wydaje się, że zjawisko wzrostu popularności świadczeń leczniczych oferowanych ludziom chorym (i zdrowym) przez nielekarzy (nieprofesjonalistów) jest bezpośrednio lub pośrednio związane z zachodzącą w Polsce transformacją ustrojową. Początek funkcjonowania gospodarki rynkowej, procesy prywatyzacji, wzrost aktywności ekonomicznej obywateli, ograniczenie świadczeń oferowanych dotąd wyłącznie w ramach instytucji państwowych (w tym złamanie monopolu uspołecznionej służby zdrowia) – to tylko niektóre cechy pierwszego etapu transformacji. Stare reguły, szanowane dotąd wartości, znane zasady życia społecznego zostały zakwestionowane lub podważone; nowe jeszcze się nie narodziły. Na zjawiska decentralizacji, demonopolizacji oraz deinstytucjonalizacji nałożyły się zmiany legislacyjne, obyczajowe, technologiczne. Nastąpiło również „otwarcie na świat”, ten zachodni (miała wtedy miejsce pierwsza fala turystyki zagranicznej i wyjazdów zarobkowych), jednocześnie ożywiły się także kontakty z krajami byłego Związku Radzieckiego (Białorusią i Ukrainą). Do Polski zaczęli napływać liczni uzdrowiciele i znachorzy. Najbardziej znanym przedstawicielem tej grupy imigrantów był niekonwencjonalny terapeuta Anatolij M. Kaszpirowski.

Jedną z cech polskiego modelu transformacji, zwłaszcza pierwszego jej etapu, który nas tu szczególnie interesuje, była znaczna polaryzacja społeczno-ekonomiczna i zwiększający się zakres nierówności społecznych, przejawiających się w głównych sferach życia publicznego. Dotyczy to także uświadamianych sobie, coraz większych i trwałych nierówności w sferze zdrowia. Tzw. zwykli

ludzie boleśnie i coraz silniej odczuwali, że bogaci mają lepszy, łatwiejszy i szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych (zwłaszcza ponadstandardowych) niż oni sami. Początkowe nadzieje, rozbudzone rynkiem i demokracją, w konfrontacji z realiami pozostały niespełnione. Szybko zorientowano się też, że trudności nie są przejściowe, lecz mają charakter permanentny. Elementy nierówności i dysfunkcyjności spletały się nie tylko z biedą, bezrobociem, niesprawnością służby zdrowia, ale też z poczuciem, że państwo socjalne nieodwołalnie przestaje istnieć. Opisane czynniki mogły prowadzić zarówno do zaburzeń psychicznych, jak i zaburzeń zachowania [19]. W tym okresie socjologowie sygnalizowali bowiem możliwość obniżania się potencjału psychicznego Polaków jako skutku kumulujących się zagrożeń płynących z makrostruktur. Pamiętajmy, że odczuwany przez obywateli dyskomfort psychiczny osiągnął najwyższy poziom w latach 1990–1992, a więc w okresie, z którego pochodzą cytowane wyżej listy [20].

Efektom rozczarowań stała się frustracja, zniechęcenie, apatia, ale też chęć „wzięcia spraw we własne ręce” poprzez zmierzenie się z trudną rzeczywistością i szukanie sposobów rozwiązywania nowych problemów. Wyzaczyło to kontekst rozwoju leczenia niemedyceznego w Polsce we wczesnych latach dziewięćdziesiątych XX wieku. W skomplikowanych warunkach społeczno-ekonomicznych ludzie zaczęli szukać taniej, powszechnie dostępnej alternatywy dla źle funkcjonującego systemu medycznego. W tej sytuacji oferta publicznej, ogólnie dostępnej i taniej telewizji państwowej trafiła na podatny grunt. Niekonwencjonalna psychoterapia docierała praktycznie do wszystkich, którzy chcieli ją oglądać; nałożyła się także na społeczne zapotrzebowanie na domowe, wygodne i praktycznie bezpłatne metody leczenia. Jej twórca zapewniał, że metoda teleterapii działa szybko, radykalnie, bezboleśnie, nie daje ryzyka powikłań, że za jej pomocą można leczyć praktycznie wszystkie choroby i dolegliwości, łącznie ze stresem, schorzeniami psychosomatycznymi. Nie dziwi więc fakt, że według sondażu OBOP seanse Kaszpirowskiego oglądało 59% dorosłych Polaków [21]. Fenomen Kaszpirowskiego jest przykładem oferty typu „właściwy człowiek na właściwym miejscu i we właściwym czasie”.

Warto zwrócić uwagę także na fakt, że zdecydowana większość chorób i dolegliwości, które widzowie opisali w listach będących przedmiotem omówionych badań, miała naturę socjopsychosomatyczną (stany złego samopoczucia, dolegliwości bólowe, nerwice, choroby układu krążenia). W leczeniu tych właśnie schorzeń niekonwencjonalny terapeuta osiągał najlepsze rezultaty [22].

Konkludując, można stwierdzić, że:

1. Transformacja ustrojowa, będąc najgłębszą i najbardziej radykalną zmianą społeczną w okresie powojennym, wywołała wiele zjawisk i procesów, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Do tych ostatnich należy zaliczyć nierówności społeczne, w tym nierówności w zdrowiu.
2. Negatywne skutki transformacji dotknęły zwłaszcza typowych klientów Kaszpirowskiego: słabo wykształconych, niezamożnych mieszkańców wsi i małych miasteczek – przegranych procesu transformacji.
3. Kaszpirowski stał się, jak się wydaje, elementem sieci wsparcia w chorobie; w opinii zwykłych ludzi dobrze wywiązywał się z tej roli.
4. Stosowanie metod leczenia niemedyceznego było skutkiem niezaspokojonych w okresie transformacji w ramach instytucjonalnej medycyny potrzeb, głównie o podłożu socjopsychologicznym.

Abstract

System transformation and inequality in health. A perspective of an ordinary man

Key words: inequalities in health, system transformation

This text is the effort of having a look at the system transformation and inequalities in health caused by it from the perspective of Eliot Freidson's theory. The author wants to show the macrosocial process and their costs from the ordinary people's point of view. The empirical material will be the fragments of letters sent to TVP program II by the viewers systematically watching the programs of non conventional therapist A.M. Kaszpirowski. This kind of personal documents among others gives the possibility of subjective experiencing the financial difficulties in the first phase of transformation, registration of impressions connected with the trauma of the "big change", finally allows to follow the examples of new thinking about the social and economic problems: increase of civil activity, autocreative and innovative attitudes.

Piśmiennictwo:

1. Staniszkis J., *W poszukiwaniu paradygmatu transformacji*, Wyd. ISP PAN, Warszawa 1994; Sztompka P., *Trauma wielkiej zmiany*, Wyd. ISP PAN, Warszawa 2000; Domański H., Rychard A., *Elementy nowego ładu*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1997; Wnuk-Lipiński E., *Rozpad polowiczny. Szkice z socjologii transformacji ustrojowej*, Wyd. ISP PAN, Warszawa 1991.
2. Gumuła W., Hasło: „transformacja ustrojowa”, w: Bokszański Z. i in. (red.), *Encyklopedia socjologii*, T. 4, Oficyna Naukowa, Warszawa 2002, 259–267.
3. Kolasa-Nowak A., *Zmiana systemowa w Polsce w interpretacjach socjologicznych*, Wyd. UMCS, Lublin 2010, 75–78.
4. Marody M. (red.), *Oswajanie rzeczywistości. Między realnym socjalizmem a realną demokracją*, ISS UW, Warszawa 1996.
5. Warzywoda-Kruszyńska W., Grotowska-Leder J., *Wielkomięska bieda w okresie transformacji*, Wyd. Inst. Socjologii UŁ, Łódź 1996.
6. Scambler G., Blane D., *Inequality and social class*, w: Scambler G. (red.), *Sociology as applied to medicine*, Saunders Publ., Edinburgh 2006, 107–123.
7. Senior M., Viveasch B., *The relationship between social class and health*, w: Senior M., Viveasch B., *Health and Illness*, Palgrave – Macmillan Publ., New York 1998, 74–80.
8. Robert S., House J.S., *Socioeconomic inequalities in health: an Enduring sociological problem*, w: Bird C.E., Conrad P., Fremont A.M. (red.), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Upper Saddle River 2000, 79–97.
9. Szparkowska S., *Fikeje leczenia za darmo*, „Rzeczpospolita” 9.05.2011; 106 (8922): 1.
10. Halik J., Górecki W., Maciąg R., *Problemy organizacji kolejek oczekujących na deficytowe zabiegi medyczne w Polsce i innych krajach Europy*, w: Piątkowski W., Brodnyk A. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*,

- Wyd. Wyższej Szkoły Społeczno-Gospodarczej w Tyczynie, Tyczyn 2005, 255–256.
11. Łaska-Foremajster A., *Problemy odbiorców świadczeń zdrowotnych na podstawie analiz skarg kierowanych do Biura Skarg i Wniosków Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorzych*, w: Piątkowski W., Brodniak W. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyd. WSSG, Tyczyn 2005, 273–292.
 12. Ostrowska A., *Nierówności w sferze zdrowia*, „Kultura i Społeczeństwo” 1998; XLII, 2: 149–162.
 13. Ostrowska A., *Zróżnicowanie społeczne i nierówności w zdrowiu*, w: Piątkowski W. (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokolowskiej*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 2010, 23–47.
 14. Korzeniowska E., Puchalski K. (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Wyd. Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2010, 5.
 15. Korzeniowska E., *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład Polski*, w: Korzeniowska E., Puchalski K. (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Wyd. Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2010, 116–117.
 16. Piątkowski W., *Lecznictwo niemedyczne w Polsce – tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy zdrowia i choroby*, Wyd. UMCS, Lublin 2008, 332–334.
 17. Piątkowski W., *Lecznictwo niemedyczne w Polsce – tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy zdrowia i choroby*, Wyd. UMCS, Lublin 2008.
 18. Freidson E., *Profession of medicine. A study of sociology of applied knowledge*, Dodd, Mead Publ., New York 1970, 312–322.
 19. Brodniak W., *Ocena rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w perspektywie przemian społeczno-ekonomicznych w Polsce w latach 1990–2002*, w: Piątkowski W., Brodniak W. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyd. WSSG w Tyczynie, Tyczyn 2005, 185–201.
 20. Ostrowska A., *Samopoczucie psychiczne Polaków na tle Europejczyków*, w: Piątkowski W., Brodniak W. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyd. WSSG w Tyczynie, Tyczyn 2005, 167–183.
 21. Komunikat z badań: „Telewizyjne spotkania z A. Kaszprowskim”, OBOP, marzec 1990.
 22. Piątkowski W., Jezior J., Ohme R., *Listy do Kaszprowskiego. Spojrzenie socjologiczne*, Wyd. M. Łoś, Lublin 1993, 43–52.

O autorze

Włodzimierz Piątkowski – dr hab., Zakład Socjologii Medycyny i Rodziny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.