

Maria Chodkowska

Teoria ról społecznych a badania socjopedagogicznych problemów zdrowia i choroby

Chowanna 1, 39-56

2002

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

| | | | | | |
|------------|--|---------------|-------------------|--------------|----------|
| „Chowanna” | Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego | Katowice 2002 | R. XLV (LVIII) | T. 1 (18) | s. 39 56 |
|------------|--|---------------|-------------------|--------------|----------|



Maria CHODKOWSKA

Teoria ról społecznych a badania socjopedagogicznych problemów zdrowia i choroby

Pojęcie roli społecznej

Jedna z wcześniejszych i najbardziej uniwersalnych prób stworzenia modelu powiązań pomiędzy problemami zdrowia i choroby a społecznym funkcjonowaniem człowieka opiera się na teorii ról społecznych. Pojęcie roli społecznej, jakkolwiek należy do podstawowych pojęć nauk społecznych, w tym przede wszystkim socjologii, jest bardzo trudne do jednoznacznego zdefiniowania, a w związku z tym także do zastosowania w procesach badawczych. Wynika to z faktu, że desygnatów tego pojęcia poszukiwać należy w dwóch odrębnych obszarach rzeczywistości społecznej, tj. w płaszczyźnie normatywnej i behawioralnej, a definicje najczęściej cytowane w literaturze odnoszą je wyłącznie do jednej z tych płaszczyzn. I tak np. w słownikach socjologicznych czytamy, że rola społeczna to „zdefiniowany i społecznie określony, spójny wewnętrznie zespół przepisów i oczekiwań dotyczących pożądanego zachowania jednostek w konkretnych sytuacjach, związanych z ich pozycjami społecznymi, a także zbiór podstawowych przywilejów, obowiązków i praw, które są społecznie przypisane do pozycji w grupie” (Olechnicki, Załęcki, 1997, s. 179), a także że rola społeczna to „zespół oczekiwań odnoszących się do zachowań osoby zajmującej daną pozycję w strukturze społecznej lub ogół praw i obowiązków wiążących się z daną pozycją społeczną lub stanowiskiem”

(Słaboń, Pachocki, 1997, s. 153). Klasyk polskiej socjologii J. Szczepański definiował natomiast rolę społeczną jako „względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań będących reakcjami na zachowania innych osób, przebiegających według mniej lub więcej wyraźnie ustalonego wzoru” (Szczepański, 1970, s. 131). Podobnie uważał T. Newcomb (1970, s. 344), stwierdzając, że rola społeczna to „konsekwentne zachowania jakiejś jednostki w ramach mniej lub bardziej stabilnego związku z jakąś inną osobą bądź kilkoma osobami”. Także dla J. H. Turnera (1994, s. 232) rolą społeczną są „zachowania poszczególnych jednostek w ramach pozycji społecznych w stosunku do siebie nawzajem oraz z uwzględnieniem norm i innych kulturowych symboli”.

W przedstawionych trzech ostatnich ujęciach rola społeczna byłaby tylko względnie spójnym, konsekwentnym systemem zachowań związanych z określonym miejscem w strukturze społecznej, natomiast wzory, normy, oczekiwania i symbole nie stanowiłyby czynników konstytuujących to pojęcie, lecz jedynie miałyby znaczenie determinujące, pozostając niejako na zewnątrz w stosunku do struktury roli. Tymczasem zwolennicy koncepcji normatywnej uzasadnili, że takiego ujmowania roli nie można przyjąć, zważywszy, iż w rzeczywistości społecznej występują sytuacje, kiedy aktor roli odchodzi, nowy aktor nie przejął jeszcze czynności tej roli, a mimo to ona istnieje w świadomości społecznej właśnie jako system oczekiwań grupy, dla której ta rola jest ważna. Ch. Skinner (1970, s. 334) stwierdza, że kształt roli zmienia się w zależności od potrzeb i wymagań grupy. Trudno byłoby jednak znaleźć taką rolę, w odniesieniu do której oczekiwania społeczne byłyby w pełni zgodne; wręcz przeciwnie — oczekiwania te są tak rozbieżne, że konflikty w płaszczyźnie normatywnej stanowią zjawisko nieodłącznie związane z ich odgrywaniem. W tej sytuacji następuje proces przekształcania modelu danej roli, przy czym na zmiany te wpływają nie tylko potrzeby i oczekiwania środowisk społecznych, ale także potrzeby i predyspozycje wynikające z osobowości, kompetencji czy wreszcie możliwości aktora. Najbardziej charakterystycznym przykładem takich przemian może być rola papieża, która w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat przekształciła się z roli „więźnia Watykanu” w rolę „pielgrzyma świata”. Niewątpliwie znaczące w tym procesie były nowe potrzeby Kościoła i świata, ale o ostatecznym kształcie tej nowej roli zdecydowały wielkie osobowości jej realizatorów: Pawła VI, Jana XXIII, a zwłaszcza Jana Pawła II. Podobny współdziałanie czynników społecznych i jednostkowych obserwujemy w odniesieniu do ról pełnionych w małych grupach. Tak np. w ostatnich dziesięcioleciach zmieniały się zasadniczo role matki, ojca czy gospodyni domowej. Zmiany te można zaklasyfikować do takich, które wyraźnie przekształcają strukturę roli w płaszczyźnie obejmującej cechy konieczne, tzn. takie, bez których rola traci swój charakter, nie może być odgrywana zgodnie z dominującymi oczekiwaniami i staje się w związku

z tym zupełnie nową rolą. I tak, rola gospodyni domowej na wsi jeszcze w początkach ubiegłego stulecia obejmowała powszechnie czynności wynikające z samowystarczalności w zakresie wytwarzania żywności i ubrania, a więc np. robienie masła, serów, pieczenie chleba czy przetwarzanie lnu na płótno, przędzenie wełny. Obecnie czynności te zupełnie oderwały się od omawianej roli, a ich miejsce zajęły czynności zupełnie obce kulturze tradycyjnej wsi. W mniejszym zakresie, niemniej również uległy zmianie struktury ról rodzicielskich. Do roli ojcowskiej włączone zostały np. czynności opiekuńcze wobec dziecka, z kolei znaczące miejsce w strukturze roli macierzyńskiej zajęły takie czynności, jak pomoc dziecku w nauce, kontakty ze szkołą, organizacja rekreacji. Zmiany te są niewątpliwie z jednej strony konsekwencją głębokich i szybkich przeobrażeń społecznych, ale z drugiej — także indywidualnych potrzeb, aspiracji zmieniających się wraz ze wzrostem wykształcenia, z poprawą warunków bytowych itp.

Wracając do problemu rozumienia pojęcia roli społecznej, przyjmiemy zatem, że jest ona systemem zachowań względnie trwałych w odniesieniu do elementów koniecznych swej struktury, a bardziej zmiennym systemem w odniesieniu do tych elementów, które są wprawdzie przypisywane roli, ale nie w znaczeniu determinującym jej istotę. Ten system zachowań wyznaczają zadania grupy przypisywane określonym pozycjom. Odpowiednio do tych zadań tworzą się wzory określonych ról. Wzory te mają charakter zjawisk z zakresu świadomości społecznej, stąd mogą w społeczeństwie funkcjonować przez jakiś czas, nawet jeśli role faktycznie nie są realizowane. Rola stanowi więc swoisty typ relacji społecznych, system stosunków pomiędzy działaniami przypisywanymi poszczególnym członkom grupy a wzorami grupowymi wyrażającymi potrzeby i oczekiwania tej grupy. Wzory te są interioryzowane w procesie socjalizacji, a każdy aktor ma własne wyobrażenia co do sposobów realizacji podejmowanej roli. Ponieważ socjalizacja jest procesem złożonym, obejmującym różne wpływy, nierzadko wzajemnie sprzeczne i odbiegające od powszechnie uznawanych w grupie ideałów wychowawczych, stąd wyobrażenia aktora roli nie muszą być zupełnie zgodne ze wzorem społecznym tej roli.

Tak szerokie rozumienie pojęcia roli społecznej stanowi przyczynę trudności przy próbach jej definiowania, czego konsekwencją staje się różnorodność proponowanych ujęć definicyjnych w literaturze nauk społecznych. Jednocześnie jakiegokolwiek zawężanie zakresu pojęcia roli społecznej, sprowadzanie jej istoty do zjawisk wyłącznie natury behawioralnej bądź zjawisk wyłącznie z zakresu świadomości społecznej uniemożliwia wyjaśnianie wielu ważnych zjawisk w obrębie teorii ról społecznych. Przy dostrzeganiu natomiast dynamiki roli społecznej, wyrażającym się w ujmowaniu jej jako swoistej relacji pomiędzy działaniami a odpowiadającymi im wzorami i normami społeczny-

mi, odnoszącymi się do zakresu rzeczywistości społecznej, w obrębie której wykonywane są działania w danej roli — pojęcie roli społecznej może stanowić swoiste narzędzie analizy w diagnozowaniu wielu zjawisk i procesów tworzących zarówno indywidualne losy jednostek, jak i wyznaczających funkcjonowanie grup, zwłaszcza grup małych. Nie ma bowiem innego funkcjonowania społecznego niż funkcjonowanie w rolach społecznych, stąd poznawanie działań w rolach i wzorów wyznaczających te działania dostarcza kompleksowej wiedzy o różnych ważnych problemach jednostkowych i grupowych. Do problemów tych należą również problemy zdrowia i choroby.

Role społeczne wyznaczone stanem zdrowia i stopniem sprawności

Człowiek w swoim życiu odgrywa wiele ról społecznych, przy czym niektóre z nich są realizowane w tych samych okresach życia. Do niektórych z nich zostaje przypisany, np. ze względu na sam fakt urodzenia (rola dziecka w rodzinie), jednak znacząca ich większość jest podejmowana na podstawie własnych decyzji, w mniejszym lub większym stopniu zdeterminowanych czynnikami natury osobowościowej, społecznej, kulturowej czy ekonomicznej, przy czym przy podejmowaniu wielu ról czynniki te oddziałują łącznie. I tak np. podejmowanie roli zawodowej warunkują czynniki osobowościowe (potrzeba rozwoju i samorealizacji), społeczno-kulturowe (wzór człowieka sukcesu przez osiągnięcia zawodowe) oraz ekonomiczne (zaspokojenie dzięki pracy potrzeb bytowych).

Zarówno do ról przypisanych, jak i wybieranych przez realizatora odnosimy różne kryteria. I tak np. role są uwarunkowane wiekiem, płcią, wykształceniem czy posiadaniem skreślonych kompetencji. Role może również warunkować stan zdrowia oraz sprawność, przy czym, poza nielicznymi wyjątkami (zachowania antyzdrowotne związane z tzw. ucieczką w chorobę), role warunkowane stanem zdrowia należą do ról przypisanych, co oznacza, że albo nie mamy wpływu na ich podejmowanie, bądź też wpływ ten jest ograniczony.

Najwięcej uwagi w literaturze nauk społecznych poświęcono roli chorego. Stosunkowo niewiele wniesiono dotychczas do klasycznej już koncepcji zaproponowanej przez T. Parsonsa (1969, s. 150), według której:

— jednostka odgrywająca rolę chorego nie jest odpowiedzialna za swój stan, nie może być obciążana winą za bycie chorym, nie powinna również wstydić się swojego stanu;

- społeczeństwo ma obowiązek zwolnienia osoby chorej na czas określony lub na stałe z niektórych bądź nawet wszystkich obowiązków uprzednio odgrywanych ról, adekwatnie do jej aktualnych możliwości psychofizycznych, co jest jednak zdeterminowane pewnymi wymogami, ponieważ z każdą rolą społeczną wiąże się nie tylko prawa, ale również obowiązki;
- pierwszy z zasygnalizowanych już obowiązków stanowi uznanie swojego aktualnego stanu zdrowia za niepożądany, co implikuje pragnienie wyzdrowienia;
- drugim z obowiązków staje się szukanie pomocy u osób kompetentnych oraz współpraca z nimi w zakresie poprawy stanu zdrowia; należy jednak uwzględnić fakt, że nie zawsze stan zdrowia jednostki umożliwia podejmowanie takich działań i wówczas wymóg spełnienia tych obowiązków zostaje przesunięty na osoby najbliższe (rodzina) lub społeczeństwo reprezentowane przez specjalistyczne instytucje medyczne.

Ukonkretnienie warunków wiążących się z rolą chorego okazuje się bardzo trudne, ponieważ z jednej strony trudne jest samo określenie stanu zdrowia i choroby, z drugiej zaś — każdy rodzaj choroby przebiega w specyficzny dla siebie sposób i łączy się z innymi barierami i zagrożeniami. Niemniej jednak można wyodrębnić pewne czynniki, typowe dla większości wypadków pełnienia roli chorego. I tak np. Cohen i Lazarus (1979) oraz Moos (1977) (cyt. za: Sheridan, Radmacher, 1998, s. 183) wyodrębnili następujące zadania wiążące się z przystosowaniem do roli chorego:

- modyfikowanie wpływu warunków środowiskowych w kierunku wspierania procesu zdrowienia;
- przystosowanie do bycia pacjentem, tzn. do przykrych, często bolesnych zabiegów, obcego otoczenia szpitala, wypełniania poleceń lekarzy, ograniczających swobodę działań w obrębie preferowanego stylu życia;
- przystosowanie do konsekwencji choroby, takich jak okaleczenie (np. amputacja sutka), oszpecenie (np. utrata włosów pod wpływem chemioterapii), utrata sprawności;
- umiejętność zachowania poczucia własnej wartości, akceptacji siebie pomimo niekorzystnych zmian w wyglądzie zewnętrznym, jak i w funkcjonowaniu społecznym (ograniczony zakres obowiązków uprzednio odgrywanych ról społecznych);
- zachowanie równowagi emocjonalnej, umiejętność przezwycięzania lęku i gniewu kierowanego do innych osób, w tym także do tych, którzy próbują pomóc;
- umiejętność zachowania poprawnych więzi społecznych pomimo zmian zachodzących w codziennych relacjach pod wpływem choroby;
- nawiązywanie właściwych relacji z personelem medycznym, co bywa trudne w sytuacjach konieczności podporządkowania się zaleceniom służącymi poprawie zdrowia;

— przygotowanie się na trudne konsekwencje choroby, takie jak ograniczenie sprawności i związane z tym ograniczenia w społecznym funkcjonowaniu, a nawet śmierć.

Jeżeli wśród licznych ról wykonywanych przez jednostkę wyodrębniamy rolę chorego, należy również w typologii ról społecznych uwzględnić rolę zdrowego. Rola ta należy, podobnie jak rola chorego, do ról przypisanych jednostce, tzn. wchodzimy w tę rolę z reguły niezależnie od naszej woli, przy czym jej utrzymanie w dużej mierze zależy od naszych działań, zarówno świadomych, jak i nieświadomych. Działania ograniczające wypełnianie roli zdrowego mogą być:

- świadome i celowe — osoba zdrowa dąży do pogorszenia swojego stanu ze względu na trudności życiowe, rodzinne, zawodowe itp.; choroba jawi się wówczas jako możliwość wyzwolenia, sposób ucieczki od spraw i obowiązków w subiektywnym odczuciu przekraczających możliwości, jakimi jednostka dysponuje;
- świadome, ale niecelowe — osoba zdrowa ma pełną świadomość zagrożeń, jakie wiążą się z konsumpcją alkoholu czy nikotyny, jednak nie sięga po używki, by szkodzić zdrowiu, lecz z przekonaniem, że w jej wypadku takie konsekwencje nie będą miały miejsca;
- nieświadome i niecelowe — np. jeszcze 20, 30 lat temu większość mieszkańców, głównie wsi, pokrywających dachy swoich domów płytami eternitowymi, nie tylko nie chciała szkodzić swojemu zdrowiu, ale w ogóle nie wiedziała o ewentualnych zagrożeniach wiążących się z taką decyzją.

Co zatem oznacza występowanie w roli zdrowego? Najogólniej można tę rolę sprowadzić do następujących zakresów społecznego i psychicznego funkcjonowania jednostki:

- to możliwość wypełniania obowiązków innych ról przypisanych jednostce ze względu na jej wiek, płeć, posiadane kompetencje i kwalifikacje;
- to adekwatna do rzeczywistości samoocena i niezagrożone poczucie własnej wartości, motywujące do podejmowania działań służących rozwojowi oraz zaspokojeniu ważnych potrzeb bytowych i psychicznych — własnych i osób innych, zwłaszcza bliskich;
- to uświadomienie sobie obowiązku systematycznego zabiegania o utrzymanie dobrego stanu zdrowia, w tym współdziałania ze specjalistami gwarantującymi zwiększoną efektywność tych działań.

Z przytoczonej analizy wynika, że dwie alternatywnie odgrywane role, tzn. rola zdrowego bądź chorego, zdecydowanie różnią się pod względem ich relacji do innych ról społecznych. Rola chorego w praktyce najczęściej oznacza konieczność rezygnacji przynajmniej z części obowiązków innych ról społecznych, można więc powiedzieć, że wchodzi z innymi rolami w specyficzny konflikt. Jakkolwiek w roli tej akceptowane społecznie jest zwolnienie z obowiązków w zakresie wyznaczonym stanem zdrowia, to jednak rezygnację tę

chory odbiera z reguły jako pozbawienie czegoś ważnego, zagrożenie jego interesów bądź nawet egzystencji. Rola zdrowego natomiast jest zharmonizowana z obowiązkami innych ról, co więcej, można powiedzieć, że jej odgrywanie ułatwia funkcjonowanie w innych rolach społecznych. Niemniej i tutaj może ujawnić się konflikt ról. Będzie on miał miejsce np. wówczas, gdy niemożliwe okazuje się równoczesne harmonijne pełnienie roli zdrowego i roli zawodowej. Jednostka staje wówczas przed koniecznością wyboru pomiędzy utrzymaniem dobrego stanu zdrowia a rozwojem własnej kariery zawodowej. Negatywną konsekwencją antyzdrowotnego wyboru w tym zakresie jest między innymi pracoholizm, nasilający się ostatnio we wszystkich społeczeństwach o wysokich, a nawet średnich wskaźnikach poziomu industrializacji i urbanizacji. Innym przykładem omawianego konfliktu jest sytuacja, w której jednostka decyduje się na realizację roli zawodowej w warunkach szkodliwych dla zdrowia.

Fizyczny i psychiczny stan jednostki wyznacza, poza rolami zdrowego i chorego, dwie dodatkowe role, które należy odróżnić od już omówionych. Są to role: niepełnosprawnego i sprawnego. Nie można ich utożsamiać z rolami zdrowego i chorego, mimo że pod względem struktury będą one podobne, ponieważ stan niepełnosprawności nie jest tożsamy ze stanem choroby. Bardzo podobne do siebie będą role zdrowego i pełnosprawnego. W obu wypadkach zasadniczym elementem koniecznym dla struktury roli jest możliwość podejmowania obowiązków adekwatnych do wieku, płci, wykształcenia, kwalifikacji i kompetencji, pełnionych funkcji, zajmowanej pozycji itp. Również w strukturze obydwu tych ról będzie się zawierać dbałość o stan zdrowia oraz kondycję psychofizyczną, co w praktyce oznacza z jednej strony eliminowanie bądź przynajmniej ograniczanie czynników stanowiących zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania organizmu, a z drugiej — korzystanie z profilaktycznej działalności profesjonalistów, pozwalającej na wczesne zdiagnozowanie potencjalnych zagrożeń. Różnice sprowadzają się przede wszystkim do tego, że człowiek pełnosprawny może pozostawać bądź w roli zdrowego, bądź chorego, natomiast jednostka zdrowa może być osobą pełno- lub niepełnosprawną. Wynika to z definicji zdrowia WHO, według której jest ono dobrostanem w obszarach fizycznym, psychicznym i społecznym, a zatem stanem doświadczanym niezależnie od stopnia i rodzaju niepełnosprawności.

Podobne różnice zauważa się w relacjach pomiędzy rolą chorego i niepełnosprawnego. Również tutaj dostrzegamy, że osoby niepełnosprawne mogą być zdrowe w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym, bądź też przyjmują na czas określony lub nawet na stałe rolę chorego. W wypadku osoby niepełnosprawnej rola ta nie musi być związana z żadną konkretną chorobą, stan bowiem niepełnosprawności przy braku adaptacji może być wystarczającym źródłem zaburzeń, np. w sferze emocjonalnej czy w kontaktach

interpersonalnych, a przy zaniedbaniach rehabilitacji — również chorobowych zmian organicznych. Różnic pomiędzy strukturą roli chorego i niepełnosprawnego jest więcej. Osoba chora musi podjąć próbę leczenia — to warunek konieczny struktury jej roli, decydujący o społecznej akceptacji. Osoba niepełnosprawna nie musi się leczyć, jeśli stan jej zdrowia nie wymaga terapii. Jednak jej zadaniem jest współpraca ze specjalistami rehabilitacji we wszystkich tych zakresach, w których można poprawić sprawność. Jednostka funkcjonująca w roli chorego dąży przede wszystkim do pełnego wyleczenia, a jeśli okazuje się ono niemożliwe — do poprawy stanu zdrowia. W roli niepełnosprawnego celem staje się natomiast integracja umożliwiająca normalne funkcjonowanie w różnych rolach społecznych w warunkach normalizacji stwarzanych przez społeczeństwa o wysokim poziomie humanizacji. Należy przy tym jednak pamiętać, że granice pomiędzy omawianymi rolami, jakkolwiek dostrzegalne, są bardzo nieostre. Wcześniej sugerowałam zagrożenia wiążące się z przyjmowaniem roli chorego pod wpływem przeżywania własnej niepełnosprawności. Należy tu zauważyć także drugi kierunek, a mianowicie wcielanie się w rolę niepełnosprawnego pod wpływem choroby. Zjawisko to nasila się w efekcie procesów demograficznych, typowych dla społeczeństw o wysokim poziomie rozwoju ekonomicznego i społecznego (choroby przewlekłe powodujące niepełnosprawność dotyczą w głównej mierze ludzi starszych wiekiem), oraz postępu medycyny, z jednej strony coraz skuteczniej ratującej życie chorych, a z drugiej — wciąż jeszcze nie radzącej sobie ze skutkami wielu chorób zagrażających pełnej sprawności leczonych pacjentów.

Teoria ról a diagnozowanie społecznych problemów zdrowia i choroby

Schemat roli społecznej może mieć szczególne zastosowanie w diagnozowaniu wszelkich zmian dokonujących się w życiu jednostki oraz konsekwencji tych zmian, co umożliwi przygotowanie sieci wsparcia społecznego adekwatnego do potrzeb. Takie zmiany zachodzą przede wszystkim w sytuacji ograniczeń zdrowia lub (i) sprawności, a więc gdy jednostka przyjmuje rolę chorego lub niepełnosprawnego. Co więcej, ponieważ każda z ról społecznych ściśle wiąże się z systemem ogółu ról odgrywanych w danej grupie, badanie funkcjonowania w rolach w sytuacji choroby lub niepełnosprawności dostarcza kompleksowej wiedzy o następstwach niekorzystnych zmian stanu zdrowia jednostki dla struktury i funkcjonowania małych grup, zwłaszcza grupy rodzinnej. Choroba lub niepełnosprawność bowiem dotyczy nie tylko

jednostki nią dotkniętej, ale również osób powiązanych z nią rodzajem i natężeniem więzi zobowiązujących do kompensowania ograniczeń przez wsparcie i zapewnienie odpowiedniej opieki. Gdy rozpatruje się kwestię pod kątem patogennych oddziaływań na organizm czynników chorobowych i uszkadzających, istotne stają się nie tylko role chorego i niepełnosprawnego, ale również nowe role przyjmowane w tej sytuacji przez osoby zdrowe i pełnosprawne. Ze względu na fakt, że funkcje opieki tradycyjnie związane były z rolami kobiecymi, dokonujące się zmiany w relacjach społecznych są najbardziej widoczne w strukturze dwóch ról, tj. roli matki dziecka niepełnosprawnego lub przewlekle chorego, także terminalnie, oraz córki sprawującej opiekę nad przewlekle chorymi bądź niepełnosprawnymi rodzicami. Wprawdzie roli opiekuna osoby chorej czy niepełnosprawnej coraz częściej podejmują się także mężczyźni, niemniej wciąż jeszcze jest ona najbardziej typowa dla kobiety, stąd omówię krótko zasygnalizowane wyżej role w odniesieniu do ról kobiecych.

Rola matki dziecka niepełnosprawnego

Przyjęcie tej roli jest wyraźnie dostrzegalne zarówno w sferze behawioralnej, jak i normatywnej. W płaszczyźnie behawioralnej strukturę tej roli tworzą zupełnie nowe systemy czynności, nietypowe dla roli macierzyńskiej, a służące zaspokajaniu specjalnych potrzeb dziecka niepełnosprawnego. Czynności te będą się zmieniać w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, lecz można je ogólnie ująć w następujące grupy:

- czynności związane z dodatkową pielęgnacją i opieką, jakiej nie potrzebuje dziecko pełnosprawne;
- czynności związane ze specjalnymi zabiegami, jakich wymaga socjalizacja dziecka ze względu na jego uszkodzenia;
- czynności związane z rehabilitacją dziecka niepełnosprawnego, w tym z jego rewalidacją, czyli tą częścią rehabilitacji, która obejmuje proces edukacyjny;
- współpraca ze specjalistami wspomagającymi rozwój dziecka;
- edukacja własna na temat istoty niepełnosprawności, jej skutków oraz możliwości przeciwdziałania (wiedza pozyskiwana z literatury, doświadczeń innych rodziców, od specjalistów itp.).

Rola matki dziecka niepełnosprawnego różni się od roli macierzyńskiej odgrywanej wobec dziecka bez znaczących uszkodzeń, nie tylko w płaszczyźnie behawioralnej. Nową jakością tej roli dostrzegamy również w obszarze normatywnym. Podejmująca się tej roli matka musi zmienić własne wyobrażenia o sposobach pełnienia swojej roli, zmieniają się jej oczekiwania kierowane zarówno do siebie, jak i do dziecka. Rolę tę można określić ponadto jako szczególnie konfliktogenną. Te konflikty wynikają przede wszystkim z nad-

miaru obowiązków roli, utrudniających wykonywanie czynności innych ról równocześnie, np. roli matki dzieci pełnosprawnych, pracownika, żony, gospodyni domowej. Przy braniu zatem na siebie roli matki dziecka niepełnosprawnego często rezygnuje się całkowicie lub częściowo z innych ról, zwłaszcza zawodowej, co powoduje dotkliwe skutki nie tylko natury ekonomicznej, ale także psychicznej i społecznej.

Inny rodzaj konfliktu obserwujemy w płaszczyźnie oczekiwań. Wiąże się on zarówno z przeżyciami samej kobiety, jak i z postawami otoczenia, w którym rola jest pełniona. W momencie uświadomienia sobie faktu niepełnosprawności własnego dziecka ujawnia się bardzo ostry konflikt pomiędzy oczekiwaniami narodzin dziecka nie odbiegającego od normy, zdolnego do pełni rozwoju, a koniecznością zaakceptowania dziecka uszkodzonego, którego rozwój będzie poważnie ograniczony. Oczekiwania w okresie decydowania się na przyjęcie roli matki dotyczą nie tylko wyglądu dziecka i jego sprawności, ale także uzdolnień, aspiracji, planów życiowych. Wszystkie te oczekiwania muszą zostać poważnie zmodyfikowane, a wszelkie gwałtowne zmiany stają się źródłem ostrych konfliktów. Konflikty nasilają się także pod wpływem oczekiwań kierowanych przez otoczenie do matki dziecka niepełnosprawnego. I tak np. współmałżonek oczekuje od partnerki, że urodzi pełnosprawne dziecko, dziadkowie oczekują pełnosprawnych wnuków, sąsiedzi swoim zachowaniem sugerują, że jej rola jest inna, gorsza, mniej wartościowa. W takiej sytuacji konflikty wewnętrzne w roli matki nasilają się i mogą prowadzić do kryzysu uniemożliwiającego dalsze odgrywanie tej roli. Konsekwencją takich kryzysów bywa nawet porzucenie roli przez całkowitą rezygnację z opieki nad dzieckiem.

Rola matki dziecka chorego

Różnice pomiędzy rolą matki dziecka chorego i niepełnosprawnego odpowiadają różnicom pomiędzy chorobą i niepełnosprawnością. Zatem w strukturze tej roli będą zawierać się systemy następujących czynności nie występujących przy odgrywaniu roli macierzyńskiej wobec dziecka zdrowego:

- czynności związane ze specjalną opieką i pielęgnacją, np. specjalna dieta;
- czynności wynikające z zaangażowania w proces leczenia w domu, np. podawanie leków, zabiegi, które mogą być wykonane przez nieprofesjonalistę;
- współpraca z terapeutami, dowożenie dziecka na wizyty i zabiegi;
- utrzymywanie możliwie częstych i systematycznych kontaktów z dzieckiem w okresach jego hospitalizacji;
- łagodzenie stresów i lęków dziecka przed bólem, zabiegami i skutkami choroby;

- poszerzanie własnej wiedzy o istocie choroby, możliwościach i sposobach terapii, łagodzeniu objawów itp.
- zaangażowanie w naukę dziecka, udzielanie mu zintensyfikowanej pomocy w okresach zaległości w szkole, spowodowanych absencją z powodu choroby.

Wszystkie te dodatkowe czynności, często zajmujące wiele godzin każdego dnia, mogą być, podobnie jak w sytuacji wejścia w rolę matki dziecka niepełnosprawnego, źródłem ostrych konfliktów w płaszczyźnie behawioralnej roli i kolizji z obowiązkami innych ról. Także w wypadku bycia matką dziecka chorego ujawniają się konflikty oczekiwań, których siła będzie zależec nie tylko od rodzaju choroby, okresu jej trwania i nasilenia symptomów, ale również od osobowości osoby pełniącej rolę, jej odporności na stres, a także od wsparcia, jakiego udzieli jej otoczenie, zwłaszcza rodzina. Szczególnie ostre konflikty ujawniają się w warunkach zagrożenia życia dziecka, a zwłaszcza w okresie terminalnym choroby. Śmierć, zawsze trudna do zaakceptowania, jest szczególnie dramatyczna w odniesieniu do okresu dzieciństwa. W tym wypadku zaprzecza ona wszelkim oczekiwaniom odnoszącym się do dziecka, w sposób nagły i brutalny przerywa odgrywaną rolę, dla większości kobiet najważniejszą w ich życiu, z którą identyfikują się one najmocniej.

Rola opiekuna osoby dorosłej, niezdolnej do zaspokojenia własnych potrzeb ze względu na stan fizyczny lub (i) psychiczny

O ile rola opiekuna dziecka przewlekle chorego bądź niepełnosprawnego jest następstwem nieprzewidywanych zdarzeń losowych i dotyczy stosunkowo niewielkiej grupy matek, o tyle rola opiekuna osoby dorosłej, niezdolnej ze względu na stan zdrowia do zabezpieczenia swoich podstawowych potrzeb życiowych, staje się udziałem większości kobiet w różnych okresach ich życia. Z reguły odnosi się ona do starych rodziców. W Polsce wciąż jeszcze mało akceptuje się zupełną rezygnację z tej roli, jakkolwiek instytucjonalizacja opieki nad ludźmi starymi obejmuje coraz szerszy zakres czynności tradycyjnie przypisanych rodzinnej roli kobiecej. Podjęcie się tej roli i sposób jej realizacji zależy od bardzo wielu czynników, takich jak charakter więzi rodzinnych, cechy osobowościowe, sytuacja życiowa kobiety i jej rodziny prokreacyjnej, a także presja środowiska.

Czynności konstytuujące rolę opiekuna osoby dorosłej przewlekle chorej są zbliżone do czynności tworzących behawioralną płaszczyznę roli matki dziecka chorego, z tym że w ich zakres nie wchodzi wspomaganie procesu edukacji. Pielęgnacja chorego, specjalna dieta, higiena ciała i otoczenia, współdziałanie w leczeniu i usprawnianiu, wspomaganie w okresach hospitalizacji itp. to

czynności, których zakres i charakter zmieniają się w zależności od stanu chorego, niemniej najczęściej wymagają one wiele czasu. Tym bardziej że odległości pomiędzy miejscem zamieszkania podopiecznego i opiekuna z reguły są znaczne, co w wypadku starych rodziców stanowi konsekwencję rozpadu rodziny trójpokoleniowej. Znaczna część osób wymagających stałej opieki mieszka samotnie — w Polsce bowiem co trzecia osoba powyżej 65 roku mieszka zupełnie samotnie (Zych, 1995, s. 110). Konflikt z obowiązkami innych ról będzie tu w dużej mierze uzależniony od tego, w jakim okresie życia kobieta podejmie tę rolę. Jeśli będzie to okres po zakończeniu aktywności zawodowej i wypełnieniu obowiązków wychowawczych w stosunku do własnych dzieci — konflikty te mogą w ogóle nie wystąpić, natomiast w okresach wcześniejszych mają one na ogół bardzo ostry charakter. Znacznie łagodniejsze są natomiast konflikty w płaszczyźnie oczekiwań. Konieczność opieki nad człowiekiem starszym, zwłaszcza rodzicem, jest odbierana przez otoczenie jako stan naturalny, powszechnie akceptowany, jednak w wielu wypadkach mogą także w odniesieniu do tej roli ujawnić się konflikty w obrębie grupy rodzinnej bądź zawodowej, jeśli pełnienie roli opiekuna przypada na okres aktywności zawodowej kobiety.

Z socjopedagogiczną problematyką zdrowia i choroby wiąże się zatem kilka ważnych ról społecznych, na tyle znaczących, że mogą one zupełnie zmienić zakres odgrywania innych ról, zakres społecznego funkcjonowania. Są to:

- rola chorego (niepełnosprawnego);
- rola zdrowego (pełnosprawnego);
- rola opiekuna osoby chorej (niepełnosprawnej).

Analiza tych ról pozwala na zgromadzenie szerokiej, kompleksowej wiedzy o społecznych aspektach zdrowia i choroby oraz niepełnosprawności. Jest ona przydatna przede wszystkim do metod sondażu diagnostycznego oraz w indywidualnych wypadkach. Może być wykorzystana zarówno w analizach kwantytatywnych, jak i kwantytatywnych, co umożliwi weryfikację i zwiększa obiektywizm pozyskanych materiałów. Stwarza warunki do zastosowania różnicowanych narzędzi badawczych ze względu na szeroki zakres desygnatów pojęcia roli. Najogólniej można wyodrębnić następujące zakresy tematyczne mieszczące się w problematyce ról związanych ze zdrowiem i chorobą:

1. Uwarunkowania utrzymywania roli zdrowego, indywidualne i środowiskowe. Będą się tu mieścić takie problemy, jak: postawy wobec zdrowia różnych grup społecznych, zachowania zdrowotne, profilaktyka i promocja zdrowia w tych grupach, umiejętności radzenia sobie przez zdrowych w sytuacjach trudnych, w tym umiejętności rozwiązywania konfliktów ról równocześnie odgrywanych, wynikających bądź z nadmiaru obowiązków, bądź ze sprzeczności oczekiwań kierowanych do aktorów tych ról, czynności w roli zdrowego, służące zachowaniu zdrowia, jak np. przestrzeganie odpowiedniej

diety, sport i rekreacja, higiena życia, stosunek do czynników o patogennym wpływie, jak nikotyna czy narkotyki.

2. Podejmowanie się i odgrywanie roli chorego. Badania w tym zakresie powinny między innymi obejmować:

- uwarunkowania podejmowania roli chorego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników środowiskowych, a więc np. wpływ rodziny na zaburzenia stanu zdrowia, praca zawodowa czy też jej brak a zdrowie, bionegatywne konsekwencje preferowanego stylu życia;
- skutki podjęcia się roli chorego, takie jak ograniczenia możliwości odgrywania innych ról, stresogenne oddziaływania choroby, jej wpływy konfliktogenne, zwłaszcza w grupie rodzinnej, zmiany systemu wartości pod wpływem choroby;
- zmiany sytuacji życiowej w okresie odgrywania roli chorego — ekonomiczne i społeczne;
- czynności w roli chorego, ukierunkowane na przezwyciężanie stanu choroby: zaangażowanie w proces leczenia i współpraca ze specjalistami, między innymi przestrzeganie systematyczności wizyt, przyjmowania leków, stosowania diety;
- czynniki utrudniające wychodzenie z roli chorego, zarówno wynikające z indywidualnych postaw i preferencji (np. ucieczka w chorobę), jak i barier obiektywnych: ekonomicznych i będących następstwem ograniczonej dostępności usług medycznych.

3. Podejmowanie się i odgrywanie roli opiekuna osoby chorej. Ta rola, w przeciwieństwie do roli chorego, jest przyjmowana na podstawie własnej decyzji warunkowanej preferowanymi wartościami, postawami, wpływami otoczenia, ale przede wszystkim stosunkiem emocjonalnym do osoby chorej. Najczęściej odgrywa się ją wobec własnego dziecka lub rodzica, rzadziej wobec innych krewnych, najrzadziej zaś wobec osób niespokrewnionych. Wprawdzie w roli opiekuna osoby chorej występują także wolontariusze, jednak to już zupełnie inny rodzaj roli, bardziej zbliżony do medycznych ról zawodowych, w jakimś sensie stanowiący ogniwo pośrednie pomiędzy tymi dwoma typami ról społecznych. W interesującym nas tu znaczeniu można przyjąć, że rolę opiekuna chorego odgrywa osoba, która przejmuje odpowiedzialność (całkowicie lub częściowo, w zależności od wieku i stanu zdrowia podopiecznego) za chorego, za zabezpieczenie jego potrzeb: bytowych, psychicznych i leczniczo-rehabilitacyjnych, oraz jest na tyle zaangażowana w tę opiekę, że identyfikuje się z podjętą rolą. Zaangażowanie to na ogół rozwija się na bazie więzi emocjonalnej łączącej opiekuna z chorym.

Zagadnienia dotyczące roli opiekuna chorego powinny obejmować:

- wchodzenie w rolę: uwarunkowania podejmowania się roli oraz towarzyszące mu przeżycia, takie jak stres, lęki, poczucie zagrożenia, załamania życiowych planów;

- czynności konstytuujące rolę, takie jak pielęgnowanie chorego, żywienie, wspomaganie w okresie hospitalizacji, udział w leczeniu i rehabilitacji, współpraca z profesjonalistami zobowiązanymi do pomocy choremu i jego bliskim;
- kolizja obowiązków roli opiekuna chorego z obowiązkami innych ról rodzinnych, zawodowych itp.;
- zmiany wartości, postaw i celów życiowych pod wpływem sprawowania opieki nad chorym.

Przedstawione tu aspekty funkcjonowania w rolach wyznaczonych stanem zdrowia własnego lub osób bliskich nie wyczerpują całokształtu problematyki, mają na celu jedynie wskazanie możliwości postrzegania i ujmowania społecznych problemów zdrowotnych w sposób kompleksowy, z uwzględnieniem całego kontekstu funkcjonowania społecznego, co jest szczególnie ważne przy zastosowaniu metody indywidualnych przypadków. Z kolei w metodzie sondażu diagnostycznego analiza poszczególnych wymiarów ról odgrywanych ze względu na stan zdrowia umożliwia syntezę wyników badań interdyscyplinarnych prowadzonych z zastosowaniem teoretycznego schematu ról. Badania te powinny być przedmiotem między innymi socjologii medycyny, w tym zwłaszcza socjologii zdrowia i choroby, ale także psychologii społecznej oraz pedagogiki społecznej, w obrębie której w ostatnich latach wyraźnie wyodrębniła się nowa subdyscyplina: pedagogika zdrowia. Problemy pedagogiczne mieszczące się w analizach opartych na schemacie ról, a tym samym możliwości zastosowania teorii ról społecznych w pedagogice społecznej omówię oddzielnie, w kolejnej części tego opracowania.

Pedagogiczne aspekty ról społecznych wyznaczonych stanem zdrowia

W większości definicji zdrowia, w tym także w definicji WHO, podkreśla się, poza fizycznymi, także psychiczne oraz społeczne aspekty zdrowia. Oznacza to nie tylko, że zdrowie jest stanem dobrego samopoczucia w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym, ale również, że czynniki psychiczne i społeczne w bardzo dużej mierze decydują o utrzymaniu dobrego stanu zdrowia, o zachorowaniu, przebiegu choroby, jej przewyciężaniu. Szczególne zatem znaczenie w przygotowaniu do utrzymania zdrowia i radzenia sobie z chorobą należy przypisać pedagogice. To do jej zadań należy diagnozowanie jakości kompetencji zdrowotnych społeczeństwa oraz wypracowywanie skutecznych sposobów oddziaływań wychowawczych ukierunkowanych na uczenie zachowań prózdrowotnych. Teoria ról społecznych ułatwia usys-

tematyzowanie zakresu problematyki, która powinna być przedmiotem pedagogiki zdrowia w odniesieniu do różnych przejawów społecznego funkcjonowania jednostki i grupy. Omówię tę problematykę w schemacie trzech głównych ról wyznaczanych stanem zdrowia własnego bądź osób bliskich.

Rola zdrowego

Wejście w tę rolę wydaje się naturalnym procesem, niezależnym od udziału i zaangażowania jednostki. W rzeczywistości jednak jest inaczej. Wprawdzie w roli zdrowego praktycznie występuje większość jednostek bezpośrednio po urodzeniu (a nawet w okresie prenatalnym — mówimy przecież: urodzi się zdrowe dziecko), początkowo w sposób automatyczny i nieświadomiony (dziecko wykonuje wiele czynności składających się na rolę zdrowego, a więc je, śpi, potem uśmiecha się, gaworzy itp., a normatywną płaszczyznę tej roli tworzą oczekiwania jego otoczenia, przede wszystkim rodziców), niemniej jednak możliwość wejścia przez nie w rolę zdrowego determinowana jest wieloma działaniami, często możliwymi do modyfikowania pod wpływem odpowiednich oddziaływań pedagogicznych. Zatem już w tym momencie ujawnia się znaczenie badań i oddziaływań natury pedagogicznej. Ich przedmiotem w tym zakresie powinny być zachowania zdrowotne kobiet przygotowujących się do macierzyństwa, ale także wychowanie dziewcząt do roli matki, również w okresie znacznie poprzedzającym przyjście na świat ich dziecka.

Wraz z wiekiem wzrasta udział własny w utrzymaniu przypisanej roli zdrowego. Odpowiednie działania powinny być podejmowane już w okresie przedszkolnym. Aby były skuteczne, muszą dotyczyć nie tylko kształtowania nawyków zdrowotnych i przyswajania zasad bezpieczeństwa, ale równie duży nacisk powinien być położony na kształtowanie postaw wobec zdrowia jako wartości o szczególnym znaczeniu, determinującej osiągnięcie innych wartości życiowych. Również bardzo ważne są wczesne programy profilaktycznych oddziaływań ukierunkowanych na eliminowanie zachowań antyzdrowotnych, takich jak konsumpcja nikotyny, alkoholu czy substancji o właściwościach narkotycznych. Profilaktyka ta będzie o tyle skuteczna, o ile uda się ukształtować u dziecka względnie trwałe postawy, zawierające dobrze i adekwatnie do wieku rozwinięty komponent poznawczy, czyli odpowiednią wiedzę o czynnikach charakteryzujących się patogennym wpływem na zdrowie. Pedagogika powinna zakresem swojej analizy obejmować wszystkie zachowania, które wykazują związek z aktualnym i potencjalnym stanem zdrowia dziecka. Trzeba je zatem nauczyć m.in. służącej zachowaniu zdrowia diety, racjonalnego trybu życia, uwzględniającego ruch i odpoczynek, ale także umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, stresogennymi. W związku ze zwiększającymi się

oddziaływaniami instytucjonalnymi w wychowaniu wzrasta szansa osiągnięcia znaczących efektów dzięki odpowiednio przygotowanym i wdrażanym programom przedszkolnym i szkolnym promującym zdrowie.

Szansę utrzymania roli zdrowego w życiu dorosłym także zwiększają się pod wpływem masowej edukacji. Wraz z wiekiem nasila się zagrożenie chorobami przewlekłymi, w których etiologii znaczące są czynniki tzw. cywilizacyjne, w bardzo dużej mierze warunkowane naszymi nawykami i zachowaniami. Odpowiednio do wieku należy dostosować dietę, ilość i jakość ruchu, snu itp. Rola zdrowego, podobnie jak każda inna rola społeczna, wymaga więc pewnego wysiłku ukierunkowanego na działania służące utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Działania te wynikają z określonych postaw zawierających komponent poznawczy; w proces kształtowania tych postaw zdrowotnych, również w życiu dorosłym, także powinna włączać się pedagogika w stopniu znacznie większym niż dotychczas. Pedagogika zdrowia musi zatem w coraz większym zakresie być powiązana z analizami andragogicznymi.

Rola chorego (niepełnosprawnego)

Jeżeli przyjmujemy, że zdrowie stanowi wartość, choroba czy niepełnosprawność powinny być antywartościami. Taka postawa wobec problemów zdrowotnych charakteryzuje znaczną część społeczeństwa, jakkolwiek nie jest powszechna, gdyż choroba dla niektórych bywa wyzwoleniem od uciążliwych obowiązków i trudnych sytuacji życiowych, inni z kolei będą prezentować obojętny stosunek do spraw własnego zdrowia. Stanu choroby czy niepełnosprawności nie można jednak sprowadzać do kategorii antywartości także z innych powodów. Ta określona sytuacja (stan) jednostki, zdeterminowana czynnikami biologicznymi, wymaga wprowadzenia znacznych zmian w dotychczasowym życiu, niezbędnych dla zachowania równowagi i dostępnego, pomimo ograniczeń, zakresu aktywności. Inaczej mówiąc, choroba jest stanem uciążliwym i dla większości niepożądanym, niemniej naturalnym, zwłaszcza w późniejszych okresach życia, bo przecież w dłuższych lub krótszych odstępach czasu swojego życia choruje niemal każdy. Dlatego w pedagogice, nie tylko specjalnej, ale również społecznej, większą uwagę należy zwrócić na problemy wiążące się z rolą chorego.

Podjęcie niemal każdej nowej roli społecznej jest trudne, bo łączy się ze zmianami. Szczególnie trudno podjąć się ról zagrażających odgrywaniu dotychczasowych, z którymi jednostka mocno się identyfikowała. Takie właśnie zagrożenie łączy się z przyjęciem roli chorego, tym dotkliwiej odczuwane, że towarzyszy mu często ból i lęk przed przyszłością, a nawet przed utratą życia. W tym okresie jednostka potrzebuje nie tylko wsparcia medycznego

i psychologicznego, ale również pedagogicznego. Pedagogika powinna więc w większym stopniu przygotowywać do odgrywania roli chorego, co wymaga podobnego systemu oddziaływań edukacyjnych jak przygotowanie do pełnienia np. ról zawodowych czy rodzinnych.

W miarę rozwoju choroby zmienia się sytuacja życiowa chorego, przeobrażają się też jego potrzeby i możliwości. W wielu wypadkach niezbędne staje się kształtowanie nowych kompetencji i kwalifikacji, w tym także zawodowych. Pedagogika powinna zmierzać do poznawania zakresu tych potrzeb i opracowywać systemy wsparcia edukacyjnego, bardzo znaczącego w kompleksowej sieci społecznego wsparcia.

Rola opiekuna chorego

W tradycyjnym społeczeństwie przygotowanie do roli opiekuna chorego było naturalnym zadaniem rodziny, realizowanym dzięki doświadczeniu tej opieki już od najwcześniejszych okresów życia. Wraz z postępującą instytucjonalizacją opieki nad chorymi, zniedołężniałymi i umierającymi malały kompetencje w tym zakresie w populacji nieprofesjonalistów. Konieczność podjęcia się opieki nad chorym stała się zatem obecnie nie tylko trudnym wyzwaniem, ale i zaskoczeniem wywołującym lęk i bezradność. Rola opiekuna chorego, podobnie jak rola chorego, jest trudna, ponieważ z reguły koliduje z obowiązkami ról uprzednio pełnionych, ponadto łączy się też z cierpieniem i stresem. W tym wypadku to cierpienie psychiczne i lęk o zdrowie i życie osoby bliskiej. Przygotowanie do przyjęcia tej roli wymaga zatem wsparcia pedagogicznego nie tylko w sensie nauczania czynności pielęgnacyjnych, chociaż ten zakres wspomagania jest również bardzo ważny. Trzeba ponadto nauczyć jednostkę podejmującą się pełnienia tej roli umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, przewycięzania lęków i stresów, tworzenia nowej hierarchii wartości, umiejętności czerpania satysfakcji nawet z najmniejszej poprawy stanu zdrowia chorego, a jeśli nie jest to już możliwe — z każdej chwili bycia razem z nim. Pedagog wreszcie powinien współpracować z innymi specjalistami w przygotowywaniu programów wspierających opiekuna chorego w okresach najbardziej traumatycznych: umierania i żałoby. W całokształcie tej działalności bardzo ważną staje się współpraca ze służbami medycznymi. O ile psychologia i socjologia od dawna już określiły swoje miejsce w medycznych zespołach interdyscyplinarnych, o tyle rola pedagoga z reguły ogranicza się do edukacji szkolnej dziecka hospitalizowanego. Wciąż jeszcze bardzo niewielki okazuje się udział pedagogiki w edukacji obejmującej całokształt problemów zdrowia i choroby, w odniesieniu zarówno do populacji dzieci i młodzieży, jak i dorosłych.

*

* *

Przedstawiona w tym artykule analiza nie aspiruje do prezentacji całokształtu problemów, jakimi powinna zajmować się pedagogika zdrowia. Jej zadaniem było jedynie ukazanie możliwości zastosowania teorii ról społecznych w usystematyzowaniu społecznych problemów zdrowia i choroby, które powinny być przedmiotem badań pedagogiki zdrowia, w wypracowywaniu skutecznych sposobów edukacyjnego wspierania jednostek i grup w zachowaniu zdrowia oraz w przezwyciężaniu skutków choroby, zarówno własnej, jak i osoby bliskiej. Jak pisze J. H. Turner (1985, s. 431), „teoria ról jest potencjalnie użyteczna, gdyż dotyczy złożonych wzajemnych powiązań oczekiwań pochodzących ze struktury społecznej, oddziaływania tych oczekiwań za pośrednictwem jaźni i umiejętności odgrywania roli przez jednostki [...]”. Autor uważa ponadto, że odgrywanie roli należy do najlepiej obserwowalnych zjawisk, co ma duże znaczenie dla metodologii badań empirycznych. Ta użyteczność teorii ról społecznych powinna być w większym niż dotychczas stopniu dostrzegana i wykorzystywana w badaniach pedagogiki zdrowia, co umożliwiłoby poznanie całokształtu wielorakich powiązań pomiędzy jednostką obciążoną problemem zdrowotnym a strukturą społeczną.

Bibliografia

- Newcomb M. Th., Turner H. R., Converse Ph. E., 1970: *Psychologia społeczna*. Wrocław.
- Olechnicki K., Załęcki P., 1997: *Słownik socjologiczny*. Toruń.
- Parsons T., 1969: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa.
- Sheridan Ch. L., Radmacher S. A., 1998: *Psychologia zdrowia*. Warszawa.
- Skinner Ch., 1970: *Psychologia wychowawcza*. Warszawa.
- Słaboń A., Pachocki M., 1997: *Słownik pojęć socjologicznych*. Kraków.
- Szczepański J., 1970: *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa.
- Turner J. H., 1994: *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowania*. Poznań.
- Turner J. H., 1985: *Struktura teorii socjologicznej*. Warszawa.
- Zych A. A., 1995: *Człowiek wobec starości*. Warszawa.