

Warto podkreślić dużą rzetelność redagującej książkę Violetty Korporowicz, która zadbała, aby – pomimo tematycznej różnorodności i stylu poszczególnych artykułów – wszystkie teksty reprezentowały przyzwoity poziom merytoryczny. W efekcie otrzymujemy pracę, która obejmuje najistotniejsze zagadnienia związane z ochroną zdrowia, przedstawiając je w sposób konkretny i pozbawiony populistycznych haseł, co jest przypadłością większości publicznych dyskusji toczonych na ten temat w naszym kraju. Jednak dziedzina ochrony zdrowia – przy takim doborze tekstów – może wydawać się zarządzana wyłącznie merytokratycznie, niezależnie od wpływów polityczno-ekonomicznych. Decyzja o pominięciu tych szerszych kontekstów funkcjonowania ochrony zdrowia była jednak zdecydowanie słuszna. Uniknięto w ten sposób wikłania się w spory nierozstrzygalne i ukazano najbardziej sensowne projekty działań uzdrawiających.

Książka *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką* zredagowana przez Violetę Korporowicz powinna stać się obowiązkową lekturą wszystkich osób zaangażowanych w zarządzanie ochroną zdrowia, a także studentów socjologii zdrowia i medycyny. Stanowi też dogodny punkt wyjścia do dalszych naukowych i praktycznych dyskusji nad reformowaniem służby zdrowia.

Dariusz Wadowski
Katedra Socjologii Kultury KUL

MICHAŁ SKRZYPEK
Katedra Samorządu Terytorialnego i Polityki Lokalnej KUL
Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny AM w Lublinie

UWAGI O WIODĄCYCH OBSZARACH BADAWCZYCH
EUROPEJSKIEJ SOCJOLOGII ZDROWIA,
CHOROBY I MEDYCYNY

Sprawozdanie z *11th International Congress of the European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS)*,
Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 31.08-1.09.2006 r.

W dniach 31.08-1.09.2006 r. w Krakowie miały miejsce obrady jedenastego międzynarodowego kongresu Europejskiego Towarzystwa Socjologii Zdrowia i Medycyny (*Eleventh International Congress of the European Society for Health and Medical Sociology, ESHMS*). Organizatorem relacjonowanej edycji tegorocznego europejskiego zjazdu socjologów zdrowia, choroby i medycyny był Zakład Socjologii Medycyny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a pracami Komitetu Organizacyj-

nego kierowała prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk. Do prezentacji w czasie obrad zakwalifikowano łącznie 136 wystąpień, w tym 25 prezentacji posterowych. Integralną częścią kongresu była sesja satelitarna Sekcji Socjologii Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego, obradująca pod hasłem *Socjologia medycyny w działaniu*, obejmująca 27 wystąpień referatowych. Biorąc pod uwagę tematyczną rozległość kongresu i wielość prezentowanych prac, dokonanie pełnej i wyczerpującej relacji z obrad kongresu jest niemożliwe w zadanej formule krótkiego i skondensowanego tekstu. Zamiarem autora jest więc raczej wskazanie zasadniczych wątków obrad, co stanowić będzie podstawę dla próby określenia wiodących problemów w polu badawczym socjologii zdrowia, choroby i medycyny u progu XXI wieku.

Obrady kongresu przebiegały pod hasłem *European Health: Old and New Challenges. Tackling Health Inequalities*, wyraźnie wskazującym kierunek reorientacji problematyki badawczej subdyscypliny w stronę kategorii „zdrowie” i jej socjokulturowych korelatów¹. Zapowiedziana w ten sposób problematyka społecznych nierówności w zdrowiu rozwijana była zarówno w wykładach plenarnych, które wygłosili Profesorowie J. Pelikan, D. Vagero oraz B. Tobiasz-Adamczyk z A. Ostrowską, jak i referatach kongresowych, tworzących odrębną, rozbudowaną grupę problemową. W kluczowych prezentacjach, mieszczących się w tym nurcie, przedstawiono najnowsze dane ilustrujące rangę problemu, pochodzące z porównawczych analiz międzynarodowych. O. van dem Knesebeck i wsp. na podstawie danych pochodzących z 22 krajów zgromadzonych w ramach *European Health Survey 2003* wskazał, że poziom wykształcenia jest w krajach europejskich istotnym predyktorem zarówno ograniczeń funkcjonalnych, jak i niskiej samooceny stanu zdrowia, przy czym gradient socjoekonomicznych nierówności w zdrowiu jest najwyraźniej zaznaczony na Węgrzech, w Polsce i Portugalii, natomiast stosunkowo niewielkie socjoekonomiczne nierówności w zdrowiu obserwuje się w Austrii, Norwegii, Szwecji i Wielkiej Brytanii². T. A. Eikemo z zespołem badaczy z Norwegii, na podstawie analizy obej-

¹ Zdaniem B. Uramowskiej-Żyto ewolucja przedmiotu badań socjomedycznych w Europie Zachodniej i w USA przebiega od socjologii w medycynie (*sociology in medicine* – uzupełn. aut.) w latach pięćdziesiątych dwudziestego stulecia, poprzez socjologię medycyny (*sociology of medicine* – uzupełn. aut.) w latach sześćdziesiątych, aż do socjologii zdrowia i choroby w latach siedemdziesiątych, przy czym w Polsce – zdaniem cytowanej autorki – proces reorientacji pola badawczego subdyscypliny rozpoczął się około dziesięć lat później niż w krajach zachodnich. Zob. B. U r a m o w s k a - Ż y t o, *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN 1992, s. 9. Wyrazem zmian w zakresie pola badawczego subdyscypliny są tytuły monografii socjomedycznych zarówno zachodnich (np. A. C. T w a d d l e, R. M. H e s s l e r, *A sociology of health*, Saint Louis: The C.V. Mosby Company 1977) jak i wydawanych w Polsce (np. *W stronę socjologii zdrowia*, red. W. Piątkowski, A. Titkow, Lublin: Wydawn. UMCS 2002).

² Zob. O. v o n d e m K n e s e b e c k, P. E. V e r d e, N. D r a g a n o, *Education and health in 22 European Countries*, „Social Science and Medicine”, 2006, nr 63, s. 1344. Warto w tym kontekście przytoczyć również dane pochodzące z *European Community Household Panel* (ECHP-UDB), badań zrealizowanych w krajach członkowskich Unii Europejskiej w latach 1994-2001, obejmujących grupę ponad 74 000 osób, w świetle których w każdym spo-

mującej około 85 000 osób z 24 krajów europejskich potwierdził, że w większości krajów Europy zarówno mężczyźni, jak i kobiety z wyższych klas społecznych cechują się wyższą samooceną stanu zdrowia i niższym prawdopodobieństwem zachorowania na chorobę przewlekłą, a osoby lepiej wykształcone cechują się lepszym zdrowiem, przy czym większe nasilenie socjoekonomicznych nierówności w zdrowiu obserwuje się w grupie kobiet. Kolejna analiza, mieszcząca się w nurcie dokumentującym problem społecznych nierówności w zdrowiu, dotyczyła zależnych od poziomu wykształcenia różnic w zakresie ryzyka zgonu w norweskiej populacji osób w wieku 25-67 lat. Uzyskane przez E. Dala i współautorów wyniki wskazują, że poziom wykształcenia wyznacza wyraźny gradient w zakresie ogólnej śmiertelności w populacji, przy czym w odniesieniu do zgonów, którym można zapobiegać (*avoidable deaths*), w tym szczególnie spowodowanych przez chorobę niedokrwienną serca, gradient ten jest zdecydowanie większy³.

W serii prac testowano empirycznie hipotezy objaśniające mechanizmy powstawania socjoekonomicznych nierówności w zdrowiu, nawiązując do socjomedycznego rozumienia prozdrowotnych stylów życia jako wzorów zachowań zdrowotnych, osadzonych w strukturze społecznej i poddanych wpływom społecznym. Badacze z Niemiec, M. Richter i współautorzy, przyjmując perspektywę cyklu życia w tej kwestii, analizowali społeczny kontekst zachowań zagrażających zdrowiu (*health risk behaviour*) w okresie adolescencji i wykazali, że na tym etapie cyklu życia zachowania antyzdrowotne tylko marginalnie powiązane są z pozycją socjoekonomiczną pochodzenia rodziny, przy czym wyraźny socjoekonomiczny gradient daje się obserwować w przypadku zachowań kształtujących się w okresie dzieciństwa, dotyczących m.in. nawyków żywieniowych, czy aktywności fizycznej. Z kolei J. Siegrist i wsp., w pracy mieszczącej się w nurcie badań socjomedycznych nad przewlekłym stresem psychospołecznym jako czynnikiem zagrożenia zdrowia, przedstawili raport z badań empirycznych, testujących zaproponowany przez J. Siegrista model teoretyczny stresu zawodowego, określony jako model nierównowagi pomiędzy wysiłkiem a nagrodą (*effort-reward imbalance model*). Cytowani autorzy wykazali, że sytuacja stresującego

łeczeństwie europejskim w sytuacji uprzywilejowanej, jeśli chodzi o stan zdrowia, są osoby o wysokiej pozycji socjoekonomicznej. Zob. C. H e r n a n d e z - Q u e v e d o, A. M. J o n e s, A. L o p e z - N i c o l a s, N. R i c e, *Socioeconomic inequalities in health: a comparative longitudinal analysis using the European Community Household Panel*, „Social Science and Medicine”, 2006, nr 63, s. 1246-1261.

³ Choroba niedokrwienna serca jest modelowym zagadnieniem klinicznym, ilustrującym socjomedyczny problem badawczy socjoekonomicznych nierówności w zdrowiu: w populacjach krajów rozwiniętych cywilizacyjnie istnieje silny związek pozycji socjoekonomicznej z rozpatrywanymi w badaniach „punktami końcowymi” (*end points*), dotyczącymi choroby niedokrwiennej serca, w tym: zachorowalności, ciężkości przebiegu, prognozy i śmiertelności w przebiegu choroby niedokrwiennej serca, a także z występowaniem większości behawioralnych czynników ryzyka oraz nasilenia miażdżycy naczyń wieńcowych na przedobjawowym etapie rozwoju choroby. Zob. w tej kwestii: G. A. K a p l a n, J. E. K e i l, *Special report: socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature*. „Circulation”, 1993, nr 88(4), s. 1973-1998.

doświadczenia w miejscu pracy, operacjonalizowana w takich kategoriach, stanowi istotny czynnik zwiększający zagrożenie wystąpienia zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego.

W nurcie analiz dotyczących socjoekonomicznych nierówności w zdrowiu mieściły się również dwie prace autorów polskich, prezentowane w ramach sesji satelitarnej Sekcji Socjologii Medycyny PTS. A. Sowa zwróciła uwagę na podstawowe dokumenty systemu ochrony zdrowia, odnoszące się do problemu społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce, natomiast M. Skrzypek w kontekście szerszej analizy, wskazującej kardiologię jako obszar testowania kluczowych dla socjologii medycyny koncepcji teoretycznych, dotyczących m.in. społecznej genezy (socjoetiologii) chorób, funkcjonalnego definiowania choroby, społecznej strukturalizacji prozdrowotnych stylów życia, a także socjologicznego modelu promocji zdrowia, analizował makro-strukturalny kontekst rozkładu choroby niedokrwiennej serca w populacjach krajów rozwiniętych cywilizacyjnie. Wskazano, że socjobiologiczne mechanizmy pośredniczące w relacji niska pozycja socjoekonomiczna – wyższe ryzyko choroby serca w coraz większym stopniu identyfikowane są w obszarze neurobiologii i psycho-neuroimmunologii, wychodząc poza interpretacje związane ze społeczną strukturalizacją zachowań zdrowotnych.

Odnotować należy, że spośród około 29 przedstawionych podczas Kongresu prac dotyczących różnych aspektów socjoekonomicznych nierówności w zdrowiu, aż 13 zaprezentowali badacze z krajów skandynawskich. Jak się wydaje, prymat w badaniach stratyfikacyjnych nad zdrowiem przyznawany dotychczas tradycyjnie brytyjskim socjologom medycyny, związany z najdłuższą historyczną tradycją badań dotyczących tej kwestii w Wielkiej Brytanii, przechodzi obecnie na rzecz skandynawskich przedstawicieli subdyscypliny.

Odrębny „strumień” obrad kongresu mieścił się w nurcie socjologii choroby, odbiegającym w swych założeniach teoretycznych od funkcjonalnego modelu choroby T. Parsonsa poprzez położenie nacisku na socjologię doświadczenia choroby (*illness experience*). Przypomnijmy w tym miejscu, że krytyka funkcjonalnej koncepcji roli społecznej chorego T. Parsonsa zainspirowała wprowadzenie do obszaru socjologii choroby nowych podejść teoretycznych mieszczących się w nurcie socjologii humanistycznej, umożliwiających uwzględnienie w analizach procesu chorowania perspektywy podmiotowo-osobowej i uznających punkt widzenia „zwykłych ludzi” w odniesieniu do problemów zdrowia i choroby za wartościowy temat badawczy⁴. W pracach zaprezentowanych podczas sesji odwołującej się do takich założeń, obradującej pod hasłem *Patient experiences*, analizowano m.in. doświadczenia matek sprawujących opiekę nad dziećmi z ciężkim upośledzeniem wzroku (*Severe Vision Impairment*, SVI), doświadczenie epilepsji w grupie kobiet w wieku reprodukcyjnym,

⁴ Zob. U r a m o w s k a - Ż y t o, dz. cyt., *passim*. Warto odnotować, że tak określone przesunięcie akcentów w ramach socjologii choroby, dokonane w nurcie krytyki funkcjonalnego ujęcia T. Parsonsa, współtworzyło nurt badań nad jakością życia w medycynie (*health-related quality of life*), wprowadzając do obszaru badań medycznych i praktyki klinicznej perspektywę i podmiotowy punkt widzenia pacjenta (*patient-centered outcomes*).

predyktory oczekiwanego okresu przeżycia starych kobiet, czy doświadczenia dzieci z otyłością, związane z wykluczeniem i izolacją społeczną. We wskazanym nurcie badań lokuje się również praca A. Ostrowskiej przedstawiona podczas sesji satelitarnej PTS, w której analizowano doświadczenie choroby jako „przeżycie umocowane w czasie”, wskazując na znaczenie kategorii czasu jako elementu strukturalizującego nie tylko kliniczny przebieg choroby, ale także podmiotową perspektywę postrzegania choroby przewlekłej.

Grupa prac koncentrowała się wokół zagadnień promocji zdrowia, dziedziny będącej przedmiotem badań socjologicznych w Europie Zachodniej od połowy lat osiemdziesiątych XX wieku⁵, którą można obecnie uznać za jeden z ważniejszych obszarów badawczych polskich socjologów medycyny. Mieszcząca się w tym nurcie praca Z. Słońskiej, podejmującej na gruncie polskim problematykę socjologicznej krytyki promocji zdrowia, przyniosła diagnozę stanu promocji zdrowia w Polsce, poddawanej procesowi redefiniowania wyrażającego się przypisaniem promocji zdrowia celów, zadań i metod działania odbiegających od pierwotnych założeń jej twórców. Zwrócono uwagę, że w związku z tym procesem promocja zdrowia podlega narastającej marginalizacji w ramach koncepcji i praktyk ochrony zdrowia w Polsce, co wyraża się brakiem jej własnej infrastruktury, budżetu, czy brakami w zakresie legislacji. Słońska podkreśliła, że szansę na efektywność mają programy promocji zdrowia, uwzględniające strukturalne uwarunkowania zachowań, opierające się na wykorzystaniu współpracy międzysektorowej jako kluczowego „narzędzia” promocji zdrowia. W innych wystąpieniach dotyczących problematyki promocji zdrowia, zaprezentowanych w ramach sesji satelitarnej PTS, przedstawiono m.in. aktualizację projektu badawczego, ukierunkowanego na opisanie postaw Polaków wobec profilaktyki i promocji zdrowia (I. Lignowska i in.), opisano w perspektywie porównawczej polskie i ukraińskie doświadczenia w zakresie budowania naukowej tożsamości promocji zdrowia (W. Piątkowski, H. Havshykova), zwrócono uwagę na problematykę promocji zdrowia w miejscu pracy w perspektywie dokumentów Wspólnoty Europejskiej (E. Korzeniowska), a także dokonano rekonstrukcji postaw, potrzeb i zachowań zdrowotnych młodzieży akademickiej w ujęciu historycznym, wskazując na ewolucję w zakresie podejść promujących zdrowie, przebiegającą od zaleceń higienicznych do nowoczesnych programów ukierunkowanych na modyfikację zachowań (Z. Kawczyńska-Butrym i in.). W dwóch pracach podjęto analizę potocznej świadomości zdrowotnej jako czynnika determinującego zachowania zdrowotne: przedstawiono projekt aktualizacji badań ukierunkowanych na rekonstrukcję potocznych poglądów na zdrowie wśród mieszkańców wsi (R. Bogusz), a także zwrócono uwagę na istniejący w potocznej świadomości zdrowotnej konflikt pomiędzy zorientowanym konsumpcyjnie wzorem „przyjemnego życia” a modelem prozdrowotnego stylu życia, wskazywanym na gruncie promocji zdrowia jako kluczowa kategoria determinująca zdrowie (A. Majchrowska).

⁵ W. P i ą t k o w s k i, H. H a v s h y k o v a, *Promocja zdrowia i waleologia: dyskusja o stopniu pokrewieństwa. Doświadczenia polskie i ukraińskie. Materiały zjazdowe 11th International Congress of the ESHMS*, Kraków 2006, s. 159-160.

Odrębne nurty obrad kongresu koncentrowały się wokół problematyki socjokulturowych korelatów zachowań w zdrowiu i chorobie, zagadnień teorii i metodologii w badaniach socjomedycznych, a także socjologicznych analiz systemów opieki zdrowotnej, nawiązujących do klasycznego nurtu zainteresowań socjomedycznych ujętego przez R. Strausa jako „*sociology of medicine*”.

Żywe zainteresowanie uczestników kongresu wzbudziła sesja poświęcona nauczaniu socjologii medycyny, obradująca pod hasłem *Teaching medical sociology*, w ramach której dokonano wymiany doświadczeń związanych z ofertą dydaktyki socjomedycznej, adresowanej zarówno do studentów kierunków medycznych, jak i socjologicznych, akcentując odmienne profile potrzeb obu grup odbiorców „produktu” socjologii medycyny. Podczas sesji przedstawiono sięgającą roku 1965 tradycję nauczania socjologii medycyny w polskich uczelniach medycznych (W. Piątkowski), dodatkowo omawiano zagadnienia zawartości merytorycznej programów nauczania socjologii medycyny w Niemczech (R. Geyer), w krajach skandynawskich (E. Lahelma) oraz w Izraelu (J. Shuval), zwracając uwagę na problemy kadrowe subdyscypliny, a także kwestie związane z afiliacją socjologów medycyny w ramach uczelni medycznych.

Liczną grupę prac prezentowanych podczas kongresu poświęcono problematyce gerontologicznej, co można interpretować jako odpowiedź na problemy generowane dynamicznie wzrastającym odsetkiem ludzi starych w populacjach. Znaczące miejsce zajęły w tym obszarze badawczym opracowania autorów polskich. Analizowano m.in. wpływ czynników socjoekonomicznych na stan zdrowia (wykład plenarny B. Tobiasz-Adamczyk i A. Ostrowskiej) i śmiertelność osób starych (badania T. Knurowskiego i B. Tobiasz-Adamczyk). Na podstawie danych z badań międzynarodowych wykazano, że społeczna aktywność ludzi starych i doświadczanie satysfakcjonującej wymiany społecznej wiąże się z wyższą samooceną stanu zdrowia ludzi starych w krajach europejskich (M. Wahrendorf i in.), zaś W. Wróblewska i współautorzy wykazali w polskiej populacji osób po 18 roku życia istotny spadek jakości życia (*health-related quality of life*) wraz z narastającym wiekiem, zwracając uwagę, że szczególnie duże tempo spadku jakości życia dotyczy osób po 65 roku życia, co otwiera pole badań nad socjokulturowymi determinantami jakości życia w tej grupie wiekowej.

Podsumowując relację z jedenastego międzynarodowego Kongresu ESHMS warto odnotować, że obrady zjazdu toczyły się w 55 lat od opublikowania klasycznego dzieła T. Parsonsa *The social system*, wprowadzającego problematykę zdrowia i choroby do socjologicznego pola badawczego. Podkreślenia wymaga fakt, że opisana przez Parsonsa koncepcja roli społecznej chorego, jedna z kluczowych „wyjściowych” koncepcji teoretycznych w socjologii medycyny, była tylko pozornie „wielkim nieobecny” obrad kongresu, gdyż znaczna część bieżących tematów badawczych socjologii medycyny wyrasta z krytyki zaproponowanej przez Parsonsa konceptualizacji zdrowia, choroby i roli społecznej chorego. Genezę taką mają zarówno badania nad zachowaniami w chorobie, szeroko reprezentowane podczas kongresu, jak i analizy doświadczenia choroby (*illness experience*) oraz jego socjokulturowych korelatów, które zajmują – co potwierdziła merytoryczna zawartość obrad – istotne miejsce w nurcie socjologii choroby. Dominujący wątek obrad jedenastego kongresu ESHMS dotyczył kwestii wpływu społecznych czynników strukturalnych na „dystry-

bucję” zdrowia i choroby w społeczeństwie, przy czym wiodące były tutaj prace o walorze diagnostycznym. Odwołując się do rodzimej tradycji socjologicznej zacytujmy w tym miejscu stwierdzenie prof. Magdaleny Sokołowskiej, twórczyni polskiej socjologii medycyny, pochodzące z tekstu, w którym po raz pierwszy podjęto próbę opisanie przedmiotu subdyscypliny: „chorobę człowieka zawsze kształtują stosunki społeczne, a stan człowieka, zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie, jest funkcją wzajemnych związków i oddziaływań wszystkich środowisk, w których żyje”⁶. Wyrażone w ten sposób przez Sokołowską socjomedyczne stanowisko w kwestii socjoetiologii (społecznej genezy) chorób znalazło pełne potwierdzenie w merytorycznej zawartości obrad kongresu. W świetle przedstawionych danych uprawniona wydaje się konkluzja, że za „fundamentalną społeczną przyczynę” zdrowia człowieka uznana być może pozycja socjoekonomiczna, gdyż warunkuje ona poziom ekspozycji na niemal wszystkie behawioralne, psychologiczne, społeczne i środowiskowe czynniki ryzyka zdrowotnego, a także wpływa na większość wskaźników stanu zdrowia człowieka⁷. Patrząc na zawartość merytoryczną kongresu w szerszej perspektywie stwierdzić można, że współczesna socjologia medycyny wypracowała silną perspektywę makrospołeczną w analizach zdrowia i choroby, chociaż nadal żywotne i wyraźnie zaznaczone pozostają analizy w skali mikro, do których zalicza się m.in. badania nad zachowaniami w chorobie oraz doświadczeniem choroby⁸.

Uczestnicy obrad podkreślali, że socjomedyczna debata dotycząca społecznych nierówności w zdrowiu ma istotny wymiar praktyczny, wskazując na konieczność budowania socjologicznego modelu promocji zdrowia, wychodzącego poza warstwę deklaracyjną w stronę budowania efektywnych metod poprawy stanu zdrowia ludzi poprzez działania opierające się na wykorzystaniu dorobku nauk o zachowaniu. Zwracano również uwagę na konieczność budowania założeń polityki społecznej ukierunkowanej na redukcję społecznych nierówności w zdrowiu. Nadal otwarte pozostają kwestie formułowania i testowania hipotez objaśniających zależności „czynnik społeczny” – zdrowie człowieka, które w świetle aktualnej wiedzy muszą wykraczać poza interpretacje socjologiczne, opierające się na podkreśleniu znaczenia dostępnych opcji wyborów w kwestii zachowań zdrowotnych, determinowanych przez miejsce w strukturze społecznej i szerszy kontekst kulturowy⁹. Wydają się tu niezbędne podejścia wielodyscyplinarne, traktujące pozycję socjoekonomiczną jako „regulator ryzyka” zdrowotnego (koncepcja T. A. Glassa i M. J. McAtee), determinujący szanse i ograniczenia, które „kształtują, kanalizują, motywują i indukują

⁶ *Socjologia i medycyna*, „Studia Socjologiczne”, 1962, nr 3, s. 207-220.

⁷ B. G. L i n k, J. P h e l a n, *Social conditions as fundamental causes of disease*, „Journal of Health and Social Behavior”, 1995 Extra Issue, s. 80-94.

⁸ Por. E. B. G a l l a g h e r, T. J. S t e w a r t, T. D. S t r a t t o n, *The sociology of health in developing countries*, w: *Handbook of medical sociology*, red. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, Prentice Hall–New Jersey 2000, s. 390.

⁹ Por. J. M i r o w s k y, C. E. R o s s, J. R e y n o l d s, *Links between social status and health status*, w: *Handbook of medical sociology*, s. 47-67.

zarówno behawioralne, jak i psychologiczne czynniki ryzyka, powodujące choroby, a także czynniki salutogenne, służące zachowaniu zdrowia i opóźniające postęp choroby”¹⁰.

Zawartość problemowa prac prezentowanych podczas kongresu, obejmujących szerokie spektrum badawcze, potwierdza, że socjologia medycyny u progu nowego milenium pozostaje dynamiczną i żywotną subdyscypliną socjologiczną. Odpowiedź na wyartykułowane na gruncie socjologii medycyny pytania o przyszłość subsdyscypliny w świetle rewolucji biotechnologicznej i genetycznej w medycynie¹¹, która może wymuszać konieczność weryfikacji społeczno-ekologicznych modeli zdrowia poprzez zawężanie etiologicznego „pola zdrowia” przypisanego oddziaływaniu czynników socjokulturowych, wydaje się w świetle prezentowanych podczas kongresu danych nie podważać ontologicznych podstaw subdyscypliny. Odpowiedzią na akcentowany w czasie obrad kongresu problem przejmowania niektórych socjomedycznych obszarów badawczych przez dynamicznie rozwijające się, społecznie zorientowane dyscypliny medyczne, może być postulat C. E. Birda i współredaktorów znanego amerykańskiego podręcznika socjologii medycyny, którzy jako szansę przetrwania i rozwoju subdyscypliny w nowym millenium postrzegają budowanie modelu interdyscyplinarnej współpracy z innymi dyscyplinami podejmującymi badania naukowe nad zdrowiem i opieką zdrowotną, przy jednoczesnym stabilnym osadzeniu w macierzystej dyscyplinie – socjologii ogólnej¹².

¹⁰ T. A. G l a s s, M. J. M c A t e e, *Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future*, „Social Science and Medicine”, 2006, nr 62 (7), s. 1650-1671.

¹¹ Por. M. L a t o s z e k, *Nauczanie socjologii medycyny w kontekście realiów i wyzwań. Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Społeczeństwo polskie – zdrowie, instytucje, pieniądze”*, Warszawa, 5-6.12.2003, s. 15-16.

¹² C. E. B i r d, P. C o n r a d, A. M. F r e m o n t, *Medical sociology at the millenium*, w: *Handbook of medical sociology*, s. 1-9.