

*papieskich zamieszczonych w „L'Osservatore Romano” i dr. hab. Piotra Gacha, prof. KUL, pt. Przejawy społecznej akceptacji nauczania Jana Pawła II.*

*Magdalena Waniewska-Bobin  
Instytut Politologii KUL*

## SOCJOLOGIA I ANTROPOLOGIA MEDYCYNY W MODELU BADAŃ MULTIDYSCYPLINARNYCH NAD ZDROWIEM I CHOROBA\*

Warunkiem przetrwania i rozwoju socjologii medycyny w nowym millenium – w opinii amerykańskich socjologów Ch. Bird, P. Conrada oraz A. M. Fremonta – jest aktywny udział przedstawicieli subdyscypliny w wielodyscyplinarnych inicjatywach badawczych dotyczących problematyki zdrowia i choroby, integrujących przedstawicieli nauk społecznych i medycyny, przy jednoczesnym stabilnym osadzeniu w macierzystej dyscyplinie – socjologii<sup>1</sup>.

Odnotujmy, że model badań interdyscyplinarnych w obszarze problemowym zdrowia i choroby uznawany jest przez B. Turnera za konieczność wynikającą ze specyfiki współczesnych problemów zdrowotnych, które z racji swej złożoności nie dają się skutecznie rozwiązywać w oparciu o wąskie, wysoko wyspecjalizowane podejścia monodyscyplinarne. Interdyscyplinarny charakter debaty nad tymi zagadnieniami jest w opinii tego badacza wyrazem dążenia do bardziej efektywnego ich rozwiązywania, ma więc umocowanie motywowane praktycznie<sup>2</sup>. Również klasyk socjologii medycyny D. Mechanic prezentuje stanowisko, że budowanie modelu interdyscyplinarnej współpracy na polu badań nad zdrowiem i chorobą jest wymogiem wynikającym z faktu, że współczesne problemy zdrowotne mają charakter złożony i wielowymiarowy, wskutek czego wymagają analiz realizowanych z perspektywy wielu dyscyplin wiedzy<sup>3</sup>.

---

\* Artykuł recenzyjny monografii naukowej *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka. Wydawnictwo Arboretum. Wrocław 2008 ss. 369.

<sup>1</sup> 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: c i ż (red.), *Handbook of medical sociology*, Upper Saddle River: Prentice Hall 2000 s. 1-10.

<sup>2</sup> B. S. T u r n e r, *The interdisciplinary curriculum: from social medicine to post-modernism*, „Sociology of Health and Illness” 12(1990), nr 1, s. 2-23.

<sup>3</sup> D. M e c h a n i c, *Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine*, „Social Science and Medicine” 40(1995), nr 11, s. 1491-1496. Przywołane tezy

Zgodnie z zarysowanymi powyżej sugestiami dotyczącymi udziału socjologii medycyny w interdyscyplinarnych inicjatywach badawczych<sup>4</sup> na gruncie subdyscypliny pojawiły się propozycje redefiniowania jej relacji ze „strategicznym” partnerem w realizacji badań – naukami medycznymi.

Analizując to zagadnienie przypomnijmy, że począwszy od roku 1957 na gruncie socjologii medycyny funkcjonuje podział R. Strausa, stanowiący od momentu jego wprowadzenia ważny punkt odniesienia dla badaczy realizujących badania empiryczne w tym obszarze<sup>5</sup>. Straus wyodrębnił dwa specyficzne socjomedyczne pola badawcze: pierwsze, wyznaczane przez socjologiczne badania medycyny jako instytucji społecznej (*sociology of medicine*), oraz drugie, o silniejszej konotacji utylitarnej, o którego specyfice stanowią aplikacje wiedzy socjomedycznej w rozwiązywaniu problemów konceptualizowanych przez przedstawicieli medycyny (*sociology in medicine*)<sup>6</sup>. O ile nurt badań określony formułą *of medicine* bliższy jest socjologii ogólnej, o tyle pole badawcze określone przez Strausa jako „socjologia w medycynie” stanowi „teren zastosowań aparatu pojęciowego i metod socjologii” w obszarze medycznej *praxis*<sup>7</sup>. Podział Strausa streszczał kierunki rozwoju subdyscypliny w USA w pierwszej dekadzie jej rozwoju, tj. w latach pięćdziesiątych XX w., natomiast w późniejszym etapie istnienia socjologii medycyny używany był, według twórczyni polskiej socjologii medycyny, prof. M. Sokołowskiej, dla „uniezależnienia [subdyscypliny – M.S.] od wpływu instytucji [tj. medycyny – M.S.], w celu rozwoju

---

zrodziły inicjatywę zorganizowania na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Zdrowie i choroba w kontekście psycho-socjo-ekologicznym”, która odbyła się 14 października 2008 r. Zgodnie z intencją organizatorów (Katedra Samorządu Terytorialnego i Polityki Lokalnej Instytutu Socjologii KUL oraz Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii KUL) Konferencja stanowiła wielodyscyplinarne forum prezentacji wyników badań nad psycho-socjo-ekologicznym kontekstem zdrowia, choroby i opieki zdrowotnej.

<sup>4</sup> W tym kontekście istotna jest dbałość o precyzję terminologiczną. W ujęciu Committee on Facilitating Interdisciplinary Research amerykańskiej National Academy of Sciences, pojęcie interdyscyplinarność oznacza taki sposób realizacji badań, który „integruje [...] dane, techniki, narzędzia badawcze, perspektywy, koncepcje i/lub/ teorie z dwóch lub więcej dyscyplin [...] wiedzy. Badania multidyscyplinarne (*multidisciplinary research*) cechują się natomiast tym, że udział biorą w nich przedstawiciele więcej niż jednej dyscypliny naukowej, przy czym każda z nich wnosi specyficzny dla siebie, odrębny wkład, a badacze pracują „osobno nad odrębnymi aspektami problemu [badawczego]”. Committee on Facilitating Interdisciplinary Research, National Academy of Sciences [...], Facilitating interdisciplinary research. Washington: The National Academies Press 2004, s. 26-27.

<sup>5</sup> D. M e c h a n i c, *Medical sociology. A selective view*, New York: The Free Press 1968, s. 407-408.

<sup>6</sup> 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, s. 25-26.

<sup>7</sup> Por. M. S o k o ł o w s k a, *Socjologia medycyny*, w: Z. Krawczyk (red.), *Socjologia polska*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Centralny Ośrodek Metodyczny Studiów Nauk Politycznych 2000, s. 368.

alternatywnej (socjologicznej) perspektywy badawczej”. Takie zastosowanie dychotomii R. Strausa wynikało stąd, że – jak pisała Sokołowska – „żadna inna dziedzina socjologii empirycznej nie jest konfrontowana z równie potężną instytucją społeczną, która ma tak wielkie zapotrzebowanie na socjologię, a zarazem jest jej tak obca”<sup>8</sup>.

Propozycję redefiniowania klasycznej dychotomii Strausa, uwzględniającą współczesne realia wielospecjalistycznych badań nad zdrowiem i chorobą, przedstawił M. R. Bury. Zdaniem tego autora wzajemne relacje socjologii medycyny i nauk medycznych lepiej odzwierciedla formuła *sociology with medicine*. Do propozycji Bury’ego odniósł się Straus, twórca omówionej wyżej dychotomii *sociology of medicine vs. sociology in medicine*, który w tekście pisanym z perspektywy osobistego, 50-letniego doświadczenia w zakresie dydaktyki i badań socjomedycznych<sup>9</sup> stwierdził, że chociaż rozróżnianie socjologii „o medycynie” i socjologii „w medycynie” nadal uważa za użyteczne, to jednak jego osobiste doświadczenie zawodowe przebiegało zgodnie z zawartością formuły „*sociology with medicine*”<sup>10</sup>. Straus zaakceptował ujęcie dwustronnych relacji socjologii medycyny i medycyny zaproponowane przez Bury’ego. Wyraził ponadto przekonanie, że „efektywna współpraca pomiędzy socjologią i medycyną, niezależnie od jej formy i [realizowanych] celów, będzie się rozwijać [...]”, opowiadając się w ten sposób za multidyscyplinarnym podejściem w badaniach nad problematyką zdrowia i choroby<sup>11</sup>.

Przywołane postulaty dotyczące udziału socjologów medycyny w multidyscyplinarnych projektach badawczych, angażujących zarówno przedstawicieli innych dyscyplin nauk społecznych zainteresowanych problematyką zdrowia i choroby, jak i badaczy z obszaru medycyny, wyznaczają program rozwoju subdyscypliny w pierwszych dekadach obecnego stulecia. Znajduje on odzwierciedlenie w monografii pt. *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, pod red. naukową W. Piątkowskiego i B. Płonki-Syroki, wydanej w roku 2008. W intencji redaktorów tomu monografia ma ukazać socjologię i antropologię medycyny jako dyscypliny partnerskie w badaniach nad zagadnieniami zdrowia i choroby. Tak sformułowane założenia programowe uzasadnia konwergencja obszarów zainteresowań badawczych obu subdyscyplin, której wyrazem jest m.in. obecne na gruncie zarówno socjologii medycyny, jak i antropologii medycyny przekonanie, że choroba, szczególnie w jej wymiarze określanym w terminologii anglojęzycznej pojęciem *illness*, odnoszącym się do podmiotowego doświadczenia choroby i chorowania, może być traktowana jako efekt oddziaływań socjokulturowych. W obszarze socjologii medycyny m.in. E. Freidson i T. J. Scheff podkreślali znaczenie społecznej konstrukcji i społecznego definio-

---

<sup>8</sup> M. S o k o ł o w s k a, *Socjologia medycyny*, w: A. Ostrowska (red.), *Wstęp do socjologii medycyny*, Warszawa: IFiS PAN 1990, s. 6.

<sup>9</sup> Zob. w tej kwestii opublikowany w Polsce tekst R. Strausa *Cele i funkcje Zakładu Nauk o Zachowaniu na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Kentucky*, w: M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa: PWN 1976, s. 407-414.

<sup>10</sup> R. S t r a u s, *Medical sociology: a personal fifty year perspective*, „Journal of Health and Social Behaviour” 40(1999), nr 2, s. 103-110.

<sup>11</sup> Tamże, s. 109.

wania doświadczenia choroby<sup>12</sup>. W ramach zrodzonego z tego przekonania socjomedycznego nurtu badawczego, obejmującego socjologię doświadczenia choroby (*sociology of illness experience*), bada się chorobę jako przeżycie i jego korelaty socjokulturowe<sup>13</sup>. Z kolei w antropologii medycyny procesy „kulturowego kształtowania chorób” (*cultural shaping of illness*) są przedmiotem transkulturowych badań empirycznych<sup>14</sup>. Egzemplifikując tak zdefiniowaną strategię badawczą, warto przywołać antropologiczne badania zjawiska somatyzacji, rozumianego przez A. Kleinmana jako „ekspresja osobistego i społecznego dystresu w postaci dolegliwości somatycznych”, połączona z poszukiwaniem pomocy medycznej<sup>15</sup>. Otóż na podstawie wyników badań transkulturowych antropologdy medycyny stwierdzają, że rodzaj objawów prezentowanych w odpowiedzi na stres różni się w zależności od kontekstu kulturowego: istnieją „kulturowe style ekspresji stresu” („*idioms of distress*”), pozostające pod wpływem m.in. uwarunkowanych kulturowo przekonań<sup>16</sup>. Indywidualne relacje dotyczące objawów somatycznych są interpretowane jako odzwierciedlenie kulturowych modeli chorowania (*cultural models of sickness*), które dostarczają, jak wskazują L. J. Kirmayer i A. Young, swoistego „słownika” objawów, a także ich objaśnień oraz interpretacji związanego z nimi cierpienia<sup>17</sup>. W efekcie objawy somatyczne mogą być traktowane jako ekspresja emocjonalnego dyskomfortu i stresu w sposób zrozumiały w określonym kontekście społecznym i kulturowym<sup>18</sup>. W antropologii medycyny funkcjonuje odnoszące się do tej problematyki wprowadzone przez B. Gooda pojęcie „semantycznej sieci choroby”, odzwierciedlające przekonanie, że „choroba – jako konstrukt kulturowy – stanowi «syndrom znaczenia i doświadczenia», który można zbadać jedynie poprzez interpretację kulturową”<sup>19</sup>. Przywołane tezy dotyczące rozumienia choroby jako fenomenu ukształtowanego społecznie i kulturowo akceptowane są na gruncie obu reprezentowanych w monografii subdyscyplin

---

<sup>12</sup> M. P. Kelly, D. Field, *Medical sociology, chronic illness and the body*, „Sociology of Health and Illness” 18(1996), nr 2, s. 242.

<sup>13</sup> Por. A. Giddens, *Socjologia*, PWN: Warszawa 2005, s. 183-184.

<sup>14</sup> Zob. np. A. Kleinman, *Culture and depression*, „The New England Journal of Medicine” 351(2004), nr 10, s. 951-954, L. J. Kirmayer, A. Young, *Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives*, „Psychosomatic Medicine” 60(1998), s. 420-430, a także np. S. Farooq, M. S. Gahir, E. Okyere, A. J. Sheikh, F. Oyebode, *Somatization: a transcultural study*, „Journal of Psychosomatic Research” 39(1995), nr 7, s. 883-888.

<sup>15</sup> Cyt. za: Farooq, Gahir, Okyere, Sheikh, Oyebode, dz. cyt., s. 883.

<sup>16</sup> Kirmayer, Young, dz. cyt., s. 420.

<sup>17</sup> Tamże, s. 424.

<sup>18</sup> Tamże.

<sup>19</sup> D. Penkala-Gawęcka, *Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze*, w: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Wyd. Arboretum, 2008, s. 231.

i stanowią wspólny obszar badawczy socjologii zdrowia, choroby i medycyny oraz antropologii medycyny.

W strukturze książki redaktorzy wyodrębnili cztery części, z których trzy pierwsze obejmują prace z zakresu socjologii medycyny. Pierwsza część monografii wpisuje się w klasyczny obszar badań w socjologii medycyny, skoncentrowany wokół problematyki socjokulturowych aspektów choroby i chorowania. Treść zamieszczonego w tej części książki opracowania A. Ostrowskiej odzwierciedla zmianę dokonującą się w sposobach socjologicznego badania zjawiska choroby, polegającą na odejściu od badań inspirowanych funkcjonalnym rozumieniem choroby T. Parsonsa na rzecz analiz skoncentrowanych na socjologii doświadczenia choroby (*sociology of illness experience*), eksponujących perspektywę podmiotowo-osobową w analizach procesu chorowania i jej socjokulturowe korelaty. Ostrowska analizuje doświadczenie choroby jako „przeżycie umocowane w czasie”, wskazując na przykładzie przewlekłej niewydolności nerek kwalifikowanej do dializoterapii znaczenie kategorii czasu jako elementu strukturalizującego nie tylko kliniczny przebieg choroby, ale także podmiotową perspektywę postrzegania tej zagrażającej życiu choroby. Esej jest egzemplifikacją „zwrotu narracyjnego” w socjologii medycyny (*narrative turn*)<sup>20</sup>, związanego z wyodrębnianiem w obszarze zainteresowań subdyscypliny badań nad chorobą jako przeżyciem<sup>21</sup>. Wyłonienie się tak sprofilowanego pola badawczego jest w opinii S. Bell – konsekwencją rozróżnienia pojęć *disease* oraz *illness*, informujących o odrębnych, niekiedy niezwiązanych ze sobą aspektach choroby i chorowania, a mianowicie aspekcie biomedycznym i aspekcie dotyczącym subiektywnego doświadczenia<sup>22</sup>.

Badania nad doświadczeniem choroby mogą być postrzegane również jako element krytyki dyskursu biomedycznego dotyczącego zjawiska choroby, a także jako reakcja na zmianę charakteru dominujących chorób, z dominacją schorzeń o charakterze przewlekłym i degeneracyjnym, które z racji swej specyfiki (chroniczność) wyzwalały uruchomienie specyficznych procesów adaptacyjnych, ukierunkowanych na ich „wpisanie” w osobistą biografię chorych<sup>23</sup>. Cenne uzupełnienie i dopełnienie tekstu Ostrowskiej stanowi opracowanie autorstwa R. Grębowskiego i L. Marciniwicza, poświęcone zastosowaniu metod jakościowych w badaniach doświadczeń pacjentów związanych z opieką medyczną. Autorzy omawiają podstawowe założenia metodologiczne tego typu badań, a także pokazują je „w działaniu” na przykładzie wybranych własnych inicjatyw badawczych.

Dwie kolejne prace zamieszczone w części monografii poświęconej socjologii choroby wskazują nowe, współczesne obszary aplikacyjne socjologii medycyny. Tekst M. J. Siemińskiej, zawierający analizę społecznych aspektów „rewolucji genetycznej”

---

<sup>20</sup> S. E. B e l l, *Experiencing illness in/and narrative*, w: B i r d, C o n r a d, F r e m o n t, dz. cyt., s. 184-199.

<sup>21</sup> G i d d e n s, dz. cyt., s. 183.

<sup>22</sup> B e l l, dz. cyt., s. 187.

<sup>23</sup> W kwestii szerszej analizy inspiracji tego typu badań zob. M. B u r y, *Illness narratives: fact or fiction?* „Sociology of Health and Illness” 23(2001), nr 3, s. 265-268.

w medycynie, może być traktowany jako próba zakreślenia nowego pola badań socjomedycznych, wyznaczanego przez analizy społecznych konsekwencji „rewolucji biotechnologicznej” w medycynie<sup>24</sup>, współtworzonej m.in. przez osiągnięcia w dziedzinie genetyki molekularnej. Przedmiotem refleksji socjologicznej może tu być m.in. rekonstrukcja zagadnienia ryzyka zdrowotnego, które wraz z postępem badań genetycznych zyskuje nowe zakorzenienie (przynajmniej w odniesieniu do niektórych chorób) w obszarze informacji genetycznej, wymykając się realnej kontroli jednostki. Siemińska wskazuje nowe problemy związane z konsekwencjami recepcji ustaleń genetyki na gruncie medycyny klinicznej, dotyczące m.in. przekształcania wiedzy genetycznej na temat predyspozycji do zachorowania w konkretne zalecenia kliniczne, a także strategii informowania o wynikach testów genetycznych itp. W artykule wskazane zostały także interesujące socjologów zagadnienia dotyczące potencjalnej stygmatyzacji osób obarczonych predyspozycją do zachorowania na choroby genetycznie uwarunkowane. Odnotujmy, że opracowanie Siemińskiej wpisuje się w rozbudowaną w zachodniej socjologii medycyny debatę nad społecznymi następstwami tworzenia nowego bio-genetycznego paradygmatu współczesnej medycyny, którego założenia skutecznie przenikają do potocznego dyskursu nad genezą zachowań i chorób człowieka, kształtując jego treści zgodnie z ideą genetycznego esencjalizmu<sup>25</sup>.

Tekst M. Skrzypka, zamykający część monografii poświęconą socjologii choroby, stanowi próbę budowania socjologii choroby wieńcowej, będącej pierwszoplanową przyczyną umieralności w wysoko rozwiniętych społeczeństwach. Autor wskazuje, że interpretacje socjologiczne odgrywają kluczową rolę w objaśnianiu socjobiologicznych mechanizmów epidemii choroby wieńcowej we współczesnych społeczeństwach, wskazując jej społeczne i ekonomiczne uwarunkowania. W opracowaniu odnotowano, że w badaniach nad pozabiologicznymi determinantami choroby wieńcowej dokonało się znamienne przesunięcie od psycho-biologicznych interpretacji problemu ryzyka choroby wieńcowej (dokonywanych na gruncie psychokardiologii) na rzecz podejść zorientowanych społecznie, wyznaczających nowy obszar badawczy i aplikacyjny socjologii medycyny, istotny z perspektywy stanu zdrowia społeczeństwa. Skrzypek zauważa, że na polu badań nad chorobą wieńcową weryfikowane są empirycznie kluczowe w socjologii medycyny hipotezy dotyczące m.in. społecznej genety (socioetiologii) chorób, społecznej strukturalizacji zachowań zdrowotnych, a także społecznych nierówności w zdrowiu (występowanie choroby wieńcowej we współczesnych społeczeństwach jest ściśle powiązane ze wskaźnikami położenia społecznego).

Analiza artykułów opublikowanych w omawianej części monografii upoważnia do stwierdzenia, że w polskiej socjologii medycyny reprezentowani są, odwołując się

---

<sup>24</sup> Określenie F. Fukuyamy – za: t e n ż e, *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, Kraków: Wyd. Znak 2004, *passim*.

<sup>25</sup> Por. P. C o n r a d, *Medicalization, genetics, and human problems*, w: Bird, Conrad, Fremont, dz. cyt., s. 322-333. Zob. także: P. C o n r a d, *A mirage of genes*, „Sociology of Health and Illness” 21(1999), nr 2, s. 228-241.

do klasyfikacji L. Pearlina, zarówno „badacze struktury” (*structure seekers*), analizujący „znaczenie struktury w życiu społecznym i jej konsekwencji dla zdrowia” (badania wskazujące społeczne determinanty epidemii choroby wieńcowej), jak i „badacze znaczeń” (*meaning seekers*), analizujący laickie, nieprofesjonalne sposoby postrzegania i rozumienia fenomenów zdrowia i choroby oraz ich socjokulturowe korelaty (Ostrowskiej analiza doświadczeń chorych cierpiących z powodu przewlekłej niewydolności nerek)<sup>26</sup>.

Druga część monografii zawiera teksty wpisujące się w dynamicznie rozwijający się w polskiej socjologii medycyny obszar badawczy określany jako socjologia promocji zdrowia. Promocja zdrowia, wywodząca się z obszaru nauk medycznych, postrzegana jako kluczowe narzędzie tzw. *nowego zdrowia publicznego* (*New Public Health*)<sup>27</sup>, stanowi obecnie jeden z ważniejszych obszarów aplikacyjnych socjologii zdrowia i medycyny. Jest także przedmiotem krytycznej refleksji socjologicznej. Zamieszczone w tej części książki teksty wpisują się zarówno w pierwsze ze wskazanych pól badawczych, określone przez N. Thorogooda jako socjologia dla (w) promocji zdrowia („*sociology as applied to health promotion*”), jak i drugie, ujmowane jako socjologia o promocji zdrowia (*sociology of health promotion*)<sup>28</sup>. K. Puchalski omawia zastosowania socjologii w obszarze działań praktycznych ukierunkowanych na zwalczanie palenia tytoniu, stanowiącego nadal najsilniejszy, pojedynczy behawioralny czynnik zagrożenia zdrowia. Z. Słońska i E. Korzeniowska, wskazując bariery rozwoju koncepcji promocji zdrowia w Polsce, dokonują w odrębnych tekstach refleksji z perspektywy „*sociology of health promotion*”. Należy w tym miejscu stwierdzić, że wspólnym mianownikiem badań socjomedycznych, wprowadzających perspektywę socjologiczną do promocji zdrowia, jest dążenie do tworzenia „socjologicznego modelu promocji zdrowia”, opartego na dorobku i kompetencji nauk o zachowaniu, który dysponuje rzeczywistymi, potwierdzonymi empirycznie szansami modyfikacji behawioralnych uwarunkowań zdrowia, silnie uwarunkowanych cechami kontekstu społeczno-kulturowego. Nie ma obecnie wątpliwości, że działania prewencyjne i promujące zdrowie, ukierunkowane na zmianę aktualnej sytuacji epidemiologicznej, cechującej się dominacją chorób przewlekłych o etiologii z silną, ustrukturalizowaną społecznie komponentą behawioralną, muszą opierać się na wiedzy z zakresu nauk o zachowaniu, w tym szczególnie na wiedzy socjologicznej. Uzasadniona wydaje się w takim kontekście teza, że zarówno socjologiczne badania nad promocją zdrowia, jak i badania rozwijające zastosowania socjologii w promocji zdrowia, tworzą wartościowy fundament teoretyczny dla budującej swą naukową tożsamość nowej dyscypliny naukowej – promocji zdrowia.

---

<sup>26</sup> Por. S. L e v i n e, *Time for creative integration in medical sociology*, „Journal of Health and Social Behaviour”, Special Number: 1995, s. 1-4.

<sup>27</sup> Por. P. L i n c o l n, D. N u t b e a m, *What is health promotion?* w: M. Davies, W. Macdowall (red.), *Health promotion theory*, Open Univeristy Press: Berkshire 2006, s. 7-15.

<sup>28</sup> S. N e t t l e t o n, *The sociology of health and illness*, 2<sup>nd</sup> ed., Polity Press: Cambridge 2006, s. 239.

Socjologiczną część omawianej monografii poświęcono problemom nauczania socjologii medycyny. W tej części książki znajduje się tekst S. Geyera, który opisuje doświadczenia związane z nauczaniem socjologii medycyny w Niemczech, a także opracowanie Piątkowskiego [i wsp.], zawierające diagnozę stanu dydaktyki socjomedycznej w polskich uczelniach medycznych w perspektywie historycznej. Zaccentowana tu została rola prof. M. Sokołowskiej, inicjatorki nauczania socjologii medycyny w Polsce. Dydaktyka socjomedyczna, adresowana do przyszłych pracowników lecznictwa, uznana została przez Sokołowską za „najczęściej spotykaną i najważniejszą formę stosowania socjologii w medycynie”, której efektem ma być wyposażenie lekarzy w wiedzę z zakresu nauk o zachowaniu. Tezę taką wspiera przekonanie Sokołowskiej, że „skuteczna działalność pracowników służby zdrowia jest [...] niemożliwa bez [...] wyobraźni społecznej, bez umiejętności różnorodnego patrzenia na rzeczywistość, niezbędnego dla nauki biologiczno-społecznej, jaką jest medycyna w nowoczesnym ujęciu”<sup>29</sup>. W tekście zamykającym omawianą część monografii A. Krawański i A. Kaiser poszukują optymalnego modelu edukacji zdrowotnej, stanowiącej jedno z podstawowych „narzędzi” promocji zdrowia, uwzględniającego wielokierunkowe zależności pomiędzy postawami i zachowaniami zdrowotnymi a zmiennymi społecznymi.

Odnosząc się do problemów poruszanych w opublikowanych w książce opracowaniach z zakresu socjologii medycyny, można stwierdzić, że mamy do czynienia z dużą różnorodnością zagadnień podejmowanych przez przedstawicieli subdyscypliny. Przedmiotem analiz są zarówno zagadnienia socjologii doświadczenia choroby, metodologia socjologicznych badań jakościowych i ich zastosowania w obszarze zdrowia i choroby, społeczne aspekty rozwoju genetyki, badania z zakresu socjologii choroby wieńcowej, zagadnienia socjologii promocji zdrowia, jak i kwestie dydaktyki socjomedycznej, traktowanej jako pole aplikacyjne „produktu” socjologii medycyny. W takim kontekście uzasadnione wydaje się stwierdzenie, że specyfika przedmiotu badań socjologii medycyny w Polsce nie odbiega znacząco od sytuacji w krajach zachodnich, w tym w USA, gdzie cechą subdyscypliny jest, w opinii S. Levine’a, „fragmentacja towarzysząca różnorodności”, wynikająca ze stosowania wielu różnorodnych podejść teoretycznych i metod w badaniu szerokiego zakresu zjawisk społecznych związanych ze zdrowiem i chorobą człowieka<sup>30</sup>.

Ostatnia, czwarta część monografii, *last but not least*, poświęcona jest problematyce antropologii medycyny. Prace prezentowane w tej części książki przynoszą diagnozę *state of art* subdyscypliny i raporty z aktualnie realizowanych projektów badawczych. Artykuł B. Penkali-Gawęckiej zawiera opis genezy i rozwoju subdyscypliny, a także określa zasięg jej pola badawczego, obejmującego m.in. problematykę medycyny komplementarnej i alternatywnej, biomedycyny traktowanej jako system kulturowy oraz kulturowo-społecznych aspektów chorób. Autorka dokonuje diagnozy aktualnego stanu bazy instytucjonalnej, dydaktycznej i naukowej antro-

---

<sup>29</sup> M. S o k o ł o w s k a, *Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce*, w: M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, PWN: Warszawa 1976, s. 331.

<sup>30</sup> L e v i n e, dz. cyt., *passim*.



logii medycyny stwierdzając, że zyskała ona obecnie status jednej z „najsilniejszych i najprężniej się rozwijających” subdyscyplin antropologii kulturowej. W tekście otrzymujemy przegląd najważniejszych koncepcji teoretyczno-metodologicznych, funkcjonujących na gruncie tej subdyscypliny, a także prezentację zainteresowań badawczych wybranych głównych przedstawicieli subdyscypliny, w tym m.in. A. Kleinmana, B. Gooda i innych.

W grupie prac antropologicznych zamieszczonych w omawianej monografii otrzymujemy zaopatrzone w rozbudowany aparat bibliograficzny opracowanie G. Wiktorowskiego poświęcone problematyce demonologicznej rozpatrywanej w perspektywie antropologii wiedzy. Kolejny z „zakorzenionych” antropologicznie tekstów, autorstwa T. Cyrkota i B. Orlicza, przynosi zrealizowaną w perspektywie antropologicznej analizę nowej medycznej jednostki chorobowej, określonej jako „zespół napięcia przedmiesiączkowego” (*premenstrual syndrome, PMS*). Ta interesująca analiza odwołuje się wprost do założeń konstrukcjonizmu społecznego. W ich świetle procesy tworzenia nowych jednostek chorobowych mogą być traktowane jako przejaw medykalizacji życia społecznego, w której toku jego pierwotnie niemedycezne aspekty (elementy) wchodzi w zakres „jurysdykcji” i kontroli medycyny. Rozważania Cyrkota i Orlicza wpisują się w kontekst dyskusji nad szczegółowym problemem medykalizacji ciała kobiety, zajmującym obecnie znaczącą pozycję w dyskursie feministycznym. Zdaniem obu badaczy procesy medykalizacji życia inspirowane są m.in. przez ekspansję przemysłu farmaceutycznego, lobbującego na rzecz tworzenia nowych jednostek chorobowych, nadających się do leczenia farmakologicznego. Odnosząc się do zasadniczego problemu badawczego, podejmowanego przez Cyrkota i Orlicza, można dyskutować, czy w pełni zasadne jest aplikowanie koncepcji konstrukcjonizmu społecznego w odniesieniu do zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Przykładowo M. Stolberg kwestionuje tezę, że PMS stanowi problem medyczny specyficzny kulturowo (*culture-bound disorder*), unikatowy dla kultury zachodniej, „wytworzony” w określonym kontekście historyczno-kulturowym<sup>31</sup>. Autor ten podkreśla, że opisy cierpienia przedmiesiączkowego pojawiają się co najmniej od czasów późnego Renesansu, chociaż jego interpretacje, a także sposoby percepcji i doświadczania składających się na nie symptomów, podlegały licznym transformacjom, zależnym od kontekstu socjo-kulturowego<sup>32</sup>. Dyskutowany przez Cyrkota i Orlicza casus cierpienia przedmiesiączkowego inspiruje do namysłu nad siecią wpływów kulturowych, które decydują o tym, jak naturalne elementy życia człowieka są postrzegane, jak są prezentowane, a także czy i z jakich powodów wchodzi w obszar wpływu i kontroli medycyny. Tekst skłania również do refleksji nad faktem, że współczesna kultura jest silnie przeniknięta dyskursem biomedycznym, w którego ramach biomedyczne interpretacje problemów behawioralnych i społecznych zyskują społeczną akceptację i skutecznie przenikają do potocznego dyskursu.

---

<sup>31</sup> M. S t o l b e r g, *The monthly malady: a history of premenstrual suffering*, „Medical History” 44(2000), s. 301-322.

<sup>32</sup> Tamże, s. 303.

W tekście zamykającym antropologiczną część omawianej monografii B. Płonka-Syroka analizuje problem medycyny alternatywnej w perspektywie antropologii historycznej. Oprócz analiz szczegółowych, poświęconych antropologicznym metodom badania zjawiska medycyny alternatywnej, tekst zawiera opis obszaru badawczego antropologii medycyny, która w ujęciu Autorki rekonstruuje m.in. sposoby definiowania i klasyfikowania chorób, specyficzne dla określonych społeczności, żyjących w danym kręgu kulturowym i historycznym. Tak sprofilowane analizy realizowane są zgodnie z podejściem konstruktywistycznym, w którym „definiowanie zdrowia i choroby [...] jest zrelatywizowane wobec wartości i wzorów akceptowanych w badanej kulturze i odzwierciedla przyjmowany w niej ład aksjonormatywny”<sup>33</sup>. Podejście konstruktywistyczne stanowi również, jak wskazuje Płonka-Syroka, podstawę badań z zakresu antropologii wiedzy, obejmujących „procesy wiedzytwórcze, zakorzenione w czasie i przestrzeni”. Taka perspektywa teoretyczna znajduje zastosowanie zarówno w badaniach systemu wiedzy medycyny akademickiej, jak i w alternatywnych wobec niej systemów interpretacji zdrowia i choroby człowieka. W takim ujęciu, jak sugeruje Płonka-Syroka, medycyna alternatywna może być traktowana jako „rodzaj społecznie ukonstytuowanej ideologii, wytworzonej w wyniku procesów wiedzytwórczych i akceptowanej przez członków dającej się opisać grupy”<sup>34</sup>. W opracowaniu czytelnik otrzymuje szczegółową analizę wybranych, „alternatywnych” wobec standardu medycyny akademickiej sposobów konceptualizacji chorób, a także powiązanych z nimi rodzajów terapii alternatywnych na przykładzie mesmeryzmu (bioenergoterapii) i homeopatii.

Podsumowując, omawiana monografia odpowiada na adresowany do socjologów medycyny postulat S. Levine’a dotyczący aktywizacji naukowej współpracy socjologii i antropologii medycyny. Badacz ten zaleca przekraczanie intelektualnych barier (jak pisze Levine: „intelektualnej zaściankowości” [*intellectual parochialism*]) w relacjach obu dyscyplin i „poszukiwanie nowych dróg wzmacniania [ich – M. S.] twórczej integracji”<sup>35</sup>. Istotę barier pomiędzy obu dyscyplinami wskazali M. J. DelVecchio Good i B. Good, stwierdzając, że chociaż podejmują one analogiczne problemy badawcze i stosują podobne metody badań, to wymiana poglądów pomiędzy przedstawicielami obu dyscyplin i wzajemne cytowanie mają charakter ograniczony (*limited cross-conversation and cross-referencing*)<sup>36</sup>. Jak się wydaje, omawiana monografia, zawierająca prace badaczy działających na gruncie socjologii i antropologii medycyny, stanowi realny krok w kierunku lepszego, wzajemnego poznania przedstawicieli obu subdyscyplin, a także intensyfikacji dwustronnej współpracy naukowej. Stwierdzenie takie uzasadnia m.in. wyrażone w monografii stanowisko D. Penkalis-Gawęckiej, której zdaniem „antropologia medyczna od początku swego istnienia

---

<sup>33</sup> B. P ł o n k a - S y r o k a, *Medycyna alternatywna w perspektywie antropologii historycznej*, w: Piątkowski, Płonka-Syroka (red.), dz. cyt., s. 317.

<sup>34</sup> Tamże, s. 319.

<sup>35</sup> Cyt. za: M. J. DelVecchio Good, B. Good, „*Parallel sisters*”: *medical anthropology and medical sociology*, w: Bird, Conrad, Fremont, dz. cyt., s. 377.

<sup>36</sup> Tamże.

miała „bardzo wyraźny charakter interdyscyplinarny”, a w grupie pokrewnych dziedzin „najbliższa antropologii medycznej jest socjologia medycyny”. Wynika to z faktu, że – jak wskazuje Penkala-Gawęcka – obszary zainteresowań badawczych obu dyscyplin pokrywają się (do wspólnych „pól” badawczych zalicza m.in. problematykę medykalizacji, medycyny alternatywnej, niektórych aspektów relacji lekarz–pacjent), a ponadto ma miejsce transfer metod badawczych z antropologii medycznej do socjologii medycyny (badania jakościowe)<sup>37</sup>. Dodajmy, że wspólne są ponadto uwarunkowania rozwoju obu dyscyplin: antropologii medycyny<sup>38</sup> i socjologii medycyny<sup>39</sup>. Warunkiem kluczowym jest aktywny udział w multidyscyplinarnych inicjatywach badawczych. Książka dokumentuje fakt, że wielodyscyplinarna współpraca naukowa jest możliwa i że przynosi wymierne korzyści, stymulujące postęp wiedzy w obszarze społecznych badań nad zdrowiem i chorobą.

Konieczny wydaje się w tym miejscu odrębny komentarz dotyczący fragmentu tytułu monografii, zawierającego frazę „w działaniu”, który zapowiada, że Redaktorzy podejmą próbę egzemplifikacji praktycznych zastosowań dorobku obu „siostrzanych” dyscyplin (*parallel sisters*)<sup>40</sup>. Odnotujmy, że tak określony kierunek poszukiwań badawczych wpisuje się w naukową dyskusję nad możliwościami i sposobami „uczynienia socjologii przydatną”<sup>41</sup>. Toczy się ona również w odniesieniu do obszaru problemowego socjologii medycyny<sup>42</sup>. Komentując efekty realizacji tak zakreślonego programu badawczego, należy wskazać, że o ile w socjologicznej części monografii wypunktowano liczne pola aplikacyjne dorobku socjologii medycyny, w których „produkt” subdyscypliny funkcjonuje „w działaniu” (analizy doświadczenia choroby przewlekłej, współczesnego dyskursu społecznego dotyczącego problematyki genetycznej, szeroko rozumiana problematyka promocji zdrowia, kwestie dydaktyki socjomedycznej), o tyle w książce zabrakło szerszej, tak sprofilowanej analizy ze strony przedstawicieli antropologii medycyny. Warto dodać, że rozległe pole aplikacyjne dla „produktu” tej subdyscypliny wyłania się w kontekście procesów globalizacji, których integralnym elementem jest w opinii A. Giddensa „przemieszczenie etniczne i kulturowe” współczesnych społeczeństw, będące m.in. skutkiem procesów migracyjnych<sup>43</sup>. W związku z tym wyzwaniem w obszarze opieki zdrowotnej staje

---

<sup>37</sup> P e n k a l a - G a w ę c k a, dz. cyt., s. 234-235.

<sup>38</sup> Tamże.

<sup>39</sup> B i r d, C o n r a d, F r e m o n t, dz. cyt., s. 1-10.

<sup>40</sup> Określenie za: M. J. DelVecchio Good, B. Good, „*Parallel sisters*”: *medical anthropology and medical sociology*, w: Bird, Conrad, Fremont, dz. cyt., s. 377-388.

<sup>41</sup> J. G. B r u h n, *Why can't sociology apply itself? Progress and limitations in making sociology useful*, „*Sociological Practice: A Journal of Clinical and Applied Sociology*” 3(2001), nr 3, s. 189-203.

<sup>42</sup> Zob. J. M. C l a i r, C. C l a r k, B. P. H i n o t e, C. O. R o b i n s o n, J. A. W a s s e r m a n, *Developing, integrating, and perpetuating new ways of applying sociology to health, medicine, policy, and everyday life*, „*Social Science and Medicine*” 64(2007), s. 248-258.

<sup>43</sup> G i d d e n s, dz. cyt., s. 301-302.

się kompetencja kulturowa, umożliwiająca prawidłowe odczytywanie specyficznych „kodów kulturowych”, odnoszących się do problematyki zdrowia i choroby<sup>44</sup>. Kulturowa kompetencja pracowników lecznictwa jest się niezbędna, aby prawidłowo interpretować zjawiska związane ze zdrowiem i chorobą w kontekście zróżnicowanych etnicznie i kulturowo współczesnych społeczeństw, co w warstwie klinicznej dotyczy m.in. trafnego sformułowania diagnozy i budowania mającej walor terapeutyczny relacji lekarz–pacjent, co utrudnione jest w sytuacjach „zderzenia perspektyw” lekarza i pacjenta, w których kulturowy układ odniesienia chorego jest odmienny niż kulturowy kontekst lekarza. W celu minimalizacji ryzyka błędów diagnostyczno-terapeutycznych, wynikających z niewłaściwego odczytania kontekstu kulturowego<sup>45</sup>, proponuje się tworzenie, zwłaszcza w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrii, etnospecyficznych poradni (*ethnospecific clinics*), kompetentnych w diagnozowaniu i leczeniu osób wywodzących się z odmiennych kontekstów kulturowych, włączanie do zespołów medycznych profesjonalistów kompetentnych w interpretacji zjawisk zdrowotnych specyficznych kulturowo (*interpreters, culture brokers*) oraz szkolenie klinicystów w zakresie kompetencji kulturowej<sup>46</sup>. Praktyczna realizacja takich rozwiązań na wysokim poziomie merytorycznym jest niemożliwa bez zaangażowania ekspertów reprezentujących antropologię medycyny<sup>47</sup>.

Jedna z czołowych współczesnych socjologów medycyny, S. Nettleton, w artykule redakcyjnym opublikowanym na łamach prestiżowego czasopisma „Social Science and Medicine” podkreśla, że dominująca część wartościowych badań w obszarze zdrowia realizowana jest na pograniczu (*at the interface*) socjologii i innych dyscyplin, w tym geografii społecznej, ekonomiki zdrowia, psychologii zdrowia, epidemiologii społecznej, polityki zdrowotnej, a także antropologii<sup>48</sup>. Zawartość omawianej monografii potwierdza, że debata o charakterze multidyscyplinarnym na polu badań wyznaczanym przez problematykę zdrowia i choroby przynosi konkretne efekty poznawcze. Wskazuje te aspekty podejmowanej tematyki, które wymykają się wąskiemu, monodyscyplinarnemu ujęciu. Głównym walorem książki jest bezsporne

---

<sup>44</sup> Pojęcie to rozumiane jest jako „system umownych znaków zrozumiałych dla tych, którzy je pierwotnie uzgodnili między sobą, i tych, którzy później nauczyli się ustalonych już konwencji znaczeniowych”. Por. T. S o z a n i s k i, *Co to jest nauka?* w: M. Malikowski, M. Niezgoda (oprac.), *Badania empiryczne w socjologii. Wybór tekstów*, t. I. Wyd. Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tyczyn 1997, s. 30.

<sup>45</sup> Tamże.

<sup>46</sup> L. J. K i r m a y e r, D. G r o l e a u, J. G u z d e r, C. B l a k e i E. J a r v i s, *Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies*, „Canadian Journal of Psychiatry” 48(2003), nr 3, s. 145-152.

<sup>47</sup> Por. E. A. B e r l i n, W. C. F o w k e s, *A teaching framework for cross-cultural health care*, w: P. J. B r o w n, *Understanding and applying medical anthropology*, Mayfield Publishing Company, Mountain View, California 1998, s. 303-309.

<sup>48</sup> S. N e t t l e t o n, *Retaining the sociology in medical sociology*, „Social Science and Medicine” 65(2007), s. 2409-2412.

udokumentowanie faktu, że zjawiska zdrowia i choroby człowieka są ukształtowane społecznie i kulturowo.

*Michał Skrzypek*  
*Instytut Socjologii KUL*  
*Katedra Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*