

samego warsztatu dziennikarskiego (*newschool*). Mając świadomość istnienia takich uwarunkowań, odbiorca powinien zachować pewien dystans do rzeczywistości kreowanej przez media.

Po referatach wprowadzających odbyła się otwarta dyskusja z udziałem prelegentów oraz osób zebranych na sali. Panelowi przewodniczył prof. dr hab. Jacek Dąbała (KUL).

Organizacja konferencji była dla studentów pierwszego roku Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej wydarzeniem doniosłym. Na tę okoliczność wydali drugi już numer redagowanej przez siebie gazety pt. „Coś Nowego”. W numerze obok treści poświęconych kulturze i życiu studenckiemu znalazły się również odniesienia do tytułowego problemu konferencji: *Jaka informacja?*

MICHAŁ SKRZYPEK

Katedra Polityki Społecznej

i Etyki Politycznej Instytutu Socjologii KUL

Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny UM w Lublinie

## SOCJOLOGIA MEDYCyny W INTERDYSCYPLINARNYCH BADANIACH NAD FENOMENAMI CHOROBY I CHOROWANIA

Na terenie społecznych nauk o zdrowiu nie budzi wątpliwości teza, że złożone i wieloaspektowe zjawiska choroby i chorowania mogą być przedmiotem wartościowych heurystycznie badań wielodyscyplinarnych, realizowanych przez przedstawicieli dyscyplin naukowych wywodzących się nie tylko z medycyny, ale także należących do grupy nauk społecznych i humanistycznych. O złożoności interesujących nas zjawisk informuje wypracowana na gruncie antropologii medycznej przez Horacego Fabregę anglojęzyczna dychotomia *disease-illness*, wskazująca odrębne, nie zawsze paralelne aspekty choroby i chorowania, to jest aspekt biologiczny, będący przedmiotem zainteresowania biomedycyny (*disease*), oraz aspekt dotyczący doświadczenia choroby i chorowania, badany na terenie nauk społecznych, w tym przez socjologów i antropologów medycyny (*illness*)<sup>1</sup>. Przywołana terminologia, funkcjonująca w so-

---

<sup>1</sup> D. P e n k a l a - G a w e c k a, *Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze*, w: *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski,

cjologii medycyny w wersji uzupełnionej o termin *sickness* w jego rozumieniu zaproponowanym przez A. Younga, ujmującym społeczny wymiar choroby<sup>2</sup>, upowszechniona w literaturze przedmiotowej m.in. przez A.C. Twaddle'a i R.M. Hesslera<sup>3</sup>, a na gruncie polskiej socjologii medycyny m.in. przez B. Uramowską-Żyto<sup>4</sup>, stanowi dogodny teoretyczny punkt wyjścia dla naukowej współpracy wielodyscyplinarnej na terenie nauk o zdrowiu.

Angażowanie się socjologów medycyny w inicjatywy naukowe o profilu interdyscyplinarnym traktuje się jako jeden z kluczowych warunków postępów subdyscypliny w obecnym stuleciu<sup>5</sup>. Dyrektywa ta wpisuje się w ugruntowaną w naukach o zdrowiu tendencję traktowania zdrowia i choroby człowieka jako zjawisk, których pełny naukowy opis nie jest możliwy z perspektywy poznawczej pojedynczych dyscyplin naukowych<sup>6</sup>. Stanowisko takie prezentują Patricia Rozenfield i Frank Kessel, eksperci prestiżowej amerykańskiej organizacji *Social Science Research Council (SSRC)*, zdaniem których problematyka zdrowia i choroby zakreśla modelowe pole badań multidyscyplinarnych, a udział nauk społecznych i humanistycznych w badaniu tych podstawowych fenomenów ludzkiej egzystencji gwarantuje ich ujmowanie integralne, a zarazem nie-redukcjonistyczne<sup>7</sup>. Uzasadnienie dla tej tezy otrzymujemy w opinii Janusza Mariańskiego, który podkreśla, że w badaniu zagadnień zdrowia i choroby konieczne jest wykraczanie poza naturalistyczne ujęcia biomedyczne. Jego zdaniem „całościowej problematyki zdrowia nie można [...] ujmować wyłącznie w kategoriach dynamizmów biologicznych czy z punktu widzenia wyłącznie medycznego”<sup>8</sup>. Jest to konsekwencja faktu, że „nie tyle [...] organizm biologiczny jest chory lub zdrowy, ile raczej człowiek, jako osoba nadająca treść i sens zdrowiu lub chorobie (podkr. moje – M. S.)”<sup>9</sup>. Przywołane twierdzenia, sformułowane na gruncie nauk społecznych, akceptowane są także przez przedstawicieli nauk medycznych. Zdaniem P.G. Kaufmanna i wsp., ekspertów prestiżowego amerykańskiego *National Heart, Lung, and Blood In-*

---

B. Płonka-Syroka, Wrocław: Wyd. Arboretum 2008, s. 229-230.

<sup>2</sup> Tamże.

<sup>3</sup> *A sociology of health*, S. Louis: The C.V. Mosby Company 1977, s. 96-115.

<sup>4</sup> *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN 1992, s. 55-62.

<sup>5</sup> C.E. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont, *Medical sociology at the millenium*, w: *Handbook of medical sociology*, red. C.E. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont, Upper Saddle River: Prentice Hall 2000, s. 8.

<sup>6</sup> Zob. w tej kwestii np.: D. Mehanic, *Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine*, „Social Science and Medicine” 40(1995), nr 11, s. 1491-1496.

<sup>7</sup> *Closing commentary. Fostering interdisciplinary research: the way forward*, w: *Expanding the boundaries of health and social science. Case studies in interdisciplinary innovation*, red. F. Kessel, P.L. Rosenfield, N.B. Anderson, Oxford: Oxford University Press 2003, s. 379.

<sup>8</sup> *Przedmowa*, w: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, red. T.B. Kulik, I. Wrońska, Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza KUL 2000, s. 9.

<sup>9</sup> Tamże, s. 8.

stitute, postęp wiedzy w obszarze nauk o zdrowiu jest uzależniony przede wszystkim od realizacji badań multidyscyplinarnych, a rola badań społecznych w tym obszarze problemowym polega na dopełnianiu analiz o profilu biomedycznym o perspektywę humanistyczną<sup>10</sup>.

Podsumowując, należy stwierdzić, że w badaniach nad zdrowiem i chorobą człowieka powinna być aplikowana społeczna i humanistyczna perspektywa poznawcza, umożliwiająca opisanie podmiotowo-osobowego wymiaru tych fenomenów oraz kształtującego je socjokulturowego kontekstu, dopełniająca wąskie, redukcjonistyczne ujęcia biomedyczne<sup>11</sup>. Udział nauk społecznych i humanistycznych w tym obszarze badawczym polega ponadto na wprowadzaniu refleksji antropologicznej, która stanowi płaszczyznę odniesienia dla rozstrzygania dylematów etycznych powiązanych z problemami granicznymi, wyłaniającymi się w medycznej *praxis*.

W modelu badań wielospecjalistycznych nad zagadnieniami zdrowia i choroby człowieka istotne miejsce przypada socjologii medycyny zarówno ze względu na ugruntowaną tradycję subdyscypliny, uznawanej za pierwszą, w pełni ukształtowaną dziedzinę nauk społecznych analizującą te kwestie<sup>12</sup>, jak i z uwagi na potencjał badawczy subdyscypliny, obejmującej współcześnie obszarem swych zainteresowań szeroki zakres problemów dotyczących nie tylko medycyny jako instytucji społecznej, ale także m.in. socjologiczną problematykę choroby, w tym doświadczenia choroby, oraz zdrowia, promocji zdrowia, ciała człowieka i leczenia niemedycznego. Odnosząc się do przywołanego powyżej postulatu amerykańskich socjologów medycyny, sugerującego udział socjologów medycyny w wielodyscyplinarnych badaniach nad zdrowiem i chorobą człowieka<sup>13</sup>, należy podkreślić, że strategicznym partnerem subdyscypliny, z racji specyfiki podejmowanych zagadnień, są nauki medyczne. Na gruncie socjologii medycyny dokonała się znamienna ewolucja sposobu ujmowania relacji pomiędzy obu dziedzinami wiedzy. Jest to fakt ważny z perspektywy naukowej tożsamości socjologii medycyny, która od początku swego istnienia współpracuje z medycyną – partnerem nieporównanie silniejszym finansowo i instytucjonalnie. Tradycyjny sposób rozumienia dwustronnych relacji socjologii i medycyny ujmuje wprowadzona w roku 1957 przez Roberta Strausa dychotomia, wyróżniająca nurt badań socjomedycznych określony jako *sociology of medicine*, bliższy socjologii ogólnej, o nachyleniu krytycznym, analizujący medycynę jako instytucję społeczną, a także sprofilowany aplikacyjnie nurt *sociology in medicine*, ukierunkowany na poszukiwanie zastosowań wiedzy socjologicznej w rozwiązywaniu praktycznych problemów w praktyce medycznej, cechujący się konceptualizacyjną dominacją profesjo-

---

<sup>10</sup> P.G. Kaufmann, S.R. Parker, C. Lenfant, *Behavioral and biomedical research: a partnership for better health*, „Psychosomatic Medicine” 56(1994), s. 88-89.

<sup>11</sup> Szerzej o tych kwestiach autor pisał w: M. Skrzypek, K. Popielski, E. Albińska, *Zdrowie i choroba jako przedmiot badań multidyscyplinarnych. Wybrane zagadnienia*, w: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Lublin: Wyd. KUL 2010, s. 23-36.

<sup>12</sup> Bird, Conrad, Fremont, dz. cyt., s. 8.

<sup>13</sup> Tamże.

nalistów medycznych<sup>14</sup>. Podział Strausa, który zdefiniował relacje wyłaniającej się nowej subdyscypliny socjologicznej z naukami medycznymi, a także streścił główne kierunki badań podejmowanych na jej terenie we wczesnym etapie jej rozwoju, stał się na kilka dziesięcioleci podstawowym punktem odniesienia dla socjologów medycyny, poszukujących wyznaczników naukowej tożsamości macierzystej dziedziny wiedzy. Analiza nowszej zachodniej literatury przedmiotowej wskazuje, że dychotomia Strausa traci swoją aktualność. Sformułowany został postulat odmiennego ujmowania dwustronnych relacji socjologii i medycyny, akcentujący partnerstwo obu dziedzin, wykluczający zatem dominację instytucjonalnej medycyny. Opisana zmiana stała się możliwa, jak się wydaje, w kontekście większej dojrzałości i instytucjonalnej stabilności socjologii medycyny jako subdyscypliny socjologicznej. Propozycję redefiniowania klasycznego podziału z roku 1957, wyróżniającego „socjologię o medycynie” i „socjologię w medycynie”, zgodnie z nową formułą „socjologia z medycyną” (*sociology with medicine*), rozpropagowali na terenie literatury przedmiotowej m.in. Michael Bury oraz Robert Straus, inspirowani przekonaniem, że w kontekście multidyscyplinarnych badań nad zdrowiem i chorobą człowieka ujęcie to lepiej opisuje wzajemne relacje socjologii medycyny i medycyny<sup>15</sup>. W interpretacji J.M. Clair i wsp. model *sociology with medicine* cechuje się podejściem integracyjnym, łączącym oba moduły klasycznej dychotomii Strausa, obejmując zarówno niezależne od medycyny badania socjologiczne nad zagadnieniami zdrowia i choroby, ukierunkowane na budowanie i testowanie teorii socjologicznej, jak i badania nastawione na tworzenie praktycznych rozwiązań w opiece medycznej, opartych na wiedzy z zakresu nauk o zachowaniu. W takim rozumieniu propozycji G. Horobina socjolog medycyny generuje wiedzę, która nie tylko przyczynia się do rozwoju nauk społecznych (składnik „of” w dychotomii Strausa), ale także znajduje zastosowanie na terenie opieki medycznej (składnik „in”)<sup>16</sup>. Należy jednak podkreślić, że nowatorstwo ujęcia „socjologia z medycyną” polega nie tylko na syntezie nurtów badawczych wyodrębnionych przez Strausa, ale przede wszystkim na wyakcentowaniu partnerstwa socjologów i lekarzy w realizacji badań, wyrażającego się dwustronnym formułowaniem hipotez badawczych, a także zespołowym ich weryfikowaniem.

---

<sup>14</sup> *The nature and status of medical sociology*. „American Sociological Review” 22(1957), nr 2, s. 203-204. Cytujemy tu raport dotyczący profesjonalnej afiliacji i zawodowej aktywności pionierskiej grupy 110 amerykańskich socjologów związanych w pierwszej połowie 1956 roku z nową specjalnością – socjologią medycyny. Tamże, s. 200. Tekst ukierunkowany był w intencji Roberta Strausa na budowanie zawodowej identyfikacji socjologów medycyny, m.in. poprzez zdefiniowanie wzajemnych relacji nowej subdyscypliny socjologicznej i nauk medycznych.

<sup>15</sup> R. S t r a u s, *Medical sociology: a personal fifty year perspective*. „Journal of Health and Social Behaviour” 40(1990), nr 2, s. 103-110. Studium literatury informuje, że autorem formuły *sociology with medicine* jest Gordon Horobin. Zob. G. H o r o b i n, *Review essay: Medical sociology in Britain: true confessions of an empiricist*, „Sociology of Health and Illness” 7(1985), nr 1, s. 105.

<sup>16</sup> 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), nr 1, s. 248-258.

W ramach modelu badań multidyscyplinarnych nad chorobą i chorowaniem ważnym partnerem socjologii medycyny jest także antropologia medyczna, na terenie której funkcjonuje, podzielane przez socjologów przekonanie, że „choroba i leczenie są podstawowymi ludzkimi doświadczeniami, które mogą być najpełniej zrozumiane holistycznie, biorąc pod uwagę złożone i zróżnicowane interakcje pomiędzy ludzką biologią i kulturą”<sup>17</sup>. Podejmowanie współpracy przez przedstawicieli obu subdyscyplin inspirują postulaty formułowane przez wiodących badaczy reprezentujących te dziedziny nauki. Od strony polskiej antropologii medycznej przywołać tu należy wypowiedź Danuty Penkali-Gawęckiej, która stwierdziła, że dziedzina ta od początku miała „bardzo wyraźny charakter interdyscyplinarny”<sup>18</sup>, a w grupie pokrewnych dyscyplin najbliższa jest jej socjologia medycyny<sup>19</sup>. O bliskości obu dziedzin świadczą liczne wspólne obszary badawcze, dotyczące np. zjawiska medykalizacji życia społecznego, niemedycznych metod leczenia, społecznych uwarunkowań zdrowia, a zwłaszcza odnoszące się do fenomenu choroby i chorowania, rozumianego na terenie obu subdyscyplin jako zjawisko wieloaspektowe i postrzegane jako konstrukt społeczny. Zarówno w socjologii, jak i antropologii medycznej zjawiska choroby i chorowania, zwłaszcza w aspekcie dotyczącym subiektywnego doświadczenia (*illness*), traktowane są jako „produkt” kultury i społeczeństwa, nie zaś jako fenomeny *stricte* biologiczne. Egzemplifikacją takiego sposobu myślenia o chorobie i chorowaniu na gruncie socjologii medycyny jest podejście interpretatywne w socjologii choroby przewlekłej (*interpretive approach*), w ramach którego w nurcie badań nad doświadczeniem choroby (*illness experience*) opisuje się znaczenia nadawane przez chorych i osoby z ich otoczenia społecznego wielorakim aspektom procesu chorowania, a także ściśle z nimi powiązane podmiotowe działania, podejmowane w sytuacji przewlekłego chorowania, z uwzględnieniem socjokulturowych korelatów tych fenomenów<sup>20</sup>. Z kolei na gruncie antropologii medycznej tezy dotyczące socjokulturowego konstruowania choroby znajdują wyraz m.in. w transkulturowych badaniach empirycznych, identyfikujących uwarunkowane kulturowo zróżnicowanie obrazu klinicznego różnych problemów zdrowotnych (szczególnie chętnie bada się w tym nurcie zjawisko somatyzacji, a także problemy mieszczące się w obszarze kompetencyjnym psychiatrii), opisujących specyficzne kulturowo zespoły objawów chorobowych, a także zwracających uwagę na zależne od kontekstu kulturowego zróżnicowanie laickich sposobów interpretacji problemów zdrowotnych<sup>21</sup>. Istotną inspiracją

---

<sup>17</sup> P.J. Brown, R.L. Barrett, M.B. Padilla, *Medical anthropology: an introduction to the field*, w: *Understanding and applying medical anthropology*, red. P.J. Brown, Mountain View: Mayfield 1998, s. 12.

<sup>18</sup> Dz. cyt., s. 233.

<sup>19</sup> Tamże, s. 234.

<sup>20</sup> M. Bury, *The sociology of chronic illness: a review of research and prospects*, „Sociology of Health and Illness” 13(1991), nr 4, s. 451-452, 460.

<sup>21</sup> L.J. Kirmayer, *Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment*, „Journal of Clinical Psychiatry” 62(2001), suppl. 13, s. 22-28.

podjęcia współpracy pomiędzy socjologią i antropologią medycyny w ramach modelu badań multidyscyplinarnych nad chorobą i chorowaniem jest ponadto fakt, że pomimo nakładania się pól badawczych obu dziedzin nauki wymiana poglądów pomiędzy ich przedstawicielami i wzajemne cytowanie nie mają charakteru powszechnego<sup>22</sup>. Na problem ten w zachodniej socjologii medycyny zwraca uwagę Peter Conrad, który relacje obu dziedzin kwalifikuje jako „dyscyplinarny paralelizm” (*disciplinary parallelism*), polegający na tym, że chociaż na ich terenie realizowane są badania dotyczące tych samych zagadnień, to badacze reprezentujący obie nauki wzajemnie ignorują wyniki swych badań. Conrad używa w tym kontekście słowa *parallel* (które pojawia się także w przywołanym opracowaniu DelVecchio Good i Good), odwołując się do znaczenia tego terminu wypracowanego na gruncie psychologii rozwojowej, opisującego etap rozwoju dziecka, na którym dzieci bawią się obok siebie, nie wchodzą jednak ze sobą w interakcję (*parallel play*)<sup>23</sup>. Conrad sformułował w cytowanym opracowaniu zdecydowany postulat przejścia do kolejnego etapu we wzajemnych relacjach obu dyscyplin, cechującego się „budowaniem mostów” pomiędzy socjologią i antropologią medycyny<sup>24</sup>.

Przywołane założenia teoretyczne interdyscyplinarnych badań nad chorobą i chorowaniem człowieka stały się punktem wyjścia dla współorganizacji przez Katedrę Polityki Społecznej i Etyki Politycznej Instytutu Socjologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, we współpracy z Zakładem Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ogólnopolskiej konferencji naukowej *Doświadczanie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*. Obrady konferencji toczyły się w Nałęczowie w dniach 20 i 21 XI 2009 r. Honorowy patronat nad konferencją objęli J.M. ks. prof. dr hab. Stanisław Wilk, Rektor KUL, a także J.M. prof. dr hab. Ryszard Andrzejak, Rektor AM we Wrocławiu. Pracami komitetu organizacyjnego kierował dr Michał Skrzypek z Katedry Polityki Społecznej i Etyki Politycznej Instytutu Socjologii KUL. W organizacji konferencji partnerem Instytutu Socjologii KUL było wrocławskie środowisko antropologii medycznej, uprawianej w ramach Wydziału Farmaceutycznego AM we Wrocławiu, a także Uniwersytetu Wrocławskiego, skupione wokół dr hab. Bożeny Płonki-Syroki, która przewodniczyła komitetowi naukowemu konferencji. W sesji plenarnej oraz trzech sesjach tematycznych zaprezentowano łącznie 38 wystąpień, poświęconych ukazaniu fenomenów choroby i chorowania z różnych perspektyw poznawczych, w tym m.in. z perspektywy osoby chorej, lekarza, osób z otoczenia chorego, a także instytucji społecznych pozostających w kontakcie z osobą doświadczającą choroby. W intencji organizatorów głównym celem obrad było stworzenie interdyscyplinarnego forum dla wymiany poglądów pomiędzy przed-

---

<sup>22</sup> M. De l V e c c h i o G o o d, B. G o o d, „Parallel sisters”: *medical anthropology and medical sociology*, w: *Handbook of medical sociology*, red. C.E. Bird, P. Conrad i A.E. Fremont, Upper Saddle River: Prentice Hall 2000, s. 377.

<sup>23</sup> P. C o n r a d, *Parallel play in medical anthropology and medical sociology*, „The American Sociologist” 28(1997), nr 4, s. 90-91.

<sup>24</sup> Tamże, s. 98.

stawicielami tych dyscyplin naukowych, które podejmują problematykę choroby, chorowania i człowieka chorego. Organizatorzy konferencji odwoływali się do przywołanej powyżej formuły „socjologia z medycyną” (*sociology with medicine*), promującej nowe ujęcie dwustronnych relacji socjologii z medycyną, polegające na partnerskiej współpracy w ramach modelu badań multidyscyplinarnych (wszak partnerem uprawianej w KUL socjologii medycyny byli przedstawiciele uczelni medycznej), formuła ta została jednak znacząco poszerzona poprzez zaproszenie do udziału w konferencji przedstawiciele także wielu innych dyscyplin z obszaru nauk społecznych i humanistycznych, które w ramach swych zainteresowań badawczych dokonują namysłu nad zagadnieniami choroby i chorowania. Organizatorami konferencji kierowało także przekonanie, że wyniki badań realizowanych przez tak ukształtowany zespół badawczy pozwolą na uchwycenie złożoności zjawisk choroby i chorowania, ze szczególnym uwzględnieniem ich wymiaru subiektywnego, oraz ich społecznych i kulturowych uwarunkowań, a tym samym umożliwią przekroczenie jednego z kluczowych ograniczeń podejścia biomedycznego do tych zagadnień, które zdaniem Sjaaka van der Geest’a polega na dekontekstualizacji fenomenów choroby i chorowania, będącego konsekwencją koncentracji lekarzy na biologicznym wymiarze tych zjawisk<sup>25</sup>.

Zorganizowanie konferencji jest wyrazem udziału socjologii medycyny, uprawianej w Instytucie Socjologii KUL, w wielospecjalistycznych badaniach nad zdrowiem i chorobą człowieka, realizowanych zgodnie z założeniami podejścia zespołowego (*team approach*). Piszący te słowa pragnie podkreślić, że obecność socjologicznej problematyki choroby i chorowania w KUL ma ugruntowaną, ponad 40-letnią tradycję, zapoczątkowaną przez prof. Teresę Kukołowicz, która w ramach wykładów z zakresu socjologii pracy realizowanych w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku na Wydziale Filozofii Chrześcijańskiej KUL, poruszała problematykę socjologii medycyny (wówczas jeszcze w stopniu doktora), a w roku akademickim 1971/1972 zrealizowała pierwszy w KUL wykład o nazwie *Socjologia medycyny* w ramach tegoż wydziału<sup>26</sup>. Obecność subdyscypliny w KUL podtrzymana została przez naukowo-dydaktyczną działalność prof. dr hab. Zofii Kawczyńskiej-Butrym, która w latach 1988-1998 wykładała socjologię medycyny w ramach oferty dydaktycznej adresowanej do studentów socjologii<sup>27</sup>. Odnowienie nauczania z tego zakresu w Instytucie Socjo-

---

<sup>25</sup> *Overcoming ethnocentrism: how social science and medicine relate and should relate to one another*, „Social Science and Medicine” 40(1995), nr 7, s. 869-872.

<sup>26</sup> Związki Teresy Kukołowicz z socjologią medycyny opisano w jubileuszowym zeszycie „Roczników Nauk Społecznych” (24(1996), z. 2, s. 7-15). Zob. także: *Rys biograficzny oraz Bibliografię prac prof. dr hab. Teresy Kukołowicz* (w oprac. Ewy Słomki). Jak można sądzić, pionierski wykład z zakresu socjologii medycyny w KUL zrodził się z inspiracji związanych z udziałem dr Teresy Kukołowicz w Konwersatorium Socjologii Medycyny w IFiS PAN w latach 1967-1969, prowadzonym przez prof. Magdalenę Sokołowską, twórczynię socjologii medycyny w Polsce.

<sup>27</sup> Zofia Kawczyńska-Butrym, słuchaczka wykładu z zakresu socjologii medycyny prowadzonego przez T. Kukołowicz, uważała się za „uczennicę [prof. Kukołowicz – uzup. M. S.] i konty-

logii KUL miało miejsce w roku akad. 2003/2004 z inicjatywy ówczesnego dyrektora Instytutu Socjologii prof. Stanisława Wójcika i od tego momentu KUL dysponuje szeroką ofertą dydaktyki socjomedycznej, która w roku akad. 2009/2010 obejmowała 240 godzin zajęć z zakresu socjologii medycyny, realizowanych w formie wykładów fakultatywnych, ćwiczeń, konwersatorium, a także licencjackiego seminarium dyplomowego<sup>28</sup>.

Ważną inspiracją zorganizowania przez Katedrę Polityki Społecznej i Etyki Politycznej KUL, we współpracy z Zakładem Humanistycznych Nauk AM we Wrocławiu, konferencji *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych* było także zapotrzebowanie zgłoszone przez badaczy reprezentujących nauki medyczne, farmaceutyczne i społeczne uprawiane w ramach Wydziału Farmaceutycznego AM we Wrocławiu, odnoszące się do podjęcia szerszej refleksji dotyczącej wkładu nauk społecznych w proces kształcenia pracowników lecznictwa na podstawie ugruntowanej tradycji nauk społecznych i humanistyki w KUL. Przedstawiciele wrocławskiego ośrodka naukowego pragnęli dokonać w toku konferencji wielospecjalistycznej refleksji nad wybranymi problemami granicznymi z praktyki medycznej, które z racji swej złożoności nie dają się rozwiązywać na podstawie wąskiego podejścia monodyscyplinarnego. Celem obrad było także dalsze zbliżenie na gruncie nauki polskiej socjologii i antropologii medycyny jako dyscyplin partnerskich w obszarze nauk o zdrowiu. Założenia programowe konferencji realizowane były w toku dwudniowych obrad w czasie sesji plenarnej, a także trzech sesji tematycznych. Ze względu na znaczną rozpiętość tematyczną referowanych zagadnień, a także wielodyscyplinarny charakter dyskusji, znacznie wykraczających poza zakreślone przez organizatorów ramy czasowe, dokonanie szczegółowej relacji z przebiegu obrad nie wydaje się możliwe w zadanej formule tekstu. Z tego względu zasygnalizowane zostaną tylko wybrane kategorie badawcze, które były przedmiotem zainteresowania uczestników konferencji<sup>29</sup>.

Obrady konferencji utworzyli prof. dr hab. Andrzej Sękowski, dziekan Wydziału Nauk Społecznych KUL, prof. AM, dr hab. Kazimierz Gąsiorowski, dziekan Wydziału Farmaceutycznego AM we Wrocławiu, a także gospodarz obrad dr hab. Jan Mazur OSPPE, prof. KUL, kierownik Katedry Polityki Społecznej i Etyki Politycznej KUL.

---

nuatorce tych wykładów". Z. K a w c z y ń s k a - B u t r y m, *Pojęcie zdrowia – otwarcie się medycyny na socjologię*. „Roczniki Nauk Społecznych” 24(1996), z. 2, s. 262-263.

<sup>28</sup> Tradycję nauczania socjologii medycyny w KUL adresowanego do studentów socjologii omówiono szerzej w opracowaniu: M. S k r z y p e k, *Socjologia zdrowia, choroby i medycyny w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim na tle tradycji subdyscypliny w Polsce*, w: *Tradycja i współczesność. 90 lat socjologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim*, red. S. Fel, J.P. Gałkowski, J.M. Zabielska, Lublin: Wydawn. KUL 2009, s. 241-245.

<sup>29</sup> W toku obrad konferencji zrodziła się inicjatywa napisania monografii naukowej, dokumentującej dorobek wielospecjalistycznych badań nad chorobą i chorowaniem człowieka na gruncie nauki polskiej. Zob. *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, red. B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek, Wrocław: Wyd. A.M. we Wrocławiu 2010.



Założenia programowe obrad przedstawili prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka oraz dr Michał Skrzypek.

Wspólną cechą wystąpień zaprezentowanych podczas sesji plenarnej, otwierającej roboczą część obrad, było ułożenie doświadczeń choroby, chorowania i umierania w szerokim kontekście refleksji humanistycznej, uwzględniającej perspektywę psychologiczną, antropologiczną i teologiczną. Wykład rozpoczynający sesję plenarną wygłosił ks. prof. zw. dr hab. Kazimierz Popielski, który aplikuje i rozwija na gruncie psychologii koncepcję logoteorii Viktora Emila Frankla, wiedeńskiego psychoterapeuty i psychiatry, akcentującą znaczenie odniesień do sensu i wartości w praktyce lekarskiej i psychoterapeutycznej. Noopsychoidea Popielskiego aplikowana jest w obszarze badań nad zdrowiem i chorobą człowieka w postaci koncepcji noopsychosomatyki, w ramach której dwukierunkowe interakcje umysł–ciało (*mind–body*) lokowane są w kontekście egzystencjalnych odniesień do sensu i wartości<sup>30</sup>. W kolejnych wystąpieniach wygłoszonych podczas sesji plenarnej analizowano sposoby postrzegania chorób i ułomności w czasach biblijnych (ks. prof. dr hab. Franciszek Rosiński), dokonywano refleksji nad fenomenem chorowania i cierpienia z perspektywy antropologii chrześcijańskiej (o. prof. dr hab. Piotr Liszka, o. dr Wacław Stanisław Chomik, ks. dr Jan Czarny), a także poszukiwano odpowiedzi na istotne w tym kontekście pytanie o możliwość traktowania cierpienia i doświadczenia choroby jako szansy rozwoju człowieka (J. Czekajewska). W toku obrad sesji plenarnej zjawiska choroby i chorowania analizowane były w szerokim kontekście wyznaczanym przez personalistyczną perspektywę antropologiczną, promującą nie-redukcyjny, integralny sposób myślenia o człowieku w stanie choroby.

Pierwsza z sesji tematycznych wyodrębnionych w programie konferencji dotyczyła zjawiska choroby, analizowanego z perspektywy badań teoretycznych i językowych. W tej części obrad prezentowano m.in. prace poświęcone opisaniu fenomenu choroby z perspektywy badań konstruktywistycznych. W tym nurcie omawiano socjologiczne kontrowersje wokół diagnozy i terapii zespołu ADHD (Ł. Afeltowicz, M. Wróblewski), a także z perspektywy „teorii aktora-sieci” (*actor-network theory*) Bruno Latoura, przeanalizowano proces konstruowania wiedzy dotyczącej etiologii choroby AIDS (Ł. Afeltowicz). W omawianej części obrad analizowano również genezę i przedmiot podejścia interpretatywnego (*interpretive approach*) w socjologii choroby przewlekłej (M. Skrzypek). Referent zwrócił uwagę, że wprowadzenie do obszaru badań socjomedycznych kategorii badawczych „choroba jako przeżycie”<sup>31</sup>, a także doświadczenie choroby (*illness experience*) jest wyrazem reorientacji problematyki badawczej w nurcie socjologii choroby, odbiegającej w swych założeniach teoretycznych od funkcjonalnego modelu choroby T. Parsonsa na rzecz podejścia umożliwiającego uwzględnienie perspektywy osoby chorej, inspirowanego założeniami socjologii humanistycznej. W referacie podkreślono, że wstępnych inspiracji tworzenia podejścia interpretatywnego w socjologii choroby upatrywać można w propozycjach

---

<sup>30</sup> K. P o p i e l s k i, *Noopsychosomatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego*, „Przegląd Psychologiczny” 42(1999), nr 4, s. 17-41.

<sup>31</sup> A. G i d d e n s, *Socjologia*, Warszawa: Wyd. Naukowe PWN 2005, s. 183-184.

teoretycznych Eliota Freidsona, który analizował procesy społecznego tworzenia chorób, zwracając w tym nurcie uwagę na znaczenie systemu laików w procesie reagowania na zachorowanie<sup>32</sup>, a także sugerował, aby relację lekarz–pacjent analizować z perspektywy teorii konfliktu, akcentując możliwość zderzenia perspektyw lekarza i pacjenta (*clash of perspectives*) i wskazywał rozbieżność sposobów postrzegania choroby przez lekarza i przez pacjenta jako jedno z potencjalnych źródeł konfliktu w relacji lekarz–pacjent<sup>33</sup>. W referacie podkreślono, że dynamiczny rozwój sprofilowanych interpretatywnie badań w socjologii choroby powoduje, że wyłania się nowy podział socjomedycznego środowiska badawczego na „badaczy struktury” i „badaczy znaczeń” (*meaning seekers*)<sup>34</sup>, przy czym reprezentanci drugiego z wymienionych podejść, przy zastosowaniu jakościowych metod badawczych, opisują m.in. laickie interpretacje i doświadczenia zjawisk zdrowia i choroby.

W programie konferencji wyodrębniona została sesja o profilu historycznym, w ramach której analizowano sposoby doświadczania chorób w różnych kontekstach socjokulturowych i okresach historycznych. Wiele zagadnień szczegółowych zaprezentowanych w tej części konferencji otworzyły wystąpienia filologów klasycznych z KUL. Na podstawie twórczości Eliasza Arystydesa omówiono funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Pergamonie w II wieku n.e. (E. Osek), a także przeanalizowano obraz zarazy ateńskiej w relacji Tukidydesa, zwracając uwagę na jej społeczne konsekwencje dotyczące m.in. rozbitcia struktur życia rodzinnego (M. Siwicka). O. prof. dr hab. Mieczysław Paczkowski analizował genezę i ewolucję chrześcijańskiego podejścia do choroby i cierpienia, zwracając uwagę na znaczenie w tym względzie zakonów, zwłaszcza benedyktynów, którzy zachowali dorobek myśli starożytnej dotyczący zdrowia i choroby, eliminując pogańskie elementy magiczne powiązane z zabiegami medycznymi. Pozostałe prace zaprezentowane w tej części konferencji dotyczyły doświadczania choroby w perspektywie kalendarzy śląskich z XVII i XVIII wieku (A. Syroka), społecznych reakcji na problemy chorób epidemicznych w okresie II Rzeczypospolitej (prof. dr hab. A. Felchner), wpływu sytuacji społeczno-ekonomicznej na stan zdrowia społeczeństwa II Rzeczypospolitej (J. Majchrzyk-Mikuła), a także historyczno-prawnych aspektów rozwoju medycyny morskiej (P. Gąsiorczyk).

Najbardziej rozbudowana część konferencji poświęcona była ukazaniu fenomenu choroby z perspektywy osoby chorej. Organizatorzy podjęli decyzję o wyodrębnieniu tak sprofilowanej sesji tematycznej, zainspirowani trendami zmian dokonujących się w obszarze badawczym socjologii medycyny, polegającymi na odchodzeniu od perspektywy medykocentrycznej w badaniach socjomedycznych, w ramach której analizowano np. społeczne mechanizmy przekształcające chorego w pacjenta (zob. struk-

---

<sup>32</sup> *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, New York, Hagerstown, San Francisco, London: Harper and Row Publishers, 1970, s. 203-331.

<sup>33</sup> Por. S.W. Bloom, R.N. Wilson, *Patient-practitioner relationships*, W: *Handbook of medical sociology*, red. H.E. Freeman, S. Levine, L.G. Reeder, New Jersey: Prentice-Hall 1979, s. 285-288.

<sup>34</sup> Za: D. Mathera, *Medical sociology*, Boston: Allyn and Bacon 2000, s. 398-399.

turalno-funkcjonalna koncepcja roli społecznej chorego T. Parsonsa), na rzecz podejść umożliwiających opisanie fenomenów choroby i chorowania z perspektywy laickiej, uwzględniającej sposoby doświadczania chorób i ich socjokulturowy kontekst, w ramach których, jak pisze M. Bury, „subiektywny punkt widzenia pacjenta stał się raz jeszcze słyszalny”<sup>35</sup>. Przyjmując taką orientację badawczą, socjologia medycyny odchodzi od opisywania instytucjonalnych aspektów funkcjonowania zachodniego systemu medycznego, zbliżając się do profilu badań typowego dla antropologii medycznej. Specyfika badań realizowanych na terenie tej subdyscypliny polega bowiem m.in. na analizach funkcjonowania i specyfiki niemedycznych systemów leczenia w kontekście niepiśmiennych kultur pierwotnych, a także wyraża się utożsamianiem się w większym stopniu z chorymi niż z medycznym establishmentem<sup>36</sup>. W ramach tej sesji tematycznej reprezentację znalazła problematyka lecznictwa niemedycznego, analizowana zarówno z perspektywy socjologicznej (W. Piątkowski), jak i z perspektywy antropologicznej (ks. prof. dr hab. Franciszek Rosiński). Fenomen doświadczania choroby analizowano w kontekście interakcji lekarz–pacjent, ze szczególnym uwzględnieniem jej jakości warunkowanej przebiegiem procesu komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem (A. Kaźmierczak), a także w kontekście tradycyjnych i współczesnych społeczności typu ludowego (A. Szlagowska). Przedmiotem badań była także problematyka doświadczania chorób reumatycznych (A. Patyk), doświadczeń pacjentów cierpiących z powodu chorób nerek, poddawanych zabiegom dializoterapii (M. Zatoński), doświadczania chorób serca przez pacjentów leczonych za pomocą metod kardiochirurgicznych (J. Stacherzak-Raczkowska), a także problematyka doświadczania choroby przez pacjentów klinik chirurgicznych (A. Kumar-Agrawal). Grupa prac dotyczyła zagadnień opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zwrócono uwagę m.in. na specyfikę doświadczania choroby nieuleczalnej przez dzieci i ich rodziny na podstawie doświadczeń wypracowanych w toku działalności Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia (o. F. Buczyński), analizowano doświadczenia rodzin w żałobie po śmierci dzieci (w odniesieniu do tej kwestii prezentowana była audycja radiowa autorstwa K. Hudzika z Rozgłośni Archidiecezji Lubelskiej – Radio „eR” pt. *Dzieci pod niebiańskim adresem zamieszkania*), a także dyskutowano dylematy etyczne wyłaniające się w toku medycznej opieki paliatywnej, dotyczące m.in. miejsca jej sprawowania oraz zakresu dopuszczalnych działań lekarskich w toku realizacji opieki medycznej nad człowiekiem umierającym (T. Weber). Ostatnia ze wskazanych kwestii była przedmiotem pogłębionej analizy przeprowadzonej przez obecnego w czasie całej konferencji prof. dr hab. Kazimierza Gąsiorowskiego, dziekana Wydziału Farmaceutycznego AM we Wrocławiu, który zwrócił uwagę na możliwości współczesnej medycyny dotyczące leczenia paliatywnego, znacznie wykraczające poza możliwość efektywnego leczenia bólu. Ważnym elementem obrad relacjonowanej sesji tematycznej były analizy socjologów ogólnych, dotyczące zmian funkcjonowania rodziny w sytuacji choroby (M. Szyszka), a także funkcjonowania

<sup>35</sup> *Illness narratives: fact or fiction?*, „Sociology of Health and Illness” 23(2001), nr 3, s. 266.

<sup>36</sup> C o n r a d, dz. cyt., s. 96.

rodziny w specyficznym kontekście wyznaczanym przez terminalną chorobę dziecka (D. Gizicka).

Podsumowując dotychczasowe rozważania, należy stwierdzić, że obrady konferencji, poświęcone analizie sposobów doświadczania choroby i chorowania z różnych perspektyw poznawczych, ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy osoby chorej, traktować można jako praktyczne wdrożenie teoretycznego modelu badań multidyscyplinarnych nad fenomenem choroby i chorowania. Podejście badawcze aplikowane w czasie konferencji było konsekwencją akceptacji faktu, że choroba jest zjawiskiem wieloaspektowym, które nie daje się wyczerpująco opisywać z wąskich perspektyw monodyscyplinarnych. Fakt ten odzwierciedla przywołana powyżej, ugruntowana w socjologii medycyny anglojęzyczna terminologia, wyróżniająca obok biologicznego wymiaru choroby i chorowania (*disease*) również wymiar dotyczący subiektywnego doświadczenia (ujmowany jako *illness*), a także wymiar odnoszący się do społecznej tożsamości osoby chorej (*sickness*). W toku obrad konferencji wykazano, że każdy ze wskazanych aspektów choroby i chorowania może być przedmiotem wartościowych analiz realizowanych z perspektywy nauk społecznych i humanistycznych. Dotyczy to także choroby w aspekcie biomedycznym (*disease*), ponieważ sposoby diagnozowania i konceptualizacji chorób na gruncie medycyny mogą być analizowane z perspektywy konstruktywistycznej jako „produkt” kultury i społeczeństwa, a zwłaszcza tych aspektów choroby, które ujmowane są terminami *illness* i *sickness*.

Uczestniczący w konferencji przedstawiciele ośrodka naukowego związanego z Wydziałem Farmaceutycznym AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu akcentowali znaczenie współpracy z przedstawicielami nauk społecznych i humanistycznych – która była faktem w toku obrad konferencji – z perspektywy podejmowanych w ramach tego Wydziału inicjatyw nakierowanych na budowanie zhumanizowanego modelu opieki nad pacjentem, którego integralnym elementem jest wyposażenie pracowników lecznictwa w niezbędne kompetencje etyczne i behawioralne. Ten rodzaj wiedzy i praktycznych umiejętności umożliwia personelowi medycznemu bardziej efektywne rozwiązywanie praktycznych problemów wyłaniających się w toku praktyki medycznej, dotyczących m.in. szeroko rozumianych niemedycznych potrzeb pacjentów, procesów informowania w ramach interakcji lekarz–pacjent, narastającego zakresu korzystania przez pacjentów z alternatywnych, pozamedycznych form leczenia, a także problemów związanych z sytuacjami granicznymi w praktyce klinicznej, dotyczących przede wszystkim sposobów uprawnionego postępowania medycznego w końcowej fazie życia chorych. W toczących się podczas konferencji dyskusjach, odnoszących się do wskazanych zagadnień, oczywistością była teza sformułowana przez A. Ostrowską we wstępie do jednej z najnowszych polskich monografii socjomedycznych, że „medycyna nie dostarcza wszystkich możliwych rozwiązań dla problemów ludzi chorych i niepełnosprawnych”<sup>37</sup>, w związku z czym konieczny jest wkład nauk społecznych i humanistycznych w tym obszarze badawczym. Czytelnym

---

<sup>37</sup> Wstęp, w: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Warszawa: Wyd. IFiS PAN 2009, s. 17-18.

wyrazem realizacji takiego założenia była specyfika podmiotów organizujących relacjonowaną konferencję: z jednej strony uczelnia medyczna, z drugiej zaś KUL, wnoszący ugruntowaną tradycję badań humanistycznych i społecznych, w ramach której od ponad 40 lat mieści się socjologiczna problematyka choroby i chorowania człowieka.

## LITERATURA

- B i r d C.E., C o n r a d P., F r e m o n t A.M.: Medical sociology at the millenium, w: Eds. C.E. B i r d, P. C o n r a d, A.M. F r e m o n t, *Handbook of medical sociology*, Upper Saddle River: Prentice Hall 2000, s. 1-10.
- B l o o m S.W., W i l s o n R.N.: Patient-practitioner relationships, w: Eds. H.E. F r e e m a n, S. L e v i n e, L.G. R e e d e r, *Handbook of medical sociology*, 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall 1979, s. 275-296.
- B r o w n P.J., B a r r e t t R.L., P a d i l l a M.B.: Medical anthropology: an introduction to the field, w: Ed. P.J. B r o w n, *Understanding and applying medical anthropology*, Mountain View: Mayfield 1998 s. 10-19.
- B u r y M.: Illness narratives: fact or fiction? "Sociology of Health and Illness" 23(2001), nr 3, s. 263-285.
- B u r y M.: The sociology of chronic illness: a review of research and prospects, „Sociology of Health and Illness” 13(1991), nr 4, s. 451-468.
- C l a i r J.M., C l a r k C., H i n o t e B.P., R o b i n s o n C.O., W a s s e r m a n J.A.: 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.
- C o n r a d P.: Parallel play in medical anthropology and medical sociology, "The American Sociologist" 28(1997), nr 4, s. 90-100.
- D e l v e c c h i o G o o d M., G o o d B.: "Parallel sisters": medical anthropology and medical sociology, w: Eds. C.E. B i r d, P. C o n r a d, A.E. F r e m o n t, *Handbook of medical sociology*, Upper Saddle River: Prentice Hall 2000 s. 377-388.
- F r e i d s o n E.: Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge, New York–Hagerstown–San Francisco–London: Harper and Row Publishers 1970.
- G i d d e n s A.: Socjologia, Warszawa: Wyd. Naukowe PWN 2005.
- H o r o b i n G.: Review essay: Medical sociology in Britain: true confessions of an empiricist, "Sociology of Health and Illness" 7(1985), nr 1, s. 94-107.
- K a u f m a n n P.G., P a r k e r S.R., L e n f a n t C.: Behavioral and biomedical research: a partnership for better health, „Psychosomatic Medicine“ 56(1994), s. 87-89.
- K a w c z y ń s k a - B u t r y m Z.: Pojęcie zdrowia – otwarcie się medycyny na socjologię, „Roczniki Nauk Społecznych” 24(1996), z. 2, s. 255-263.
- K i r m a y e r L.J.: Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment, "Journal of Clinical Psychiatry" 62(2001), suppl. 13, s. 22-28.
- M a r i a ń s k i J.: Przedmowa. w: T.B. K u l i k, I. W r o ń s k a (red.). *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza KUL 2000, s. 7-11.

- M a t c h a D.A.: Medical sociology, Boston: Allyn and Bacon 2000.
- M e c h a n i c D.: Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine, "Social Science and Medicine" 40(1995), nr 11, s. 1491-1496.
- O s t r o w s k a A.: Wstęp, w: A. O s t r o w s k a (red.). *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN 2009, s. 13-20.
- P e n k a l a - G a w ę c k a D.: Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze, w: W. P i ą t k o w s k i, B. P ł o n k a - S y r o k a (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Wyd. Arboretum 2008, s. 219-241.
- P i ą t k o w s k i W., P ł o n k a - S y r o k a B. (red.): *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Wrocław: Wyd. Arboretum 2008.
- P ł o n k a - S y r o k a B., S k r z y p e k M. (red.): *Doświadczanie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Wrocław: Wyd. A.M. we Wrocławiu 2010.
- P o p i e l s k i K.: Noopsycho-somatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego, „Przegląd Psychologiczny” 42(1999), nr 4, s. 17-41.
- R o s e n f i e l d P. L., K e s s e l F.: Closing commentary. Fostering interdisciplinary research: the way forward, w: Eds. F. K e s s e l, P.L. R o s e n f i e l d, N.B. A n d e r s o n, *Expanding the boundaries of health and social science. Case studies in interdisciplinary innovation*, Oxford: Oxford University Press 2003, s. 378-413.
- S k r z y p e k M., P o p i e l s k i K., A l b i ń s k a E.: Zdrowie i choroba jako przedmiot badań multidyscyplinarnych. Wybrane zagadnienia, w: K. P o p i e l s k i, M. S k r z y p e k, E. A l b i ń s k a (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psycho-społecznym*, Lublin: Wyd. KUL 2010, s. 23-36.
- S k r z y p e k M.: Socjologia zdrowia, choroby i medycyny w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim na tle tradycji subdyscypliny w Polsce, w: S. F e l, J.P. G a ł k o w s k i, J.M. Z a b i e l s k a (red.), *Tradycja i współczesność. 90 lat socjologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim*, Lublin: Wyd. KUL 2009, s. 241-245.
- S ł o m k a E. (oprac.): Rys biograficzny oraz Bibliografia prac prof. dr hab. Teresy Kukołowicz, „Roczniki Nauk Społecznych” 24(1996), z. 2, s. 7-15.
- S t r a u s R.: Medical sociology: a personal fifty year perspective, "Journal of Health and Social Behaviour" 40(1999), nr 2, s. 103-110.
- S t r a u s R.: The nature and status of medical sociology, "American Sociological Review" 22(1957), nr 2, s. 200-204.
- T w a d d l e A.C., H e s s l e r R.M.: *A sociology of health*, S. Louis: The C.V. Mosby Company 1977.
- U r a m o w s k a - Ż y t o B.: *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN 1992.
- V a n d e r G e e s t S.: Overcoming ethnocentrism: how social science and medicine relate and should relate to one another, "Social Science and Medicine" 40(1995), nr 7, s. 869-872.