

Włodzimierz Piątkowski

Spółeczeństwo i zdrowie : szkic o społecznej i poznawczej tożsamości socjologii medycyny

Miscellanea Anthropologica et Sociologica 14/2, 15-30

2013

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Włodzimierz Piątkowski¹

Społeczeństwo i zdrowie. Szkic o społecznej i poznawczej tożsamości socjologii medycyny

Rozważania na temat społecznej natury zdrowia i choroby, w tym dotyczące socjologicznych uwarunkowań obu tych pojęć, stanowią jeden z podstawowych wątków badawczych socjologii medycyny. Określenie choroby jako dewiacji, podejście adaptacyjne do choroby, pojęcie „choroby funkcjonalnej”, konstrukcja społecznej roli chorego, charakterystyka choroby chronicznej, stygmatyzacja wywołana przez chorobę, społeczno-konstruktywistyczne ujmowanie choroby, społeczno-ekologiczne jej interpretowanie, laickie definicje choroby i chorowania, ponowoczesne rozumienie choroby, choroba traktowana jako dewiacja, feministyczne podejście do tego pojęcia, socjologiczne przyczyny, skutki i uwarunkowania choroby, tendencja do „socjologizacji” i „medykalizacji”, społeczne mechanizmy „radzenia sobie z chorobą”, mikro, mezo i makrospołeczny kontekst choroby to tylko wybrane przykłady różnorodnych perspektyw i podejść badawczych do interesującego nas fenomenu². Przedstawiona powyżej wielość i różnorodność podejść badawczych uświadamia fundamentalną rolę, jaką pełnią dążenia do możliwie całościowego określenia społecznej natury zdrowia i choroby w klasycznej socjologii medycyny, oraz jak duże znaczenie mają próby wprowadzenia kategorii porządkujących i klasyfikujących oba interesujące nas pojęcia. We wczesnym okresie rozwoju badań socjomedycznych trudności sprawiały nakładające się na siebie i przenikające określenia „zdrowia” i „choroby”, relacje pomiędzy „negatywną” a „pozytywną” definicją zdrowia itd. Manfred Pflanz wskazywał, że kłopot z definiowaniem tych dwóch fundamentalnych kategorii polega m.in. na tym, że socjologowie, mówiąc o „zdrowiu”, w rzeczywistości opisywali stany chorobowe i towarzyszące im dolegliwości. Tak np. „ubezpieczenie zdrowotne” było *de facto* ubezpieczeniem

¹ e-mail: piatk@umlub.pl, Zakład Socjologii Medycyny i Rodziny, Instytut Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej; Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

² Obszerny opis tych ujęć m.in. w: Mc Elroy, Jezewski 2003.

chorobowym, a ówczesne zdrowie publiczne sprowadzało się głównie do nauki o zapobieganiu chorobom. Wspomniany autor konkluduje: „Wobec różnych punktów wyjścia socjologów (...) i lekarzy trudno się spodziewać, aby w ciągu kilku następnych lat powstała definicja i operacjonalizacja terminu »zdrowie« zaspokajająca zarówno potrzeby teoretyczne, jak i praktyczne” (Pflanz 1976: 358). Dodajmy, że polska socjologia medycyny przez pierwsze dwie dekady swego rozwoju zajmowała się głównie kategorią „choroba”, zdrowie jako pojęcie trudno uchwytnie, subiektywne, arbitralne, względne, sprawiające kłopoty z pomiarem pozostawało na marginesie ówczesnych zainteresowań, stąd pojawiające się potem kłopoty taksonomiczne, metodologiczne i interpretacyjne. Być może, na co zwraca uwagę Z. Słońska, jedną z przyczyn była też rola języka i myślenia potocznego, które przenikało do kategorii interpretacyjnych, jakimi posługiwali się ówcześni eksperci. Tak więc mówiąc w rzeczywistości o chorobie, stosowano np. termin „zły stan zdrowia”, podczas gdy realne zdrowie to okres bardzo dobrego samopoczucia i takiej samooceny swojego stanu fizycznego, psychicznego i somatycznego (Słońska 2002: 354). Podobnie Antonina Ostrowska we wprowadzeniu do swoich badań terenowych na temat kultury zdrowotnej stwierdza, że to, co przeciętni ludzie nazywają i rozumieją przez termin „zdrowie”, odwołuje się raczej do kryteriów przypisywanych chorobie, a właściwie do odchyłeń od stanu zdrowia rejestrowanych i interpretowanych przez tzw. „zwykłych ludzi”. Ostrowska pisze m.in.: „Kłopoty definicyjne potęguje fakt, że i określenia zdrowia napotykanne w literaturze są bardzo intuicyjne i trudne do bliższego sprecyzowania (...) zdrowie lub chorobę jednostki ocenia się więc na podstawie jej społecznego funkcjonowania, przyjmowania na siebie lub nie roli chorego. Z definicją taką w zasadzie nie zgadzają się lekarze, czy w ogóle przedstawiciele medycyny, stojąc na stanowisku orzekania o chorobie na podstawie mierzalnych i wykrywalnych symptomów” (Ostrowska 1975: 9). Jak widać, w połowie lat 70. polscy socjologowie medycyny (m.in. Sokołowska, Bejnarowicz, Ostrowska) zdawali sobie sprawę z trudności taksonomicznych w tym zakresie i podejmowali próby ich przezwyciężenia. Sokołowska stwierdzała wprost: „(...) wartość definicyjna większości materiałów dotyczących pojęcia zdrowie ludności jest niewystarczająca dla socjologów (...)” (Bejnarowicz, Sokołowska 1976: 417). Wymienieni autorzy postulują stworzenie takich podstaw metodologicznych dla studiów terenowych o charakterze socjomedycznym, by badania dotyczące kategorii „zdrowie” w ponad 50 procentach nie nakładały się na zakres pojęcia „choroba”. Przełamaniem impasu w tym zakresie winno być stworzenie „operacyjnej definicji zdrowia” oraz adekwatnych wskaźników i kryteriów oceny tego pojęcia; punktem wyjścia do stworzenia metodologii pomiaru zdrowia powinno być branie pod uwagę funkcjonalnej normy, a więc sposobu codziennej, niezakłóconej aktywności.

Kolejną propozycją pozytywną było spojrzenie na zdrowie i chorobę z perspektywy wzajemnie powiązanych ze sobą elementów szerszego continuum, gdzie punktami skrajnymi były pojęcia *well-being* i *wellness*. Przybliżyło to z kolei badaczy do eksploracji kategorii *positive health*, a było to o tyle ważne, że podważało

stereotyp, iż zdrowiem należy się zajmować dopiero wtedy, gdy pojawią się wyraźne symptomy ograniczania funkcji społecznych i długotrwałe objawy bólowe. Zasygnalizowane kierunki ówczesnych badań polskich socjologów medycyny mają wyraźny walor praktyczny, bowiem przeciwstawiają się tendencjom do medykalizacji stanów fizjologicznych jednostki, kierując ją w stronę własnej, osobistej odpowiedzialności za zdrowie w ramach postulowanych czynności profilaktycznych; działania te prowadzą również do większej „socjologizacji” pojęć „zdrowie” i „choroba”. Powyżej naszkicowano wybrane wątki badawcze, obrazujące kłopoty, trudności i dylematy, z jakimi borykali się polscy badacze, opisując i interpretując rzeczywistości wyznaczoną przez pojęcia zdrowia i choroby na początku pierwszej dekady rozwoju nowej subdyscypliny.

Próby badania i opisywania zdrowia i choroby (w tym społecznych determinantów obu pojęć) są w polskiej sytuacji niemożliwe bez szerszego odniesienia się do perspektywy „socjologii socjologii”, w przypadku tych rozważań do „socjologii socjologii medycyny”. Daje to szansę na uchwycenie pewnej specyfiki pozwalającej zrozumieć kontekst w definiowaniu podstawowych kategorii, do jakich ona się odwołuje. Rodzajem *differentia specifica* są tu silne związki z socjologią ogólną. Różnice między polską a zachodnią socjologią medycyny wydają się polegać m.in. na tym, że zdecydowana większość anglosaskich twórców *medical sociology* mimo formalnego socjologicznego wykształcenia pracowała i pełniła rolę badaczy-ekspertów w placówkach i instytucjach szeroko rozumianego systemu medycznego. Historia i kontekst tworzenia się polskiej socjologii medycyny były zgoła odmienne, bowiem tu proces instytucjonalizacji subdyscypliny przebiegał głównie w ramach instytucji socjologicznych (Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Uniwersytet Warszawski, Polskie Towarzystwo Socjologiczne). Właśnie na UW badania socjomedyczne „wrosły w tkankę socjologii”, bowiem tu od roku 1973 aż do śmierci M. Sokołowskiej rozwijała się dydaktyka kierowana do studentów Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego. Ta tendencja do szukania zrozumienia, aprobaty i akceptacji w ramach dyscypliny macierzystej utrzymuje się do dziś, czego przykładem może być tworzenie kolejnych środowisk socjomedycznych w ramach polskich uniwersytetów (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Uniwersytet Szczeciński, studia podyplomowe na Uniwersytecie Warszawskim itd.) Pominięto tu instytucje i ośrodki socjologiczne funkcjonujące w ramach wszystkich uniwersytetów medycznych oraz prywatnych szkół wyższych. Klasyczna już dziś monografia ukazująca drogi dojścia prominentnych badaczy do socjologii medycyny *Medical Sociologists at Work* (1978) ukazuje dobrze „polską specyfikę”, dokumentując m.in. szczególnie silne związki pierwszego pokolenia badaczy zdrowia i choroby z socjologią ogólną (Titkow 1981: 290–292). W przywoływanym tomie, składającym się z prac 12 współtwórców socjologii, Magdalena Sokołowska podkreślała, jak duży wpływ mieli socjologowie ogólni na jej własną konceptualizację pojęć zdrowie/choroba oraz na spojrzenie na system medyczny jako na integralną część większej całości, jaką tworzy nadsystem społeczno-cywilizacyjny. Podczas swych studiów magisterskich w zakresie

zdrowia publicznego na Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku Sokołowska zetknęła się z metodologią i technikami badawczymi nauk społecznych (wykładowcą był J. Elinson). Równocześnie była pod wpływem poglądów wielu znanych polskich socjologów, przebywających w drugiej połowie lat 50. w USA na stypendium Fundacji Forda. Sokołowska tak wspomina tamte doświadczenia: „I met a group of Polish sociologists, who were in the United States on a Ford Foundation Grant; These were: Maria Ossowska, Andrzej Malewski, Stefan i Irena Nowak and Adam Podgórecki. Contact with them exerted a great influence (podkr. W.P.) on my personal and professional life” (Sokołowska 1978: 296). Jak wspomina Sokołowska, to właśnie Adam Podgórecki i Stefan Nowak (potem Jan Szczepański, Adam Sarapata, Zbigniew Tyszka i inni) stali się wieloletnimi współpracownikami i konsultantami twórczyni polskiej socjologii medycyny oraz projektantami wspólnych inicjatyw badawczych *between medicine and sociology*. Liczne późniejsze wspólne publikacje tych osób są dobrym tego przykładem (Sokołowska 1978: 298). Jak wskazują przytoczone wyżej przykłady, specyficzną cechą wyznaczającą etapy „polskiej drogi” rozwoju *medical sociology* były bliskie, ścisłe i długotrwałe kontakty pomiędzy tworzącą się socjologią zdrowia i choroby a socjologami ogólnymi i socjologią ogólną. Ograniczone ramy tego tekstu pozwalają zaprezentować jedynie dwa symptomatyczne przykłady takich związków i wspólnych zainteresowań.

Pierwszą z tych egzemplifikacji będzie analiza wątków socjomedycznych pojawiających się w pracach współtwórcy powojennej polskiej socjologii, Jana Szczepańskiego. Zainteresowania nestora polskiej socjologii zagadnieniami „na styku socjologii i nauk przyrodniczych” mogły m.in. wynikać z jego studiów socjologicznych odbytych na Uniwersytecie Poznańskim pod kierunkiem Floriana Znanińskiego; dodajmy, że podobny obszar badawczy eksplorował inny uczeń Znanińskiego, Tadeusz Szczurkiewicz (Nowakowski i in. 1985: 15). Magdalena Sokołowska w swych publikacjach wielokrotnie nawiązywała do tych wątków spuścizny naukowej Znanińskiego, w których poruszał problem relacji pomiędzy tym, co „biologiczne i społeczne” w naturze człowieka. Sokołowska podkreślała m.in., że zjawiska i procesy społeczne związane ze zdrowiem i chorobą relatywnie późno zwróciły uwagę socjologów. Głównym powodem jej zdaniem był fakt, że pojęcia „zdrowia” i „choroby” stwarzały jednorodną podstawę zachowań ludzi we wszystkich społeczeństwach, wobec tego nie różnicowały w istotny sposób zachowań jednostek w grupach i zbiorowościach. W tym kontekście autorka odwoływała się do poglądów Znanińskiego z tomu *Ludzie terażniejsi a cywilizacja przyszłości* (1934) (Sokołowska 1969: 43). Jan Szczepański opisał cztery podstawowe cechy polskich powojennych badań socjologicznych, dwie z nich najsilniej ujawniły się właśnie na polu socjologii medycyny, są to: „swoisty praktycyzm” polskiej socjologii i zaangażowanie badaczy w dyskusje publiczne nad kluczowymi potrzebami społeczeństwa, zwracanie uwagi na rozwój społeczny i czynniki zagrażające społecznemu postępowi oraz wymierny wpływ „socjologii amerykańskiej i zachodnioeuropejskiej” na ewolucję jej problematyki i tożsamości (Szczepański 1973: 725–746). Wspomniane już zainteresowania J. Szczepańskiego wpływem elementów biogenych na życie społeczne sięgają

okresu przygotowywania przez tego badacza podręcznika *Elementarne pojęcia socjologii* (Wyd. I 1963), gdzie tym zagadnieniom poświęcił rozdział *Przyrodnicze podstawy życia społecznego*, którego część zatytułował: *Biologiczne podstawy życia społecznego ludzi*. Zostały w nim opisane elementy fizjologiczne (popędy) oraz cechy anatomiczne jednostki ludzkiej, które mają wpływ na jej funkcjonowanie w życiu zbiorowym, takie jak: wyprostowana postawa, umożliwiająca „uwolnienie” zdolnych do pracy rąk dzięki chwytным palcom, wzrok skierowany ku przodowi, złożony system nerwowy z wielorakimi „społecznymi” funkcjami mózgu, budowa mechanizmu głosowego, będącego podstawą artykułowanej mowy, długa zależność dzieci od rodziców (cecha stwarzająca podstawę wieloletniej socjalizacji), plastyczność wrodzonych popędów i potrzeb, trwałe charakter libido, wpływający na tworzenie się stabilnych form życia społecznego (rodzina). Szczepański, podsumowując ten wątek swoich rozważań, stwierdza, że te wymierne cechy organizmu tworzą „zasadnicze podstawy biologiczne działalności człowieka, jego pracy produkcyjnej i twórczości kulturalnej (Szczepański 1963: 24–27). Dyskusja nad związkami i zależnościami pomiędzy socjologią a biologią prowadziły autora w stronę rozważań nad stopniem wpływu „natury” (np. czynniki genetyczne) i „kultury” (np. wpływ socjalizacji na cechy umysłowe jednostki ludzkiej, zdolności, inteligencja); chodziło o ustalenie proporcjonalnego wpływu obu tych elementów.

W latach 70. XX wieku pytania stawiane przez Szczepańskiego stały się podstawą projektu badawczego Anny Firkowskiej-Mankiewicz (Firkowska-Mankiewicz, Czarkowski 1981: 177–194); wątek ten zostanie rozwinięty w dalszej części tekstu. Jak wskazano wyżej, zainteresowania J. Szczepańskiego obszarem z „pogranicza socjologii i biologii” zainspirowały go do przeniesienia punktu odniesienia z biologii na medycynę (Szczepański 1962: 3). Wydaje się, że rozważania „ojca powojennej socjologii polskiej” oraz rzecznika rozwoju ówczesnej socjologii medycyny nie straciły wiele na aktualności i mogą dziś służyć odtworzeniu sposobów, w jaki socjologowie ogólni podchodzili do rozwijającej się dopiero myśli socjomedycznej. Dodajmy, że pozycja naukowa Jana Szczepańskiego (m.in. Prezydent International Sociological Association w latach 1966–1970) nadaje tym elementom szczególną rangę. Szczepański osiłą swych rozważań czyni pytanie: co socjologia może oferować współczesnej medycynie i czy jej wkład może być analogiczny do roli, jaką niegdyś odegrały w jej rozwoju chemia, fizjologia czy bakteriologia. W socjologicznym podejściu do obszaru: zdrowie–choroba–medycyna można wyróżnić, zdaniem tego autora, następujące podejścia badawcze: socjologiczne studia nad medycyną jako nauką, badanie instytucji i zawodów medycznych (łącznie z całościowymi analizami systemu ochrony zdrowia) oraz „socjologię choroby i procesu leczenia” jako zespołu złożonych stosunków społecznych. W pierwszej perspektywie jest możliwe analizowanie wpływu zmieniających się elementów socjoekonomicznych na rozwój nauk medycznych oraz dokonywanie interpretacji i opisu procesu instytucjonalizacji współczesnych nauk lekarskich, posługując się warsztatem socjologii nauki. Drugi z wymienionych kierunków (analiza zawodów medycznych i systemu organizacyjnego służby zdrowia) powinna dotyczyć

skutków medykalizacji życia społecznego oraz debaty nad najefektywniejszymi i najsprawniejszymi formami działalności terapeutycznej i profilaktycznej. Eksploracja „socjologii choroby i chorowania” winna z kolei skłonić badacza społecznego do systematycznej analizy czynników, zachowań i procesów społecznych wpływających zarówno na powstawanie choroby, jak i jej przebieg oraz charakter społecznie sankcjonowanych procesów leczenia. Szczepański wskazuje, że ówczesne pionierskie badania amerykańskie, dotyczące wpływu środowiska społecznego sprzyjającego występowaniu chorób i zaburzeń psychicznych, przeprowadzone na suburbiach dużych aglomeracji, ukazały istnienie zależności między czynnikami społecznymi a sferą somatyczną. Takie elementy społeczne, jak: długotrwały brak aprobaty i uznania chociażby ze strony członków grup odniesienia, mogą np. prowadzić nie tylko do dyskomfortu, ale też do konkretnych zaburzeń zdrowia psychicznego. Podobnie socjoetiologia rozpowszechnionych chorób cywilizacyjnych, takich jak: owrzodzenia żołądka, choroby układu krążenia, została już dowiedziona, a czynników socjopatologicznych można się doszukiwać na różnych szczeblach i obszarach życia społecznego tj.: rodzina, instytucje, organizacje. Wątkiem badawczym istotnym dla tworzącej się socjologii medycyny winny być również analizy interakcji lekarz – pacjent. Wymienione wyżej kwestie prowadzą autora *Elementarnych pojęć socjologii* do postawienia pytań o generalne mechanizmy zależności pomiędzy elementami życia społecznego a poszczególnymi chorobami cywilizacyjnymi oraz możliwości wykorzystania w celach praktycznych wiedzy z zakresu socjologii choroby do eliminacji lub obniżenia czynników ryzyka o pozabiologicznym charakterze. Odpowiedzią na te wyzwania mogą być jedynie dobrze zaprojektowane badania, prowadzone wspólnie przez lekarzy i socjologów lub specjalistów medycznych z socjologicznym wykształceniem. Innym kierunkiem analiz socjomedycznych może być według Szczepańskiego opis i interpretacja procesu leczenia jako „zespołu stosunków społecznych”, tu takie czynniki, jak: zaufanie do lekarza ze strony pacjenta i jego rodziny, mają fundamentalne znaczenie dla jakości tego rodzaju stosunku i relacji społecznej³. Poruszane zagadnienia prowadzą Jana Szczepańskiego do podkreślania wagi całościowego podejścia do pacjenta jako „uczestnika określonych grup społecznych”, autor akcentuje też, że lekarz jest: „(...) także zespołem oddziaływań społecznych, nieraz potężnie ingerujących w przebieg zwalczania choroby. Być może, że tu rzeczywiście kryją się poważne możliwości wykorzystania społecznych czynników dla zwalczania chorób i przyspieszenia rekonwalescencji” (Szczepański 1962: 3).

Kolejnym potencjalnym i realnym obiektem zainteresowania socjologa może być analiza szpitala jako „systemu stosunków społecznych”. Szczepański podkreśla, że biomedyczne wykształcenie lekarzy szpitalnych i ignorowanie przez nich aspektów społecznych może powodować, że będą oni *de facto* leczyli nie chorych,

³ Ten wątek rozwinął Szczepański wiele lat później w recenzji monografii wybitnego lekarza-humanisty, prof. Juliana Aleksandrowicza pod tytułem *Nie ma nieuleczalnie chorych* (Szczepański 1983: 10).

ale jedynie jakieś konkretne jednostki chorobowe. Z kolei „socjologia instytucji szpitala” powinna się zajmować m.in. formalną i nieformalną organizacją takich placówek, relacjami pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi, procesami społecznymi, jakie zachodzą na tym obszarze itp. Tu Szczepański odwołuje się do monografii pod redakcją R. Mertona *Sociology Today* (1960) i rozdziału dotyczącego obszaru badań socjologii zdrowia i choroby autorstwa G.E. Readera i M.E. Goss. Podsumowując swe rozważania dotyczące zdrowia, choroby i systemu medycznego, Jan Szczepański podkreśla naukową doniosłość badań prowadzonych wspólnie przez socjologów i lekarzy, w których wspólnie próbuje się opisać chorobę w kategoriach nauk społecznych, uchwycić znaczenie czynników socjologicznych, identyfikować elementy społeczne i kulturowe, determinujące efektywność pracy lekarza oraz wpływające na skuteczność procesów terapii i rekonwalescencji. Tak zarysowany model badań ma walor znacznej społecznej użyteczności i sprzyja rozwiązywaniu problemów o dużym znaczeniu dla jednostek i zbiorowości. Próba rekonstrukcji sposobu opisu i interpretacji procesów oraz zjawisk socjomedycznych przez klasyka socjologii polskiej Jana Szczepańskiego jest przykładem uwarunkowań rozwoju socjologii medycyny w pierwszej fazie tworzenia się tej subdyscypliny, pokazuje też wpływ wybitnych socjologów ogólnych na obserwowany wówczas proces instytucjonalizacji naszej subdyscypliny.

Innym przykładem wpływu socjologii i socjologów ogólnych na badania nad zdrowiem i chorobą były projekty realizowane w ramach socjologii wsi (i socjologii kultury) przez Annę Pawełczyńską. Profesor Pawełczyńska (ur. 1922) jest znanym socjologiem kultury, zajmującym się też przez lata socjologią wsi i rolnictwa. W okresie II wojny światowej była więźniem obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu, a także żołnierzem Armii Krajowej. Studiowała socjologię w latach 1945–1949 pod kierunkiem Stanisława Ossowskiego i Jana Stanisława Bystronia. Prowadziła pracę nad przestępczością nieletnich, w połowie lat 50. zainicjowała projekt badawczy dotyczący przemian kulturowych na wsi. Właśnie do tego wątku badań będziemy nawiązywać w dalszych rozważaniach. Badania terenowe prowadzone przez Pawełczyńską na pograniczu socjologii wsi oraz socjologii zdrowia i choroby pozwoliły na uchwycenie interesujących prawidłowości dotyczących zachowań zdrowotnych oraz postaw ludności wiejskiej wobec instytucji i zawodów medycznych; są one także przykładem wpływu socjologów ogólnych na zakres badań socjomedycznych w pierwszym dziesięcioleciu ich rozwoju (Pawełczyńska 1966). W ciekawym projekcie Pawełczyńskiej opisywano i interpretowano system uwarunkowań kulturowych i infrastrukturalnych, wpływających na korzystanie (lub niekorzystanie) z instytucjonalnej opieki zdrowotnej przez ludność wiejską. Uzyskane wyniki sugerowały, że wymienione tu dwie grupy czynników (zmiennie wyjaśniające) działały od siebie niezależnie, a ich lokalizacja przestrzenna różnicowała się w sposób odmienny. Poszukiwano także zależności pomiędzy korzystaniem z opieki lekarskiej w zakresie porad i zabiegów pediatrycznych a poziomem „kultury technicznej” oraz nasyceniem danego obszaru wytworami techniki o charakterze nieprodukcyjnym. Analizy wskazywały, że poziom kultury

zdrowotnej kształtuje się wyraźnie w korelacji z ogólnymi przemianami wzorów ekonomiczno-kulturowych. Tak więc katalizatorem i akceleratorem przemian prozdrowotnych staje się postęp techniczno-cywilizacyjny, wnoszący elementy innowacyjności i racjonalności oraz wspomagający jakościowe zmiany w obyczajach, tradycjach i zachowaniach rodzin chłopskich również w odniesieniu do zdrowia i choroby, zabiegów higienicznych oraz stosunku do przedstawicieli instytucjonalnej medycyny. Elementy innowacyjne i modernizacyjne w tym zakresie wprowadzały głównie wiejskie kobiety, będące tradycyjnie „domowymi terapeutami” (Piątkowski 2012). Badania zespołu Pawełczyńskiej ukazały także zależności pomiędzy istnieniem obiektywnych „faktów instytucjonalnych” (infrastruktura służby zdrowia) a realnymi zachowaniami związanymi ze zdrowiem badanych reprezentantów klasy chłopskiej. Okazało się, że cała klasa czynników społecznych (tradycja, obyczaje, stereotypy, opinie, wzory kulturowe) ostatecznie determinują i rozstrzygają o fakcie korzystania lub niekorzystania z istniejących usług medycznych. Wymienione wyżej elementy socjokulturowe i psychologiczne można określić jako swoiste „fakty subiektywne”. Technika i technologia wkraczająca na wieś z jej racjonalnością, efektywnością i „logicznością” są syndromem szerszej klasy zjawisk, który socjolog może określić jako „życie po miejsku”. Normy i wzory pielęgnacji ciała, higieny osobistej, kontroli zdrowia, a nawet zachowań profilaktycznych, można uznać za integralne cechy kultury zurbanizowanej. Podobnie istotną rolę promodernizacyjną odegrał fakt wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych rolników (1971). Do tego okresu prawo do korzystania z bezpłatnego leczenia posiadali jedynie pracownicy zatrudnieni w państwowym przemyśle i ich rodziny (w latach 60. około ¼ ludności Polski stanowili mieszkańcy wsi). To właśnie te kategorie ludności wiejskiej najczęściej i najchętniej korzystały z instytucjonalnej opieki lekarskiej. Anna Pawełczyńska w swoim cyklu badań na pograniczu socjologii zdrowia i choroby oraz socjologii wsi ukazała też ciąg zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy industrializacją, urbanizacją i tworzeniem zrębów organizacyjnych wiejskiej służby zdrowia dostępnej, jak wspomniano, przed 1971 rokiem tylko dla tzw. chłopo-robotników i ich rodzin, a racjonalnymi zachowaniami higieniczno-zdrowotnymi, a także niższymi wskaźnikami umieralności na badanych obszarach wiejskich podlegającym procesom modernizacji w latach 60. XX wieku (zob. Firkowska-Mankiewicz 1990).

Pawełczyńska, dzięki swoim pionierskim badaniom, ukazała, opisała i naukowo udokumentowała nasilający się w tym okresie ciąg zjawisk o technologiczno-cywilizacyjno-kulturowym charakterze, tworzących syndrom nierównomiernie postępujących w różnych rejonach Polski przemian modernizacyjnych. Ważnym elementem tych zmian oraz przewartościowań był obszar postaw i zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą. Okazało się, że zjawiska oraz procesy tego rodzaju nie zachodzą „mechanicznie” i „automatycznie”, bowiem w poszczególnych regionach z różną siłą i różną dynamiką przeciwstawia się im ugruntowana tradycja, obyczaje i lokalna kultura ludowa, opóźniając, wstrzymując lub modyfikując miejski przekaz kulturowy; symbolem „miejskości” są w tym przypadku instytucje i zawody medyczne. Pawełczyńska dowiodła, że właśnie elementy kulturowe,

obyczajowe i psychologiczne o wiele wolniej i oporniej ulegają presji wzorów modernizacyjnych niż łatwiej i szerzej przyjmowane innowacje technologiczne oraz organizacyjne, np. dotyczące produkcji rolnej. To właśnie tłumaczy nierównomierną i nierównoległą akceptację dla usług nowoczesnej „miejskiej medycyny”. Różne regionalne tradycje kulturowe i historyczne, a także odmienna tożsamość poszczególnych warstw ludności chłopskiej determinują sygnalizowane różnice wobec proponowanej oferty usług medycznych. Dlatego np. rozbudowa przemysłu na obszarach słabo zurbanizowanych nie przynosi oczekiwanych rezultatów w zakresie wzrostu poziomu kultury zdrowotnej. Podsumowując, można stwierdzić, że do raportów Anny Pawełczyńskiej odwoływało się w ciągu ostatnich lat wielu socjologów medycyny (J. Bejnarowicz, A. Firkowska-Mankiewicz, M. Sokołowska, M. Mackiewicz i inni). Z perspektywy ponad 40 lat od zakończenia projektu badawczego Pawełczyńskiej widać, że procesowi modernizacji zachodzącemu na wsi w latach 60. i 70. XX wieku towarzyszy postępująca internalizacja nowych wzorów, wartości i hierarchii przejmowanych z kultury miejskiej. W efekcie tej swoistej „rewolucji kulturalnej” zachowania i postawy ludności wiejskiej ulegają stopniowej (choć wolnej i nierównomiernej) racjonalizacji, bardzo powoli zmiany te zachodzą w sferze otaczającej zdrowie i chorobę, co do dziś jest widoczne w postrzeganiu zawodów i instytucji medycznych. Świadczy o tym również odradzające się tradycyjne leczenie ludowe, silne zwłaszcza we wschodnich, słabo zurbanizowanych rejonach Polski. Okazuje się, że w okresie rządów komunistycznych łatwiej było zniszczyć i zdegradować tradycyjną kulturę wsi, niż na tym miejscu „zadekretować” zaufanie i aprobatę dla nowoczesnej „miejskiej medycyny”.

Śledząc zmiany zachodzące w kierunkach badań z zakresu socjologii zdrowia i choroby, w połowie lat 70. dostrzegamy nowe zjawiska i tendencje. O ile w pierwszym dziesięcioleciu rozwoju subdyscypliny zdecydowanie dominowały prace autorstwa Magdaleny Sokołowskiej, o tyle w kolejnej dekadzie widać wyraźnie większy udział badaczy samodzielnie podejmujących nowe wyzwania. Liderem tej grupy była niewątpliwie Antonina Ostrowska. Właśnie w jej projektach badawczych widać realizację postulatów Sokołowskiej, by badać zdrowie i chorobę „inaczej”, niż robili to dotychczas lekarze, np. przez realizację potrzeby uwzględniania elementów „subiektywnych” i „funkcjonalnych”. W tym ujęciu zwraca się uwagę, że „zdrowiem” lub „chorobą” jest to, co konkretna jednostka ludzka, posiadająca określone cechy społeczno-kulturowe i demograficzne, sama „nazywa” jednym lub drugim z tych pojęć. Jeśli autodefiniuje się jako zdrowa, mimo stwierdzenia choroby czy niepełnosprawności wedle kryteriów biomedycznych, to w dalszym ciągu pełni zwykle role społeczne, cechuje ją zwykły poziom aktywności itd. Zatem to człowiek według własnej definicji funkcjonuje w jednej lub w drugiej z tych ról i tak jest postrzegany przez inne osoby. Takie podejście do badanej tematyki socjologii zdrowia i choroby wywołało kontrowersje w środowisku lekarskim, w którym podkreślano, że prawomocnym kryterium w orzekaniu o tych stanach jest wyłącznie diagnoza lekarska dokonywana na podstawie wymiernych, obiektywnych i mierzalnych symptomów; sprawa staje się bardziej skomplikowana, gdy

choroba lub jakiś rodzaj niedomagania nie manifestują się w postaci wyraźnych, dostrzegalnych objawów (Ostrowska 1975b: 9–11). Dodatkowy problem w socjologicznym badaniu potrzeb zdrowotnych stwarza fakt, że część symptomów może mieć charakter uświadomiony lub nieuświadomiony, są to więc sytuacje, w której chory ma motywację do kontaktu z medycyną, dąży do takich kontaktów i w końcu otrzymuje oczekiwaną pomoc fachową lub też np. w przypadku choroby lub zaburzeń psychicznych osoba taka nie może najczęściej definiować się jako oczekująca pomocy, ale np. w opinii rodziny taka pomoc jest „obiektywnie” potrzebna i w końcu jest przez lekarzy realizowana. W takiej sytuacji chory nie ma bezpośredniego i czynnego udziału w poszukiwaniu pomocy medycznej. Inną sytuację tworzy np. wczesna, bezobjawowa faza choroby nowotworowej, kiedy to ani chory, ani jego rodzina nie mają świadomości potrzeb zdrowotnych, które przecież „obiektywnie” istnieją. Antonina Ostrowska analizuje i ocenia stan badań w zakresie potrzeb i zachowań zdrowotnych, korzystających z prawie wszystkich istniejących i dostępnych wówczas źródeł. Na podstawie tych materiałów autorka próbuje budować generalne twierdzenia na temat zdrowia i choroby oraz zachowań społecznych towarzyszących obu tym stanom. Wydaje się, że analizując ponownie te twierdzenia o zdrowiu i chorobie, można dostrzec zaskakującą aktualność wielu z nich. Przywołajmy niektóre z tych twierdzeń:

- lekceważący i sceptyczny stosunek mężczyzn do zauważalnych symptomów własnych chorób, dystans do oferty pomocy lekarskiej i zawodu lekarza. Mężczyźni generalnie lepiej oceniają stan swojego zdrowia, równocześnie częściej pojawia się u nich tendencja do „przeczekania choroby” i odwlekania wizyty u lekarza, mało uwagi i troski poświęcają też profilaktyce. Kobiety z kolei gorzej oceniają zdrowie, częściej korzystają z pomocy medycznej i raczej pozytywnie są ustosunkowane do jej jakości;
- dominująca rola samolecznictwa („lecznictwa domowego”) jako podstawowej, skutecznie ocenianej strategii radzenia sobie z najczęstszymi chorobami, które traktuje się jako błahe i niestwarzające poważniejszego zagrożenia dla życia i zdrowia członków rodziny;
- głównym powodem „wejścia w rolę społeczną chorego” jest definiowanie widocznych symptomów jako groźnych, w przypadku gdy samolecznictwo nie daje dobrych rokowań; takimi stanami są najczęściej ostre dolegliwości bólowe, wysoka gorączka itp. W schorzeniach zębów głównym powodem udania się do stomatologa są widoczne ubytki i dokuczliwe, powtarzające się epizody związane z bólem zębów;
- wyodrębniono cztery zasadnicze wzory w sposobach realizacji potrzeb zdrowotnych: „racjonalny” – korzystanie wyłącznie z instytucjonalnej opieki lekarskiej, „tradycyjny” – praktykowanie głównie samolecznictwa, „racjonalny” i „tradycyjny” (mieszany) oraz „bierny” – pasywność oraz dążenie do „przeczekania” choroby;
- czynnik wpływający i różnicujący zachowania związane ze zdrowiem i chorobą to dla większość Polaków częstotliwość chorowania – im częstsze

wcześniejsze korzystanie z usług medycznych, tym większa skłonność do późniejszych szybkich i częstych kontaktów z medycyną. Równocześnie osoby deklarujące tendencję do „wypierania” lub „bagatelizowania” choroby znacząco częściej pozostają bierne wobec jej objawów;

- poziom wykształcenia działa najsilniej jako zmienna różnicująca zachowania wobec zdrowia i choroby, im wyższy poziom wykształcenia badanych, tym bardziej nasilały się postawy racjonalne.

Ostrowska porównywała też wzory zachowań związanych z chorobą i chorowaniem w populacji wielkomiejskich oraz w rejonach rolniczych (należy przypomnieć, że w latach 70. XX wieku około 35% ludności Polski stanowili mieszkańcy wsi). Wyniki dowiodły, że jak już wcześniej stwierdzono, czynnikami determinującymi okazały się przede wszystkim różnice w średnim poziomie wykształcenia obu tych populacji. Reprezentanci środowisk wielkomiejskich cechowali się większą wiedzą na temat sposobu funkcjonowania instytucji medycznych, lepiej znali sposoby i zasady korzystania z tych świadczeń, mieli lepszy dostęp do infrastruktury medycznej, dlatego wykazywali się też większą pewnością siebie, samodzielnością i inicjatywą w korzystaniu z placówek medycznych. Równocześnie jednak ta populacja, wierząc w swoje kompetencje, chętniej z wyboru korzystała z metod samolecznictwa (Ostrowska 1975: 45).

Można stwierdzić, że kilkanaście różnych badań, które zebrała i reinterpretowała Ostrowska, ukazuje zastanawiającą stabilność w wielu rodzajach zachowań zdrowotnych praktykowanych przez Polaków. Mimo upływu ponad 40 lat od dokonania przytoczonych analiz, całkowitej zmiany systemu społecznego, politycznego i powstania gospodarki rynkowej wiele wzorów zachowań, postaw i hierarchii wartości pozostaje w dużej mierze niezmiennych. Sygnalizowana trwałość i stabilność sama w sobie stanowi ciekawy fakt socjologiczny i na pewno zasługuje na osobne studia i badania.

Jednym z najciekawszych wieloletnich interdyscyplinarnych badań socjomedycznych przeprowadzonych w pierwszych dwu dekadach rozwoju socjologii zdrowia i choroby były prace zespołu socjologicznego (koordynator Magdalena Sokołowska) i biomedycznego (koordynator Ignacy Wald), dotyczące analizy syndromu czynników warunkujących poziom umysłowy dzieci i młodzieży. Bezpośrednim realizatorem tego unikalnego projektu była Anna Firkowska-Mankiewicz. Główny cel analiz stanowiła weryfikacja domniemych zależności pomiędzy ogólnymi wskaźnikami poziomu umysłowego dziecka a przynależnością klasowo-warstwową jego rodziców. Oczywiście trzeba pamiętać, że w latach 70. XX wieku w Polsce jako kraju „socjalistycznym” różnice pomiędzy trzema zasadniczymi segmentami ówczesnego społeczeństwa: klasą robotniczą, klasą chłopską i warstwą inteligencji były relatywnie niewielkie w porównaniu z sytuacją w ówczesnych krajach Europy Zachodniej. W swoim projekcie badawczym autorzy posłużyli się kategorią „położenie społeczne”, rozumianą nie tylko jako miejsce w strukturze klasowo-warstwowej i jego korelaty (wykształcenie rodziców, ogólna pozycja socjoekonomiczna rodziny), ale też analizowali formy uczestnictwa

w kulturze, organizację życia codziennego w rodzinie czy typ relacji rodzice–dzieci (Firkowska-Mankiewicz, Czarkowski 1981: 77). Dla zespołu autorów punktem wyjścia były konkluzje z badań zachodnich, wskazujące, że im wyższe miejsce rodziców w strukturze stratyfikacyjnej, tym najczęściej wyższy poziom umysłowy dzieci i odwrotnie. Z kolei im wyższy jest poziom inteligencji jednostki, tym oczywiście większe szanse na osiągnięcie znaczącej i liczącej się pozycji społecznej. Zgodnie z logiką tych twierdzeń dzieci z szeroko rozumianych klas uprzywilejowanych mają duże szanse na stopniowe zastąpienie swych rodziców w klasie wyższej lub średniej, dziedzicząc władzę, prestiż i bogactwo (Firkowska-Mankiewicz, Czarkowski 1981: 178). Cykl badań obejmował dwie zasadnicze fazy realizacji projektu; w pierwszym próbowano ustalić zakładane związki pomiędzy wskaźnikami inteligencji dzieci a pozycją zajmowaną przez ich rodziców, tu odwoływano się do takich indyktorów, jak miejsce zajmowane w strukturze społecznej, wykształcenie czy warunki mieszkaniowe rodziny. Drugi etap polegał na dążeniu do identyfikacji innych korelatów stratyfikacji społecznej, związanych m.in. z analizą wskaźników funkcjonowania rodziny czy badaniem przebiegu oraz jakości socjalizacji. Ostatecznie projekt zrealizowano wśród dzieci warszawskich urodzonych w roku 1963 i mieszkających w tym mieście w latach 1973 i 1976. W pierwszej fazie przebadano 14238 jedenastolatków, w drugiej grupę 1171 dzieci. Wnioski, jakie wyciągnięto po analizie wszystkich uzyskanych wyników, wskazują na istotny związek zachodzący pomiędzy wysoką lub niską pozycją zajmowaną przez rodziców a ogólnym poziomem rozwoju intelektualnego badanego dziecka. Firkowska-Mankiewicz stwierdza: „(...) różnice te są wyraźne, przy tym przeciętne wyniki uzyskane przez dzieci robotników (...) plasują się poniżej średnich dla badanej populacji, podczas gdy w przypadku dzieci pracowników umysłowych (...) oraz inteligencji wyniki te układają się znacznie powyżej średniej (...) wśród dzieci o niskim poziomie umysłowym największą liczebnie grupę stanowią dzieci robotników niewykwalifikowanych” (Firkowska-Mankiewicz, Czarkowski 1981: 181). Okazało się również, że oprócz korelatów położenia społeczno-zawodowego znaczny wpływ na poziom umysłowy dziecka ma wykształcenie rodziców, przy czym jak podkreślają autorzy: „(...) o poziomie umysłowym dziecka decyduje: wspólny nie dający się empirycznie oddzielić wkład obu tych czynników” (Firkowska-Mankiewicz, Czarkowski 1981: 183). Równocześnie okazało się, ku zaskoczeniu pomysłodawców projektu, że „zmiennie rodzinne” (dobra atmosfera domowa, pozytywne emocje wewnątrzrodzinne, bliskie kontakty rodzice–dzieci itp.) nie są wyraźnie skorelowane z ogólnym poziomem sprawności umysłowej badanych. Ciekawym i unikalnym jak na ówczesne polskie realia aspektem przeprowadzonych badań była obecność wątku biomedycznego, reprezentowanego przez analizę zmiennych genetycznych. Autorzy podkreślali, projektując założenia swej pracy, że zdają sobie sprawę z silnej roli tego rodzaju komponentu. Poruszany wątek dotyczy zresztą szerszej i fundamentalnej dla nauk o zachowaniu kwestii prób oszacowania roli czynnika genetycznego i socjokulturowego (środowiskowego) oraz poznania mechanizmu wpływu obu tych czynników np. na wskaźniki inteligencji

w danej populacji. Firkowska-Mankiewicz tak pisała o założeniach tej części projektu: „(...) inteligencja rodziców w znacznym stopniu determinuje inteligencję dzieci, a więc mniej inteligentni rodzice z większym prawdopodobieństwem posiadać będą mniej inteligentne dzieci. Zależność taką stwierdziliśmy wyraźnie w naszym materiale i to zarówno w grupie pracowników umysłowych, jak i fizycznych” (Firkowska-Mankiewicz, Czarkowski 1981: 191). Autorzy badania konkludują, odnosząc się do części nadzorowanej przez lekarzy-genetyków: „Poziom sprawności intelektualnej w decydującej mierze uzależniony jest od wyposażenia genetycznego, z jakim dziecko przychodzi na świat, w mniejszym zaś (co nie oznacza, iż mniej ważnym) stopniu od stworzonych przez środowisko społeczne szans wykorzystania tego potencjału. Co ciekawe, rola czynników genetycznych rośnie, w miarę jak maleje różnicowanie czynników środowiskowych” (Firkowska-Mankiewicz, Czarkowski 1981: 193). Podsumowując ten wieloletni i wieloaspektowy projekt badawczy nadzorowany wspólnie przez socjologów i lekarzy, a zrealizowany przez zespół Anny Firkowskiej-Mankiewicz, można stwierdzić, że uzyskane rezultaty wskazały, iż socjologia zdrowia i choroby jest zdolna do zakrojonej na dużą skalę współpracy z lekarzami, czego efektem było uzyskanie danych i ich wieloczynnikowa interpretacja, poszerzająca w znacznym stopniu wiedzę na temat socjokulturowych i genetycznych korelatów poziomu umysłowego dzieci i młodzieży.

Ostatni z przykładów dokumentujących ewolucję sposobu konceptualizacji, metodologii oraz wzorów interpretacji danych empirycznych, dotyczących budowania spójnych poglądów na społeczną naturę zdrowia i choroby, jaki możemy obserwować w polskiej klasycznej socjologii medycyny w pierwszych dwóch dekadach jej rozwoju, dotyczy próby budowy modelu badań nad zachowaniami i postawami społeczeństwa polskiego wobec zdrowia i choroby (Titkow 1983). Projekt zrealizowany przez Annę Titkow jest swoistą syntezą głównych wątków badawczych polskiej socjologii medycyny i dobrze pokazuje z jednej strony ówczesny stopień zaawansowania i dojrzałości badań socjomedycznych oraz postęp, jaki się dokonał w tym zakresie w latach 1963–1983, z drugiej wzrost ambicji badawczych socjologów interesujących się obszarem wyznaczonym przez pojęcia: zdrowie–choroba–medycyna. Dążenie do syntezy wcześniejszych badań, obejmujących rozmaite aspekty rzeczywistości społecznej, „otaczającej” zdrowie i chorobę, a także prac poświęconych wyłącznie tym kluczowym pojęciom, dobrze oddaje cytaty odnoszące się do założeń projektu badawczego Titkow. Autorka stara się ukazać problematykę „(...) postaw i zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą jako tej sfery działań ludzkich, która może wzbogacić wiedzę o zależnościach zachodzących między określonymi sytuacjami a ludzkimi zachowaniami” (Titkow 1983: 45). Podstawowym punktem odniesienia dla tak określonego konceptu badawczego było zdefiniowanie znaczenia i roli zmiennych stratyfikacyjnych oraz kulturowych, ich charakteru, a także zakresu wpływu na zachowania oraz postawy wobec zdrowia i choroby w społeczeństwie polskim. Titkow wychodzi tu od definicji kultury jako kompleksu współwystępujących ze sobą postaw, przekonań oraz zachowań skorelowanych i ściśle przyporządkowanych wzorom, normom i wartościom

powszechnym w analizowanym społeczeństwie. Punktem odniesienia była dla autorki klasyczna koncepcja Talcotta Parsonsa (Parsons 1969). Przyjęto, że zachowanie jest w swoisty sposób „wkomponowane” w kulturę i system wartości danej społeczności (społeczeństwa), np. w społeczeństwie amerykańskim jest to m.in. zdolność do odnoszenia sukcesów, aktywizm, instrumentalizm. W tym kontekście choroba traktowana jest jako swoiste odchylenie od normy (rodzaj dewiacji), ten fakt z kolei kształtuje zachowania oraz oczekiwania wobec ludzi chorych i zdrowych. Dodajmy, że badanie postaw, a także zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą jest ze względów oczywistych utrudnione w społeczeństwie multikulturowym, bowiem reprezentowane tu grupy etniczne mogą identyfikować się (często równocześnie) z wieloma kulturami, obyczajami i tradycjami. Titkow zwraca uwagę również na szczególną rolę i znaczenie socjalizacji w kształtowaniu postaw oraz zachowań wobec zdrowia i choroby. Anna Titkow podkreśla też, że sposób manifestacji objawów oraz kryteria wyboru drogi leczenia (np. samolecznictwo albo kontakt z lekarzem) także są determinowane przez *background* kulturowy, podobnie jak wzory relacji pacjent–pracownik służby zdrowia oraz (co jest pośrednio efektem udanej lub nieudanej interakcji) ustalenie trafnej lub nietrafnej diagnozy. Oczywiście lista kulturowo determinowanych zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą jest dłuższa i obejmuje np. reakcje na ból czy wzory zachowań profilaktycznych. Odmiennym komplementarnym punktem odniesienia są zmienne stratyfikacyjne, wpływające na kształt, charakter i zróżnicowanie zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą. Autorka przywiązuje w tym zakresie szczególną wagę do niektórych twierdzeń z tej grupy uwarunkowań obu interesujących ją pojęć. Oto kilka wybranych przykładów odnoszących się do „wątku stratyfikacyjnego”: im niższa klasa społeczna, tym proporcjonalnie mniejszy dostęp do niekiedy ważnych i deficytowych informacji o możliwych formach i sposobach leczenia; im niższa klasa społeczna, tym bardziej ograniczona szansa korzystania z wysokospecjalistycznych i reglamentowanych świadczeń medycznych; wymagania wobec jakości pracy instytucji i zawodów medycznych rosną proporcjonalnie do pozycji zajmowanej przez jednostkę w strukturze stratyfikacyjnej społeczeństwa polskiego; im niższa pozycja w strukturze społecznej, tym mniej realizowanych zachowań profilaktycznych i mniejsza wiedza o czynnikach ryzyka zdrowotnego; z kolei im wyższe miejsce w społecznej hierarchii, znacznie większe dochody oraz prestiż społeczny, tym większe zrozumienie dla edukacji zdrowotnej i podatność na jej argumenty; wysokie miejsce zajmowane na „drabinie społecznej” skracca wyraźnie drogę do lekarza-specjalisty, a także czas oczekiwania na zabieg lub interwencję medyczną; poziom dochodów analizowany jako pojedynczy czynnik sprawczy nie był w społeczeństwie socjalistycznym zasadniczym czynnikiem determinującym zachowania związane z chorobą; podobnie liczba i rodzaje postrzeganych objawów chorobowych nie były „automatycznie” w różnych segmentach społeczeństwa czynnikiem motywującym do szukania opieki lekarskiej. Jednak osoby o niskiej pozycji społecznej relatywnie częściej „postrzegają się jako bardziej chore”, niż świadczyły o tym wyniki standardowych testów medycznych; podobnie

osoby o najniższym statusie (w badaniach Titkow robotnicy niewykwalifikowani) częściej nadają symptomom stresu charakter objawów fizjologicznych; tak samo kobiety (pracownice fizyczne bez kwalifikacji) często opisują ciężę w kategoriach choroby. Podsumowując ten wątek badań, ich autorka stwierdza, że świadomość znaczenia elementów stratyfikacyjnych pozwala na: „(...) poznanie istotnych mechanizmów kształtujących zachowanie jednostek, w tym także działanie i postępowanie związane z własnym zdrowiem” (Titkow 1983: 60).

Konkludując, studia teoretyczno-empiryczne zaprojektowane i zrealizowane przez Annę Titkow oraz uzyskane tą drogą wyniki pozwoliły opisać, scharakteryzować i zinterpretować podstawowe reguły i prawidłowości związane z zachowaniami i postawami Polaków wobec zdrowia i choroby. Autorka, przygotowując i realizując swój plan badawczy, odwoływała się do wcześniejszego, prawie dwudziestoletniego dorobku polskiej socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Efekty tego projektu wzbogaciły też w istotny sposób ogólną wiedzę na temat funkcjonowania społeczeństwa polskiego, pokazując, że socjologia i socjologowie medycyny są ważnym i pożądanym partnerem socjologii ogólnej, o co tak konsekwentnie zabiegała przez lata twórczyni tej dyscypliny, Magdalena Sokołowska.

Słowa kluczowe: sociologia, socjologia zdrowia, społeczna i poznawcza funkcja socjologii medycyny.

Key words: sociology, sociology of health, social and cognitive function of medical sociology.

Streszczenie

Badania dotyczące relacji życia społecznego wobec zdrowia i choroby są klasycznym tematem rozważań socjomedycznych zarówno w Polsce, jak i na Zachodzie. Celem tekstu jest ukazanie genezy socjologicznego podejścia do omawianej problematyki w ramach socjologii ogólnej oraz socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Intencją tych rozważań jest także dokonanie krótkiej charakterystyki i interpretacji modeli badawczych stosowanych w projektach ukierunkowanych na analizę wpływu zmiennych biomedycznych i socjokulturowych, wpływających na kształt zachowań w zdrowiu i chorobie.

Society and Health

Essays on the Social and Cognitive Identity of Medical Sociology

As in Western science, in Poland studies of the relationship between social life, health and illness are the subject of classical socio-medical analyses. The aim of this text is to present a genesis of the sociological perspectives associated with this relationship in general so-

ciology, as it relates to the sociology of health, illness and medicine. The intention is also to prepare a short characterization and an interpretation of the research models which are used in scientific projects, and especially those in which there are both biomedical and socio-cultural factors used as variables.

Literatura

- Bejnarowicz J., Sokołowska M., 1976, *Socjolog a pojęcie stanu zdrowia*, [w:] *Socjologia a zdrowie*, red. M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska, Warszawa: PWN.
- Firkowska-Mankiewicz A. red., 1990, *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, Warszawa: CPBP.
- Firkowska-Mankiewicz A., Czarkowski M.P., 1981, *Położenie społeczne a poziom umysłowy dzieci warszawskich*, „Studia Socjologiczne”, 3.
- Mc Elroy A., Jezewski M.A., 2003, *Cultural variation In the Experience of Health and Illness*, [w:] *The Handbook of Social Studies In Health and Medicine*, red. G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S.C. Scrimshaw, Londyn: Sage Publications.
- Nowakowski S., 1985, *Przemówienie z okazji doktoratu honoris causa w Uniwersytecie Warszawskim*, [w:] *Spółeczeństwo i socjologia. Księga poświęcona Profesorowi Janowi Szczepańskiemu*, red. S. Nowakowski, A. Kłoskowska, J. Kulpińska, A. Kwilecki, J. Szacki, P. Sztompka, A. Tymowski, J. Wiatr, J. Węgleński, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź: Ossolineum.
- Ostrowska A., 1975a, *Pojęcie potrzeb zdrowotnych*, [w:] *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*, Warszawa: Polish Academy of Science.
- Ostrowska A., 1975b, *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*, Warszawa: Ossolineum.
- Parsons T., 1969, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa: PWE.
- Pawelczyńska A., 1966, *Dynamika przemian kulturowych na wsi*, Warszawa: PWN.
- Pflanz M., 1976, *Struktura społeczna a zdrowie: problemy nie rozwiązane*, [w:] *Socjologia a zdrowie*, red. M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska, Warszawa: PWN.
- Piątkowski W., 2012, *Beyond Medicine*, Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main.
- Słońska Z., 2002, „Zdrowie”, [w:] *Encyklopedia Socjologii*, t. 4, red. Z. Bokszański, K. Gorlach, T. Krauze, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Sokołowska M., 1969, Wstęp, [w:] *Badania socjologiczne w medycynie*, red. M. Sokołowska, Warszawa: K. i W.
- Sokołowska M., 1978, *My Path to Medical Sociology*, [w:] *Medical Sociologists at Work*, red. R.H. Elling, M. Sokołowska, New Brunswick, Transaction Books.
- Szczepański J., 1962, *Socjologia i medycyna*, „Przegląd Kulturalny”, 32.
- Szczepański J., 1963, *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa: PWN 1963.
- Szczepański J., 1973, *Odmiany czasu terażniejszego*, Warszawa: K. i W.
- Szczepański J., 1983, *Nie ma nieuleczalnie chorych*, „Tu i Teraz”, 11.
- Titkow A., 1981, *Medical Sociologists at Work*, „Studia Socjologiczne”, 3.
- Titkow A., 1983, *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby. Studium warszawskie*, Warszawa: PWN.