

Książka ta wypełnia dotkliwą lukę istniejącą w polskiej literaturze dotyczącej zjawisk współczesnej kultury. Może stanowić cenne źródło informacji na temat genezy istnienia ruchów kontrkulturowych, ich cech charakterystycznych, a także próby ewaluacji subkultur, z zastrzeżeniem jednak, że nie jest to ocena „jedynie słuszna”, bo w takim kontekście zwykle słyszymy o subkulturach jako „dewiacji” czy „patologii”.

Zaletą tej pracy jest także przedstawienie specyficznie polskich warunków tworzenia się subkultur. Całość, mimo że jest wynikiem współpracy wielu autorów, czyta się dobrze, z zaciekawieniem oczekując kolejnych stron.

Ewa Głazewska

***W stronę socjologii zdrowia*, pod red. W. Piątkowskiego, A. Titkow, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002, ss. 316.**

Książka pod redakcją Włodzimierza Piątkowskiego i Anny Titkow, wydana nakładem Wydawnictwa UMCS, prezentuje dokonującą się w obrębie socjologii medycyny ewolucję zmierzającą – jak głosi tytuł – *W stronę socjologii zdrowia*.<sup>1</sup> Tom otwiera tekst autorstwa W. Piątkowskiego (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Akademia Medyczna w Lublinie) o charakterze niejako programowym. Autor wskazuje początki przemian w obszarze zainteresowania socjologów medycyny ukierunkowanych na problematykę zdrowia obecne w podręcznikach klasyków socjologii medycyny (A. C. Twaddle i R. M. Hessler, S. Nettleton, W. C. Cockerham), by następnie pokazać kształtowanie się nowej kategorii badawczej na tle ogólniejszej ewolucji, przebiegającej – według terminologii Roberta Strausa – od *sociology in medicine* do *sociology of medicine*, potem zaś w kontekście przekształceń dokonujących się w obszarze zainteresowania szeroko rozumianych nauk o zdrowiu. Autor dużo miejsca poświęca medycynie i naukom klinicznym, akceptującym w coraz większym stopniu holistyczne koncepcje człowieka i orientującym się konsekwentnie na zagadnienia promocji zdrowia i krzewienia prozdrowotnego stylu życia oraz psychologii, w obrębie której wyłania się intensywnie rozwijająca się i mocno reprezentowana również na gruncie polskim komplementarna wobec socjologii zdrowia subdyscyplina – psychologia zdrowia. Kluczowe znaczenie w omawianym rozdziale mają części określające przedmiot badań socjologii zdrowia, która „stawia zdrowie, jego ochronę i promocję w centrum swych zainteresowań teoretycznych, badawczych i praktycznych” oraz wskazujące propozycje kierunków badawczych w obrębie wyłaniającej się dyscypliny, do których autor zalicza badanie postaw wobec zdrowia, będące koniecznym elementem poprzedzającym działania nad upowszechnianiem prozdrowotnego stylu życia i zachowań prozdrowotnych, „diagnoza, interpretacja i skuteczne przeciwdziałanie zachowaniom antyzdrowotnym” w polskim społeczeństwie, a także badanie związków pomiędzy nierównościami społecznymi a zdrowiem.

---

<sup>1</sup> Pomysł napisania książki powstał podczas obrad sesji tematycznej poświęconej socjologii medycyny, która odbyła się w ramach XI Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego w dniu 22 września 2000 roku w Rzeszowie pod hasłem „Komu potrzebna jest socjologia medycyny?”. Sesji przewodniczyli: A. Titkow i W. Piątkowski.

Próbie podsumowania skuteczności implementacji treści socjomedycznych w procesie kształcenia profesjonalistów medycznych w Akademii Medycznej w Lublinie stanowi kolejny rozdział, w którym M. Wszędyrówny (Akademia Medyczna w Lublinie) wskazuje, że równoległe z utrwalaniem się w naukach lekarskich idei holizmu proponującej całościowe biopsychospołeczne podejście do człowieka, socjologia zdrowia i medycyny zyskuje na znaczeniu, gdyż oferuje pracownikom lecznictwa podstawowe kompetencje behawioralne i wiedzę socjopsychologiczną; bez nich nie jest możliwa skuteczna realizacja założeń promocji zdrowia i działań zmieniających zachowania związane ze zdrowiem. Jak wykazał w badaniach ankietowych M. Wszędyrówny, elementy wiedzy dotyczące znaczenia pozabiologicznych aspektów zdrowia i choroby są „ważne” i „bardzo ważne” dla blisko 90% studentów objętych dydaktyką z zakresu socjologii medycyny w Akademii Medycznej w Lublinie. Kolejni autorzy, B. Tobiasz-Adamczyk i P. Brzyski (Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego) postawili w kontekście polskiej transformacji społeczno-ekonomicznej pytanie: „Czy jeszcze ktoś pamięta o starości?”, rysując kontekst przemian w sferze ekonomicznej (wzrost wydatków na zdrowie i pogłębiająca się niekorzystna proporcja emerytury w stosunku do średniego wynagrodzenia), które wpłynęły negatywnie na jakość życia osób starszych. Autorzy przywołują opinię eksperta w zakresie geriatry W. Pędicha, który stwierdza, że w Polsce „organizacja opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi jest zaprzeczeniem zasad współczesnej gerontologii i pozostaje w sprzeczności z prognozami demograficznymi”, z czego wynika dla czytelnika wniosek o konieczności zbudowania w Polsce systemu profesjonalnej opieki geriatrycznej. W kolejnej części omawianego tomu M. Ogryzko-Wiewiórowska (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej) dokonała socjomedycznej analizy problemów śmierci i umierania: wychodząc od opisu zjawiska śmierci w kategoriach klinicznych (śmierć biologiczna), psychologicznych i socjologicznych, autorka naszkicowała problemy psychospołeczne osób stających w obliczu śmierci, zarówno chorych terminalnie, jak i umierających, z uwzględnieniem ich rodzin i pracowników lecznictwa. W kolejnej części tomu Piotr Aljabali, reprezentujący – co warto podkreślić – Studenckie Koło Socjologii Medycyny Akademii Medycznej w Lublinie, zaprezentował założenia i podjął próbę wstępnej ewaluacji multimedialnego programu antynikotynowego dla szkół ponadpodstawowych. Program przygotowano zgodnie z zasadami nowoczesnej socjotechniki i założeniem, że wykorzystanie wiedzy behawioralnej łącznie z atrakcyjnością i nowoczesnością przekazu oraz otwarta formuła prezentacji stwarzają realną szansę na podniesienie efektywności programów prozdrowotnych. Przedmiotem kolejnego opracowania autorstwa M. Skrzypka (Akademia Medyczna w Lublinie, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej) są kategorie społeczno-kulturowe w badaniach nad chorobą niedokrwienną serca. Punktem wyjścia analizy jest stwierdzenie, że biologiczne czynniki ryzyka wieńcowego wyjaśniają tylko połowę zachorowalności na chorobę wieńcową, a pozostała część ryzyka wieńcowego zależy od czynników socjopsychologicznych i socjokulturowych, wśród których kluczową rolę odgrywają wsparcie społeczne i pozycja socjoekonomiczna, wpływające zarówno na etiopatogenezę, jak i przebieg jawnej klinicznie choroby wieńcowej. Omawiany obszar badań obrazuje przesuwanie się uwagi badaczy opisujących pozabiologiczne uwarunkowania zdrowia w kierunku sfery socjokulturowej i wyłanianie się nowej dyscypliny badawczej – socjopsychosomatyki, poszerzającej tradycyjne podejście psychosomatyczne, zogniskowane wokół interakcji *mind-bo-*

dy, o sferę socjum i przesuwającej się w stronę *mind-body in social context*. W odrębnej części książki zatytułowanej *Zdrowie i choroba – inna perspektywa* redaktorzy zamieścili eseje obrazujące różnorodność warsztatów badawczych i tematyki podejmowanej w obszarze socjologii medycyny. Otwierający esej L. Kościelaka (Uniwersytet Warszawski) poświęcony jest problematyce niezwykle w Polsce aktualnej, bo związanej bezpośrednio z przemianami w organizacji rynku usług medycznych. Autor, opierając się na poglądach Maxa Webera na temat biurokracji i systemów kontroli we współczesnym społeczeństwie, a także współczesnego socjologa amerykańskiego George'a Ritzera, twórcy pojęcia „makdonaldyzacja społeczeństwa”, dokonuje krytycznej analizy wpływu biurokracji na funkcjonowanie systemu opieki medycznej, z jej odhumanizowaniem, przejawiającym się w postrzeganiu pacjenta „nie jako osoby wymagającej pomocy, lecz jako ekwiwalentu pieniężnego” (cytat L. Kościelaka za Ritzerem), dążeniem do maksymalnej wydajności, efektywności i przewidywalności w świadczeniu usług medycznych. Zdaniem autora, powstaje w efekcie sytuacja, w której „los pacjenta zależy w mniejszym stopniu od lekarza niż od struktur biurokratycznych i technologii”. A. Wiczorkiewicz (Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk) dokonuje aplikacji socjologii medycyny na gruncie antropologicznej analizy dyskursu muzealnego związanego z eksponowaniem szczątków ludzkich, wskazując, że treść tego typu przekazów muzealnych rozpatrywać należy w odniesieniu do trendów kulturowych związanych ze stosunkiem do przemijalności i kruchości ludzkiego ciała i radzeniem sobie z wynikającym stąd lękiem, a nawet – jak zauważyła A. Titkow – w kategoriach zobiektywizowanego mechanizmu obronnego przed śmiercią. W kolejnym tekście E. Bińczyk (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu), wychodząc od teorii M. Foucaulta na temat ścisłego związku wiedzy i władzy, przeprowadziła analizę zagadnienia praktyki medykalizacji jako praktyki władzy w świetle wybranych aspektów nie-klasycznej socjologii medycyny Michela Foucault. W. Krantz (Akademia Medyczna w Gdańsku) rozpatruje relację zdrowi–chorzy w kategoriach teorii wymiany społecznej i postuluje, że ma ona charakter dwukierunkowy i jej ostateczny kształt zależy od obu stron interakcji, a analizowana kwestia odnosi się przede wszystkim do relacji lekarz–pacjent. Autorzy esejów pomieszczonych w ostatniej części omawianego tomu podejmują próbę odpowiedzi na pytanie – jak głosi tytuł – komu potrzebna jest socjologia zdrowia i medycyny. W eseju A. Ostrowskiej (Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk) czytelnik otrzymuje przegląd głównych funkcji pełnionych przez amerykańską socjologię medycyny i w tym kontekście analizę sposobów aplikacji dokonań tej dyscypliny na gruncie polskim, z zaakcentowaniem istniejących różnic i podobieństw. Tak skonstruowana dwutorowa analiza Ostrowskiej, osnuta wokół klasycznego podziału na *sociology in medicine* oraz *sociology of medicine*, ogniskuje się wokół takich potencjalnych obszarów aplikacji wiedzy socjomedycznej, jak: weryfikacja teoretycznych koncepcji socjologicznych i badania podstawowe, badania stosowane, kreowanie nowego oblicza zdrowia publicznego z uwzględnieniem promocji zdrowia czy nurt krytyczno-demaskatorski wobec medycyny. Warto podkreślić w tym miejscu uznanie, z jakim A. Ostrowska wyraża się o lubelskim środowisku socjologów medycyny, którzy „mają największy i najbardziej pielęgnowany dorobek w zakresie dydaktyki”. Autorka podkreśla, że socjologia medycyny jest postrzegana w Stanach Zjednoczonych jako „jedna z najszybciej i najdynamiczniej rozwijających się subdyscyplin socjologii”, a „co dziesiąty socjolog w USA jest obecnie

socjologiem medycyny”. W kolejnym tekście Z. Kawczyńska-Butrym (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie) rozwija założenie, że „istnieje sprzężenie zwrotne między kategorią zdrowie/choroba a przestrzenią społeczną życia człowieka”. Przedstawiając kolejno oba kierunki wskazanej zależności, autorka dowodzi, że zachorowanie ujawnia i nasila nierówności społeczne oraz wprowadza zmiany w systemie międzyludzkich zależności przez wzrost zależności od systemów opieki, a także różnicuje szanse życiowe, edukacyjne i zatrudnieniowe, a społeczne usytuowanie człowieka w istotny sposób decyduje o ryzyku zdrowotnym, co dotyczy w szczególności sposobów poszerzających się w Polsce obszarów biedy. W kolejnym tekście W. A. Brodniak (Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie) omawia dorobek i perspektywy badawcze socjologii medycyny w obszarze zainteresowania psychiatrii. Wychodząc od próby określenia statusu współczesnej psychiatrii, w tym polskiej, ujmowanego przez konflikt pomiędzy orientacją biologiczną i dynamicznie rozwijającą się na jej gruncie psychofarmakologią, której symbolem jest fluoksetyna (w lecznictwie amerykańskim w postaci preparatu Prozac), a orientacją psychospołeczną, uwzględniającą socjokulturowe tło zaburzeń psychicznych, autor dokonuje przeglądu koncepcji i teorii socjologicznych znajdujących zastosowanie na gruncie psychiatrii oraz opisuje wyniki najważniejszych badań socjologicznych dotyczących problematyki zaburzeń psychicznych, uwzględniając badania nad związkiem niskiej pozycji społecznej z wyższą zachorowalnością na choroby psychiczne. Z. Słońska (Instytut Kardiologii w Warszawie) dyskutuje przydatność i efektywność na gruncie polskim normatywno-restrykcyjnego modelu promocji zdrowia, stwierdzając, że model ten, ograniczający się do propagowania norm i nieuwzględniający faktu, że o możliwościach ich implementacji decyduje w znacznej mierze pozycja społeczno-ekonomiczna adresatów, pogłębia istniejące społeczne nierówności w zdrowiu, ponieważ zwiększa szanse zdrowotne ludzi, którzy dzięki wysokiej pozycji społecznej mają i tak większe możliwości dbania o zdrowie. Jak stwierdza autorka, osoby, których „zdrowie wymaga największej troski [...] nie reagują na normatywne prozdrowotne zalecenia”. Wyłania się stąd konieczność „uzupełnienia taktyki stosowanej obecnie w promocji zdrowia o podejście wynikające z przyjęcia szeroko na świecie akceptowanego paradygmatu społeczno-ekologicznego, narzucającego m.in. konieczność holistycznego traktowania człowieka i jego zdrowia”, co oznacza „rozpatrywanie problemów zdrowotnych w szerokim kontekście codziennego funkcjonowania”. W konsekwencji proponuje autorka normatywno-restrykcyjno-relatywny model promocji zdrowia, w którym wszelkie podejmowane działania winny być dostosowane do rzeczywistych potrzeb i możliwości adresatów, co umożliwi promocji zdrowia przekraczanie granic nierówności społecznych. Cenne uzupełnienie treści merytorycznych zawartych w omawianym tomie stanowi zbiorcze zestawienie piśmiennictwa, obejmujące – co należy podkreślić – 428 pozycji oraz indeks nazwisk, znacznie ułatwiający poruszanie się w obrębie liczącej 316 stron publikacji. Streszczenie oraz spis treści w języku angielskim „otwierają” książkę dla czytelnika spoza polskich środowisk akademickich.

Powtarzający się niemal we wszystkich zamieszczonych w pracy tekstach wątek dotyczy roli położenia społecznego jako ważnego czynnika determinującego stan zdrowia. Kategorie opisu pozycji społeczno-ekonomicznej wyznaczają odrębny kierunek badawczy w zakresie wyłaniającej się socjologii zdrowia, determinują jakość życia osób starszych wiekiem, uznawane są za kluczowy czynnik decydujący o ryzyku zachorowania na

chorobę wieńcową i przebiegu choroby jawnej klinicznie, wpływają na występowanie i przebieg chorób i zaburzeń psychicznych, zależność zaś między położeniem społecznym a stanem zdrowia ma charakter dwukierunkowy: przestrzeń społeczna zwiększa ryzyko zdrowotne, natomiast zdrowie/choroba różnicuje zakres szans życiowych i w konsekwencji decyduje o osiąganym statusie społecznym. Ten właśnie wątek skłonił redaktorów tomu – z czym w pełni należy się zgodzić – do refleksji o etycznej i egzystencjalnej wrażliwości cechującej zawartość książki. Jak się wydaje, walor ten decyduje o aktualności diskutowanych tez, które wyłaniają się wprost z problematyki polskich przemian połączonych ze wzrostem obszarów biedy i niekorzystnymi trendami dotyczącymi stanu zdrowia społeczeństwa. Książkę odczytać można jako ofertę zarówno o charakterze edukacyjnym, adresowaną do osób podejmujących studia w specjalnościach związanych z socjologią medycyny, promocją zdrowia i pracą socjalną, jak i badawczym, skierowaną do przedstawicieli szeroko rozumianych nauk o zdrowiu, ze szczególnym uwzględnieniem tych dyscyplin klinicznych, które podejmują problemy zdrowotne rozpowszechnione we współczesnym społeczeństwie, a których wyczerpująca analiza nie jest możliwa bez udziału nauk o zachowaniu, a szczególnie socjologii zdrowia i medycyny. Zawartość tomu wskazuje, że dotyczy to m.in. takich dziedzin, jak gerontologia kliniczna (geriatria), medycyna paliatywna i psychoonkologia czy psychiatria. Tak szeroka oferta współpracy możliwa jest – jak się wydaje – dzięki poszerzeniu klasycznego obszaru zainteresowania socjologii medycyny o kategorię zdrowia, prowadzącemu – jak chcą redaktorzy tomu – do koegzystencji obu perspektyw, wyrażającej się w nazwie proponowanej w brzmieniu „socjologia zdrowia i medycyny”.

*Michał Skrzypek*

**Wojciech Łukowski, *Społeczne tworzenie ojczyzn. Studium tożsamości mieszkańców Mazur*, WN Scholar, Warszawa 2002, ss. 317.**

Przemiany życia społecznego w Polsce po 1989 roku podejmowane są ze względu na dwa priorytety. Pierwszy z nich to decentralizacja i upodmiotowienie życia społecznego, drugi to aspiracje integracyjne i przygotowanie do wejścia Polski w struktury NATO oraz Unii Europejskiej. Oba wyznaczają pozornie sprzeczne procesy: globalizacji oraz odrodzenie lokalizmu. Procesy te przynoszą nie tylko nowe problemy badawcze i teoretyczne, ale dają również nowy kontekst dla zagadnień podejmowanych wcześniej. Do tej drugiej kategorii należy niewątpliwie kwestia tożsamości regionalnej i lokalnej. Obejmuje ona wiele zagadnień: od ciągłości kulturowej po współczesne tworzenie ojczyzny w wymiarze regionalnym.

Eksploracja zjawisk z zakresu tej problematyki napotyka wiele przeszkód. Są one związane z koniecznością podjęcia badań interdyscyplinarnych, co oznacza wypracowanie odpowiedniego podejścia teoretycznego oraz metodologicznego. Trudności te wielokrotnie brak adekwatnych propozycji teoretycznych w obrębie poszczególnych dyscyplin. Sytuacja ta związana jest z takim nagromadzeniem czynników zmiany, które czynią wypracowane modele nieprzydatnymi do badań, lub co gorsze, przyjęcie nieadekwatnej perspektywy teoretycznej powoduje pozyskanie materiału bezwartościowego poznawczo.