



Karina Erenkfeit
Badaczka niezależna

Antonina Doroszevska
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Tożsamość socjologów medycyny — próba analizy i wyzwania na przyszłość

Abstract: Sociology of medicine has been treated as a sub-discipline of sociology for a long time. It concerns broadly defined problems of health and illness in social groups and individuals, as well as the relations between them. It can be claimed that a sociologist of medicine is a profession determined by the area of their own professional activity. The subject of the study is a theoretical analysis of the professional role of sociologists of medicine and their careers, mainly in science and didactics, prevailing at medical universities. Moreover, their education and knowledge are useful in research project implementation, in the field of healthcare economy, and in studies concerning the services offered by medical professionals. In sociology of medicine, health stands for a relatively new paradigm, whose analyses result in research into pro-health attitudes. Therefore, the sociologists of medicine can be members of health education groups. Besides, they constitute a group of specialists who can participate in public debates about health and illness issues. The areas of professional practice mentioned in this paper are only examples of potential activity within the sociology of medicine, which are realized by professionals such as economists, nurses, doctors, assessors, psychologists, and sociologists. That is why we should ask ourselves a question whether practicing sociology of medicine in Polish conditions is a separate profession or a sub-discipline of sociology. Sociology of medicine does not exist as a separate profession yet, but it has features which may allow it to become one in the future.

Key words: sociology of medicine, professional identity, professional roles, health, illness

Streszczenie: Socjologia medycyny uchodzi za subdyscyplinę socjologii dawno już znaną, jednak relatywnie młodą badawczo. Zajmuje się ogólnie pojętymi problemami zdrowia i choroby w obszarze grup społecznych i jednostek oraz relacji między nimi. Można powiedzieć, że socjologiem medycyny jest osoba zajmująca się zawodowo tą szeroko rozumianą dziedziną, zatem definiuje ją obszar własnej aktywności zawodowej.

Przedmiotem opracowania są teoretyczne rozważania nad rolą zawodową socjologów medycyny, ich funkcjonowaniem w różnych obszarach profesji, głównie nauki i dydaktyki, przede wszystkim w strukturach uczelni medycznych. Wykształcenie i wiedza socjologów medycyny są przydatne również w innych obszarach działalności społecznej, m.in. w realizacji projektów badawczych w obszarze ekonomii systemów zdrowotnych czy w badaniach dotyczących usług oferowanych

przez profesje medyczne. W socjologii medycyny stosunkowo nowym paradygmatem jest zdrowie. Aktywność zawodowa socjologów medycyny w tym polu skutkuje analizami postaw prozdrowotnych. Rozwija się działalność ekspercka związana z tą tematyką, czyli m.in. praca w zespołach edukatorów zdrowotnych. Oprócz tego socjologowie medycyny stanowią grono specjalistów, którzy mogą brać udział w debatach publicznych dotyczących problemów zdrowia i choroby.

Wymienione obszary praktyki zawodowej są jedynie przykładami aktywności w obrębie socjologii medycyny, realizowanymi pod nazwami wielu innych zawodów, takich jak ekonomista, pielęgniarka, lekarz, ewaluator, psycholog czy właśnie socjolog. To sprawia, że należy sobie postawić pytanie, czy w polskich warunkach uprawianie socjologii medycyny polega na wykonywaniu odrębnej profesji, czy jest pracą w polu jednej z subdyscyplin socjologii. Obecnie socjologia medycyny raczej nie funkcjonuje jako odrębny zawód, ale ma cechy, które mogą pozwolić na wyodrębnienie go w przyszłości.

Słowa kluczowe: socjologia medycyny, tożsamość zawodowa, rola zawodowa, zdrowie, choroba

Wprowadzenie

Socjologia medycyny jest subdyscypliną znaną w Polsce głównie w kręgach naukowych i medycznych, jednak jej praktyczny i teoretyczny wymiar jest znacznie szerszy niż wskazuje na to pobieżna analiza aktywności zawodowej osób zajmujących się tą dziedziną. Teoria i praktyka socjologii medycyny sprowadza się głównie do działalności socjologów w obrębie uczelni wyższych. Czy jest to w warunkach polskich jedyny możliwy wariant funkcjonowania zawodowego osób zajmujących się socjologią medycyny? Celem opracowania jest analiza sytuacji zawodowej i tożsamości zawodowej socjologów medycyny na podstawie literatury przedmiotu z zakresu socjologii medycyny oraz własnych refleksji związanych z aktywnością zawodową na tym polu naukowym.

Socjologiczne ujęcie zdrowia i choroby wskazuje na społeczny wymiar pozornie osobistej kwestii, jaką jest stan zdrowia. Należy zaznaczyć, że komunikowali o tym wcześniej przedstawiciele medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Jednak to socjologia medycyny pozwoliła na rozwój tego obszaru wiedzy z punktu widzenia nauk społecznych, a nie medycznych. Czy zatem przedstawiciele tego zawodu funkcjonują na obecnym rynku pracy i jeśli tak, to czy można mówić o tożsamości zawodowej socjologów medycyny? W kolejnych częściach artykułu postaramy się przybliżyć odpowiedź na to pytanie.

Socjologia medycyny i jej pola badawcze

Subdyscyplina socjologii, jaką jest socjologia medycyny, rozwinęła się w połowie XX wieku na skutek zmian, które nastąpiły w Europie Zachodniej i w USA po II wojnie światowej. Względny ład i dobrobyt w tych krajach przyczynił się do

przeobrażeń demograficznych, takich jak wydłużenie życia populacji, co spowodowało refleksję nad jakością życia. Uwzględnienie w medycynie paradygmatu biopsychospołecznego położyło jakościowy akcent na badania medyczne. Grupa socjologów amerykańskich zaangażowała się wówczas w badania nad funkcjonowaniem instytucji medycznych oraz relacjami lekarz—pacjent, podjęła więc aktywność o nachyleniu krytycznym wobec medycyny. Badacze ci jako pierwsi zaczęli określać się mianem „socjologów medycyny” (Skrzypek, 2012). Nowe podejście wskazywało na wieloprzyczynowość choroby, uwzględniając m.in. aspekt środowiskowy, psychologiczny i społeczny. Umożliwiło to nową konceptualizację pojęcia choroby oraz uznanie zachowań społecznych otaczających chorobę za jej wskaźnik (Sokołowska, 2009).

Mimo że o rozwoju socjologii medycyny można mówić od połowy XX wieku, to pierwsze zastosowanie terminu *medical sociology* miało miejsce w ostatniej dekadzie XIX wieku w USA — posłużył się nim jako pierwszy w roku 1894 socjolog Charles McIntire. Określił też socjologię medycyny jako naukę badającą „prawa regulujące wzajemne relacje pomiędzy profesjami medycznymi a społeczeństwem jako całością”, społeczne aspekty profesji lekarskiej, a także podejmującej „wszystkie inne zagadnienia” odnoszące się do tej problematyki (Skrzypek, 2012).

Naukowy rozwój socjologii medycyny rozpoczął się wraz z publikacją w 1951 roku książki Talcotta Parsonsa *The Social System* (wyd. pol. 2009). Socjolog ten zainicjował dyskusję nad medycyną, zdrowiem i chorobą z socjologicznej perspektywy oraz wykorzystał klasyczne socjologiczne pojęcia do analizy problemów związanych ze sferą zdrowia i choroby (Parsons, 2009). Niewiele wcześniej, bo w 1950 roku, na Yale University pod kierunkiem Augusta B. Hollingsheada podjęto prace nad pierwszym formalnym programem nauczania socjologii medycyny (Skrzypek, 2012). W systemowym ujęciu zdrowie jest stanem idealnym, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról społecznych wyznaczonych w procesie socjalizacji. Od tego czasu w socjologii medycyny rozpoczął się okres dominacji podejścia strukturalno-funkcjonalnego, według którego pacjent chcący odzyskać zdrowie musiał poddawać się zabiegom systemu medycznego, a choroba była traktowana jak dewiacja społeczna, która uniemożliwia wykonywanie podstawowych ról społecznych. Zdrowie jest zatem czynnikiem niezbędnym do prawidłowego wypełniania tych ról (Słońska, 2000).

W odniesieniu do teorii funkcjonalno-strukturalnej powstało podejście fenomenologiczne, odwołujące się do zjawisk życia codziennego oraz do interpretacji systemu znaków i zachowań innych ludzi (Schütz, 2006). Teoria ta odnosi się do opisu i interpretacji subiektywnej ludzkiej wiedzy, osobistych przeżyć człowieka, który np. niszczy zdrowie lub wybiera prozdrowotny styl życia bądź przeżywa swój ból, nadzieję, strach związany z charakterem własnego schorzenia, jego przebiegiem i rokowaniami (Piątkowski, 2008). Taki system silnie zinternalizowanych uczuć, doświadczeń i wzorów zachowań pozwala nadać subiektywny sens pojęciom: ból, choroba, zdrowie, wyleczenie, dobrostan, pogorszenie stanu zdrowia itp. Przyjęcie tej perspektywy i odniesienie jej do polskich realiów może

być przydatne w szukaniu odpowiedzi na pytania związane z decyzjami podjętymi w ramach wyboru stylu życia (Piątkowski, 2008).

W interakcjonizmie symbolicznym z kolei interakcje społeczne są rozumiane jako społeczna aktywność, w której poszczególne osoby oddziałują na siebie za pośrednictwem komunikacji (werbalnej i niewerbalnej), modyfikując nawzajem swoje zachowania i działania społeczne (Blumer, 1975). Interakcjonizm symboliczny jest wykorzystywany w socjologii medycyny głównie w opisie relacji lekarz—pacjent. Obie strony przekazują sobie nawzajem wskazówki, podtrzymując łączącą je relację. Symbole i nadawane im znaczenia, umiejętność właściwego ich stosowania i odczytywania są elementami umacniającymi więź społeczną w procesie leczenia, wzmacnia się zaufanie, jakim pacjent obdarza lekarza (Piątkowski, 2008).

Kolejna teoria mająca zastosowanie w socjologii zdrowia i choroby to etnometodologia, która pozwala na eksplorację obszaru potocznej wiedzy i działań praktycznych otaczających zdrowie i chorobę. Podejście to jest koncepcją teoretyczną oraz dyrektywą praktycznego działania. Nurt ten powstał w opozycji do ukierunkowania naturalistycznego i zwolenników „pragmatyzmu normatywnego” (Ziółkowski, 2006, s. 259). Życie codzienne, według Harolda Garfinkela, budują ludzie, nadając mu własne, specyficzne, autonomiczne znaczenia. Interpretacja tego świata może być chaotyczna, zmienna, niekonsekwentna, mimo to osoby wyznające ten sam sposób myślenia i działania dobrze się rozumieją i współpracują ze sobą (Garfinkel, 2006). Etnometodologowie kładli nacisk na aktywne zaangażowanie uczestników życia społecznego w relacje ze światem społecznym. Podmiot działania, partner interakcji jest dla etnometodologa praktycznym socjologiem.

W 1957 roku Robert Straus wyznaczył tory myślenia o roli socjologii w medycynie, dzieląc zakres badań na socjologię w medycynie (*sociology in medicine*) oraz socjologię medycyny (*sociology of medicine*) (Straus, 1957). Socjologia w medycynie (*in*) ściśle współpracuje z przedstawicielami nauk medycznych, pomagając z użyciem pojęć i narzędzi socjologicznych w rozwiązywaniu konkretnych problemów zdrowotnych pacjentów. Socjologia medycyny (*of*) traktuje m.in. o instytucjach, organizacjach, rolach społecznych, normach i wartościach będących komponentą zjawiska choroby, czyli jej otoczeniem (Ostrowska, 2004). Zarówno socjologowie *in*, jak i *of* zajmują się instytucjami medycznymi i systemem opieki zdrowotnej. Alternatywne ujęcie relacji socjologii i medycyny adekwatne do współczesnych realiów badań na terenie nauk o zdrowiu zaproponował Gordon Horobin, którego zdaniem najlepiej relację tę ujmuje fraza „socjologia z medycyną” (*sociology with medicine*) (Skrzypek, 2012). Podstawą tego ujęcia jest instytucjonalna i merytoryczna stabilizacja subdyscypliny, polegająca m.in. na badaniu medycyny jako profesji, analizie funkcjonowania instytucji medycznych, opisywaniu zachowań społecznych „otaczających” chorobę, eksplorowaniu z socjologicznej perspektywy doświadczenia choroby, a także opisywaniu społecznej konstrukcji choroby i wiedzy medycznej (Skrzypek, 2012).

Polski wkład w rozwój socjologii medycyny wiąże się przede wszystkim z działalnością prof. Magdaleny Sokołowskiej, która w 1965 roku była założycielką

Zakładu Socjologii Medycyny przy Instytucie Filozofii i Socjologii Państwowej Akademii Nauk (Piątkowski, Skrzypek, 2012). Profesor Sokołowska postulowała rozwijanie badań z nurtu *sociology in medicine*, czyli m.in. wykorzystanie w socjologii medycyny doświadczeń naukowych z obszaru socjologii wiedzy, socjologii fenomenologicznej, etnometodologii oraz interakcjonizmu symbolicznego (Sokołowska, 2009). Postulowała spojrzenie na zdrowie i chorobę uwzględniające subiektywne znaczenie choroby oraz działalność zdrowotną laików — czyli osób niezwiązanych z medycyną (Skrzypek, 2012). Obecnie socjologia medycyny rozwija się szczególnie prężnie w większości dużych ośrodków akademickich w Polsce.

Wybrane aktywności zawodowe socjologów medycyny

Aktywność zawodowa socjologów medycyny jest różnorodna, ale wspólne dla nich wszystkich jest wykształcenie socjologiczne oraz praca badawcza i dydaktyczna w obrębie społecznych uwarunkowań zdrowia i choroby. Czy można zatem mówić o wspólnej dla wszystkich tożsamości zawodowej socjologów medycyny? Zgodne z definicją Mieczysława Gałuszki, analizującego tożsamość zawodową medyków, „tożsamość zawodowa lekarzy rozumiana będzie jako dynamiczny proces tworzenia znaczeń związanych z pełnieniem roli społecznej, wynikający z uwarunkowań czasu i miejsca, w którym realizowane są powinności zawodowe” (Gałuszka, 2003). Analogicznie można zatem pokusić się o stwierdzenie, że tożsamość zawodowa socjologów medycyny powinna być procesem tworzenia znaczeń związanych z pełnieniem roli, wynikających z faktu wykonywania pracy w miejscu realizowania czynności zawodowych. Czy zatem socjologowie medycyny tworzą własne znaczenia swojej profesji?

Socjologowie medycyny pracują zarówno na uniwersytetach, jak i na uczelniach medycznych oraz w innych instytucjach badawczych. Piastują zwykle stanowiska naukowo-dydaktyczne. Na uczelniach medycznych są często członkami interdyscyplinarnych zespołów, złożonych zarówno z lekarzy, jak i z przedstawicieli innych zawodów medycznych, jak pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni. Daje to możliwość poznania pracy personelu medycznego „od kulisów”, czyli również mechanizmów funkcjonowania instytucji czy roli komunikacji i organizacji pracy w prawidłowej pracy personelu medycznego. Mimo to dzięki odrębności swojego zawodu socjolog medycyny ma większe szanse pozostania przykładowo poza sporami kompetencyjnymi personelu medycznego, dzięki czemu ma większą możliwość zachowania badawczego obiektywizmu. Bywa jednak, że odrębność taka jest okupiona sporym wysiłkiem. Funkcjonowanie socjologia w medycznych grupach zawodowych, w których dominują wspólne paradygmaty badawcze, charakterystyczna dla nich metodologia badań, a nawet sposób prezentacji wyników badań wymaga z jego strony odporności na zakusy kolegów najczęściej nieświa-

domie narzucających swoją perspektywę badawczą. Obie metodyki, medyczna i społeczna, różnią się głównie sposobem podejścia do użyteczności naukowej badań społecznych, które w medycynie dość często uważane są za cenne, ale jedynie uzupełnienie badań fizykalnych.

Różnica między obiema metodologiami jest też widoczna w podejściu do statystyki. W naukach medycznych jest ona uważana za podstawowy, niejednokrotnie niezbędny element analizy badań. Dużo kontrowersji budzi wśród medyków metodologia badań jakościowych. Nierzadko jakościowe metody badawcze nie są doceniane w środowisku medycznym, a ich wykorzystanie i publikacja wyników budzi sporo wątpliwości. Różnice są widoczne również w sposobie układu publikacji naukowych, w których kolejność prezentacji poszczególnych elementów pracy jest odrębna. W pracach socjologicznych w pierwszej kolejności omawiane są podstawy teoretyczne problemu badawczego, następnie opisana jest część metodologiczna i wyniki pracy. Nie stosuje się m.in. części zwanej dyskusją, tak jak to się czyni w pracach medycznych, gdzie prezentowana jest konfrontacja otrzymanych wyników z dotychczasowymi osiągnięciami nauki. Brak tej fundamentalnej dla medyków części pracy w publikacjach socjologów czasami powoduje pytania o poprawność metodologiczną badań prowadzonych przez socjologów. Powoduje to również swoiste „zachęty” w kierunku przedstawicieli nauk społecznych do zmiany układu publikacji i nawet sposobu prowadzenia badań zgodnie z metodologią badań naukowych w obrębie medycyny.

Mając na uwadze nawet tylko te wybrane różnice, można spróbować wyobrazić sobie potencjalne problemy z tożsamością zawodową socjologów medycyny, którzy czasami w zespołach interdyscyplinarnych są jedynymi przedstawicielami nauk innych niż medyczne. Rozwojowi badań socjologicznych w obrębie medycyny nie sprzyja również podejście publicznych instytucji finansujących badania, które kładą nacisk na badania wdrożeniowe, mające szansę na komercjalizację. Mniejsze znaczenie przypisuje się badaniom tzw. podstawowym, do których w większości należą badania socjologiczne.

Jedną z najczęstszych aktywności zawodowych socjologów medycyny jest działalność dydaktyczna. Osoby zajmujące się socjologią medycyny są wykładowcami na różnych uczelniach wyższych. Zajmują się nauczaniem studentów medycyny, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego, fizjoterapii. Zajęcia z socjologii są najczęściej realizowane na I i II roku studiów, wtedy gdy studenci nie mają jeszcze możliwości praktycznego sprawdzenia zastosowania wiedzy socjologicznej, dlatego traktują ją jako teoretyczną (Doroszewska, 2013). Występuje jeszcze inna trudność związana z dydaktyką. Zajęcia na początku studiów to praca ze studentami bez specjalizacji, którzy powinni poznać różne tematy z zakresu socjologii. Nie wiadomo bowiem, jaką specjalizację wybiorą w przyszłości (Doroszewska, 2013). W procesie kształcenia na uczelniach medycznych pojawia się jeszcze inny problem. Studenci medycyny czy kierunków pokrewnych niejednokrotnie oczekują gotowych rozwiązań pomagających im budować właściwą relację z pacjentami, nierzadko nie uwzględniają faktu, że w pracy będą mieli kontakt z bardzo różnymi osobami, mającymi indywidualne

potrzeby. Ze względu na niewielką liczbę godzin dydaktycznych poświęcanych na zagadnienia socjologiczne dydaktycy są niejako zmuszeni do poruszania jedynie podstawowych zagadnień z zakresu *sociology in medicine*.

Kompetencje zawodowe socjologów medycyny często pokrywają się z kwalifikacjami edukatorów zdrowia. Wykonywanie tego drugiego zawodu jest możliwe po ukończeniu studiów na kierunku zdrowie publiczne o specjalności edukator zdrowia lub studiów pedagogicznych o podobnej specjalności (Rezner i in., 2013). Osoby wykonujące zawód edukatora zdrowia powinny mieć szeroką wiedzę z zakresu socjologii. Stanowiska te są zatem tworzone m.in. przy jednostkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, sanatoriach czy domach pomocy społecznej. W placówkach tych zadania edukacyjne mogłoby realizować m.in. właśnie socjologowie medycyny.

Socjologia jest dyscypliną naukową z silnym etosem dydaktycznym, zatem głos socjologów w debacie publicznej powinien być często słyszany. Nie inaczej jest w przypadku socjologów medycyny, którzy mogą brać udział w debatach na temat problemów związanych ze zdrowiem i chorobą. Ważnym tematem w sferze społecznej jest problem bezpieczeństwa w miejscu pracy oraz poszukiwanie odpowiedzi na pytania, dlaczego mimo licznych obostrzeń prawnych wciąż dochodzi do wypadków w pracy. Kwestia zachorowalności i diagnostyki nowotworów w Polsce jest również niezwykle aktualna. Oprócz samych rozwiązań w leczeniu onkologicznym kluczowe dla społeczeństwa jest funkcjonowanie całej ochrony zdrowia jako instytucji społecznej, jej zmian organizacyjnych i zasad funkcjonowania, również jej reguł nieformalnych. Przedmiotem dyskursu mogą być też liczne zmiany w uwarunkowaniach wykonywania zawodów medycznych i ich skutki nie tylko dla przedstawicieli tych zawodów, np. położnych, ale także dla całego społeczeństwa. Problematyka zagadnień, które mogłyby stać się przedmiotem publicznej debaty socjologów medycyny, jest bardzo rozległa. Ze względu na ograniczenia tego tekstu wymieniamy tu tylko przykładowe tematy.

Problemy z tożsamością zawodową socjologów medycyny

Mówiąc o tożsamości zawodowej socjologów medycyny, nie sposób pominąć związanych z nią dylematów. Kwestią, która nierzadko okazuje się niejasna, jest rozgraniczenie między absolwentem zdrowia publicznego a socjologiem medycyny. Zdrowie publiczne, niezależnie od definicji, wiąże się z koncepcją zdrowia jako wartości społecznej, wieloetiologicznej, za którą odpowiada nie tylko jednostka, ale także różne podmioty, w tym głównie jednostki publiczne (Opolski, 2011). Z kolei nowe zdrowie publiczne to koncepcja łącząca klasyczne zdrowie publiczne oraz współczesne osiągnięcia nauk mające zastosowanie w leczeniu, w tym medycynę kliniczną, ale również psychologię, socjologię, epidemiologię, demografię, ekonomię, zarządzanie (Opolski, 2011). Definicja nowego zdrowia publicznego

mówi zatem, że jest ono „nauką i kompleksowym postępowaniem zmierzającym do zachowania i umacniania zdrowia ludności w wymiarze makrospołecznym i lokalnym. Podstawą postępowania jest naukowe rozpoznanie zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowanie i organizowanie skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanych standardów zdrowia” (Wysocki, Miller, 2003). Społeczny kontekst zdrowia i choroby jest wspólnym polem dla zdrowia publicznego i socjologii. Trzeba przy tym zaznaczyć, że absolwenci zdrowia publicznego są kształceni na uczelniach medycznych, zatem ich edukacja jest prowadzona z medycznego punktu widzenia. Z kolei socjologowie medycyny to absolwenci uczelni humanistycznych, więc ich wykształcenie jest nacechowane bardziej społecznie od osób kończących studia na kierunku zdrowie publiczne. Mimo tej różnicy zdarza się, że przedstawiciele innych zawodów, takich jak lekarz czy pielęgniarka, mając do dyspozycji współpracę z socjologiem samodzielnie projektują i realizują badania ściśle socjologiczne. Zdarza się również, że przedstawiciele zawodów pokrewnych, takich jak pedagogika, psychologia, filozofia, zajmują się dydaktyką socjologii w uczelniach wyższych. Wskazuje to na brak zrozumienia dla odrębności socjologii jako dyscypliny naukowej.

Wspomniany już problem dążenia socjologów medycyny do zachowania odrębności badawczej w interdyscyplinarnych zespołach ma jeszcze jeden kontekst. Socjologowie nie zmagają się w pierwszej kolejności tylko z brakiem zachowania odrębności socjologii medycyny, ale przede wszystkim socjologii w ogóle. Sprawia to, że przedstawiciele tego zawodu mogą myśleć o socjologii medycyny jako mniej ważnym elemencie ich tożsamości zawodowej, a istotniejszy może być sam fakt bycia socjologiem. Zawód ten nie jest charakterystyczny dla konkretnego miejsca pracy i wiąże się najczęściej z pracą w szeroko rozumianych instytucjach medycznych, co zwiększa ryzyko zatracenia własnej tożsamości zawodowej socjologa, a w szczególności socjologa medycyny.

Charakteryzując uwarunkowania wykonywania zawodu socjologa medycyny, należy również wziąć pod uwagę instytucjonalne zaplecze. Ta subdyscyplina socjologii systematycznie rozwija się w ramach prac Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny. Regularnie organizowane są konferencje socjomedyczne czy grupy tematyczne w ramach zjazdów socjologicznych. Socjologowie medycyny często biorą też udział w konferencjach z zakresu innych subdyscyplin i przedstawiają prace poświęcone tematyce zdrowia i choroby. Każdego roku ukazuje się również kilka pozycji zwartych dotyczących omawianej problematyki. Jednym z ważniejszych elementów budujących odrębność dyscypliny jest ściśle dedykowane danej nauce lub jej gałęzi czasopismo skupiające środowisko naukowe. Wydaje się, że powstanie takiego czasopisma mogłoby przyczynić się do jeszcze większego rozwoju socjologii medycyny w Polsce oraz do integracji środowiska.

W kontekście opisanych tu wątpliwości może trudno mówić o tożsamości zawodowej socjologów medycyny, ale szansą na jej budowanie jest zachowanie odrębności metodologicznej i rozwijanie badań na gruncie socjologii medycyny — w oparciu o teorie socjologiczne i pojęcia wypracowane w tej dziedzinie.

Szansą są również badania społeczne na gruncie medycznym, uwzględniające punkt widzenia wszystkich stron biorących udział w procesie leczniczym — pacjentów, przedstawicieli służb medycznych czy instytucji. Jak najszersze pokazanie zalet tego typu badań, ich szerokiego zastosowania i użyteczności może być ważnym punktem w stałej edukacji środowisk medycznych w zakresie nauk społecznych.

Podsumowanie

Socjologia medycyny jest stosunkowo młodą i stale rozwijającą się subdyscypliną, której przedstawiciele mogą wykonywać prace związane z dydaktyką, badaniami czy zarządzaniem w obszarze zdrowia i choroby. Wykształcenie się tożsamości socjologów medycyny jest trudnym zadaniem, wynikającym często z konieczności bronięcia swojej odrębności badawczej. Wynika też z mylnie postrzeganych kwalifikacji socjologa medycyny jako zamiennych np. z kwalifikacjami absolwentów zdrowia publicznego. Można zatem powiedzieć, że obecnie trudno mówić w Polsce o wykrystalizowanej tożsamości zawodowej wszystkich socjologów zajmujących się zawodowo zdrowiem i chorobą. Budowaniu poczucia przynależności sprzyja systematyczny kontakt ze środowiskiem socjologów medycyny na przykład podczas konferencji, jednak prawdopodobnie nie wszyscy socjologowie zajmujący się tą tematyką biorą w nich systematyczny udział. Ścisłe zachowanie odrębności metodologicznej w swoich badaniach również pozwoliłoby na budowanie pozycji zawodowej socjologów medycyny w ich interdyscyplinarnym otoczeniu naukowym. Poza tym uwarunkowania zewnętrzne, takie jak szersze uwzględnianie czynników społecznych w badaniach medycznych czy bardziej zaawansowane finansowanie badań z grupy podstawowych, pozwoliłoby na wzmocnienie pozycji socjologii medycyny i tym samym wzmocnienie tożsamości jej przedstawicieli.

Literatura

- Blumer H., 1975: *Implikacje socjologiczne myśli George'a Herberta Meada* (1966). W: W. Derczyńska, A. Jasińska-Kania, J. Szacki, red.: *Elementy teorii socjologicznej. Materiały do dziejów socjologii zachodniej*. Warszawa: PWN.
- Doroszewska A., 2013: *Między teorią a praktyką — doświadczenia socjologa w instytucji medycznej*. W: W. Piątkowski, red.: *Zdrowie i choroba w badaniach socjologicznych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie w latach 1995—2013*. Lublin: Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
- Gałuszka M., 2003: *Społeczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*. Wrocław: Wydawnictwo WTN.

- Garfinkel H., 2006: *Racjonalne cechy działalności naukowej i potocznej*. W: A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski, red.: *Współczesne teorie socjologiczne*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Jasińska-Kania A., Nijakowski L.M., Szacki J., Ziółkowski M., red.: *Współczesne teorie socjologiczne*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Opolski J., 2011: *Zdrowie publiczne — geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnień*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP.
- Ostrowska A., 2004: *Polska socjologia medycyny na tle zachodniej*. W: W. Piątkowski, red.: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Ostrowska A., red., 2009: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Parsons T., 2009: *System społeczny*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos [wyd. 1: *The Social System* 1951].
- Piåtkowski W., 2008: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Piåtkowski W., red., 2004: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo: studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Piåtkowski W., Skrzypek M., 2012: *The Social Nature of Health and Illness — Evolution of Research Approaches in Polish Classical Medical Sociology*. „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, Vol. 19, No. 4, s. 821—835.
- Rezner A., Rezner W., Kosecka J., 2013: *Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce*. *Probl Hig Epidemiol*, 94(3), s. 407—412.
- Schütz A., 2006: *Potoczna i naukowa interpretacja ludzkiego zachowania*. W: A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski, red.: *Współczesne teorie socjologiczne*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Skrzypek M., 2012: *Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, T. 18, nr 4, s. 371—378.
- Słowska Z., 2000: hasło: *Zdrowie*. W: H. Domański, red.: *Encyklopedia socjologii*. T. 3. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Sokołowska M., 1986: *Socjologia medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Sokołowska M., 2009: *Socjologia medycyny*. W: A. Ostrowska, red.: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Straus R., 1957: *The Nature and Status of Medical Sociology*. “American Sociological Review”, No. 22.
- Wysocki M., Miller M., 2003: *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*. „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 57(3), s. 506—511.
- Ziółkowski M., 2006: *Interakcjonizm symboliczny i teorie interakcji. Wstęp*. W: A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski, red.: *Współczesne teorie socjologiczne*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.