

Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny

Michał Skrzypek^{1,2}

¹ Katedra Socjologii Grup Etnicznych i Społeczeństwa Obywatelskiego, Instytut Socjologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin

² Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Skrzypek M. Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 371-378.

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Socjologia medycyny jest pierwszą w pełni ukształtowaną dziedziną nauk społecznych, analizującą społeczne aspekty zdrowia, choroby i leczenia. Celem opracowania jest opisanie poznawczej tożsamości i przedmiotu badań tej dziedziny nauki, z uwzględnieniem zmian w perspektywie historycznej.

Skrócony opis stanu wiedzy. Socjologia medycyny rozwijała się w perspektywie historycznej w specyficznym, podwójnym układzie odniesienia, wyznaczanym z jednej strony przez socjologię ogólną, będącą jej zapleczem teoretycznym i metodologicznym, z drugiej przez medycynę, będącą przedmiotem badań socjologicznych, wskazującą ponadto praktyczne problemy, w których rozwiązywaniu niezbędny był udział ekspertów w zakresie socjologii.

Podsumowanie. Podwójny układ odniesienia socjologii medycyny ukształtował współczesną formułę pola badawczego tej dziedziny nauki. Obejmuje ono nurt aplikacyjny, bliski naukom lekarskim, uprawiany m.in. w formule nauczania przedmiotu na kierunkach medycznych i badań nad lekarskimi problemami o charakterze behawioralnym (*sociology in medicine*), a także nurt bliższy socjologii ogólnej, o nachyleniu krytycznym, w którego ramach analizuje się społeczne funkcje medycyny i jej formalnych instytucji (*sociology of medicine*). Współczesna socjologia medycyny podejmuje ponadto badania wykraczające poza wskazaną klasyfikację, dotyczące m.in. społecznych aspektów zdrowia, przewlekłego chorowania i doświadczenia choroby, ciała człowieka, leczenia niemedycznego i inne, których wyniki składają się zarówno na wiedzę o społeczeństwie (służą zatem socjologii), jak i znajdują zastosowanie w medycynie. Specyfika socjologicznego podejścia do wymienionych zagadnień polega na wskazywaniu ich osadzenia w szerokim kontekście socjokulturowym, z uwzględnieniem powiązań ze strukturą społeczeństwa.

Słowa kluczowe

socjologia medycyny, nauki społeczne, socjologia w medycynie, socjologia o medycynie

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Początki socjologii medycyny, subdyscypliny socjologicznej badającej społeczne aspekty zdrowia, choroby i leczenia, lokują się w amerykańskiej tradycji socjologicznej. 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. Zdefiniował on także przedmiot socjologii medycyny jako nauki badającej „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 [1, 2]. Jest to jedna z najstarszych koncepcji pola badań socjologii medycyny, której sformułowanie wyprzedziło moment formalnego wyłonienia się tej subdziedziny o ponad 50 lat [3].

Socjologia medycyny zaczęła zyskiwać stabilny status profesjonalny począwszy od roku 1950. Miały wówczas miejsce wydarzenia, które przyczyniły się do jej instytucjonalnej stabilizacji, także w tym okresie zaczęły się kształtować teoretyczne podstawy subdyscypliny. W tymże roku, w amerykańskim *Yale University* pod kierunkiem Augusta

B. Hollingsheada, podjęto prace nad pierwszym formalnym programem nauczania socjologii medycyny [1, 4], a rok później ukazało się dzieło amerykańskiego socjologa Talcotta Parsonsa pt. „System społeczny” (*The social system*), w którym dyskutował on z perspektywy socjologicznej kwestie dotyczące opieki medycznej, zdrowia i choroby, w celu zilustrowania tez strukturalnego funkcjonalizmu dotyczących funkcjonowania społeczeństwa. W ramach tej analizy sformułowane zostały pierwsze socjologiczne definicje zdrowia i choroby, które otworzyły możliwość podejmowania dalszych socjologicznych eksploracji tej problematyki [5, 6].

Celem niniejszego teoretycznego opracowania, napisanego przy wykorzystaniu metody analityczno-syntetycznej w oparciu o polską i anglosaską literaturę przedmiotową z zakresu socjologii medycyny, jest refleksja nad poznawczą tożsamością i przedmiotem badań socjologii medycyny w dwudziestym pierwszym stuleciu, ze zwróceniem szczególnej uwagi na zmiany w tym zakresie, które dokonały się w toku historycznego rozwoju subdyscypliny. Przedmiotem rozważań będzie specyficzny, „podwójny układ odniesienia” tej subdyscypliny socjologicznej, wyznaczany z jednej strony przez socjologię ogólną, z drugiej zaś przez medycynę. Problem ten był po raz pierwszy dyskutowany przez amerykańskiego socjologa medycyny Roberta Strausa, którego koncepcje stanowiąc będą zasadniczy punkt odniesienia analizy. Zamieszczenie opracowania o takim profilu w periodyku naukowym z zakresu nauk o zdrowiu służyć ma zapoznaniu przedstawicieli innych dyscyplin z tego obszaru nauki –

Adres do korespondencji: Michał Skrzypek, Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Szkolna 18, 20-124 Lublin
E-mail: msk@kul.lublin.pl

Nadesłano: 11 lipca 2012; zaakceptowano do druku: 6 października 2012



partnerów socjologów medycyny w interdyscyplinarnych badaniach nad zdrowiem, chorobą i leczeniem – ze specyfiką socjologii medycyny, wynikającą z jej historycznej tradycji. Ważną inspiracją do napisania tego tekstu było powołanie w ramach czasopisma „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” działu poświęconego problematyce socjomedycznej („Socjologia zdrowia”), w związku z czym zasadne stało się zaznajomienie czytelników pisma z wybranymi zagadnieniami dotyczącymi poznawczej tożsamości socjologii medycyny.

ROZWÓJ SOCJOMEDYCZNYCH KATEGORII ANALIZY W PERSPEKTYWIE HISTORYCZNEJ

Samuel W. Bloom odnotował, że socjologia medycyny jest „starą koncepcją, ale relatywnie młodą jako teren wysiłków badawczych” [1]. Uzasadniając pierwszą część zacytowanej tezy, autor ten wskazał badania zrealizowane w XIX wieku, traktowane jako pierwowzór współczesnych badań socjomedycznych. Zostały one przeprowadzone z jednej strony na terenie higieny społecznej – dziedziny macierzystej medycyny społecznej i zdrowia publicznego, z drugiej zaś w obszarze socjologii, która budowała wówczas swą naukową tożsamość. W pierwszym ze wskazanych obszarów lokują się badania zrealizowane w roku 1848 na Górnym Śląsku przez niemieckiego lekarza Rudolfa Virchowa, młodego wówczas docenta Uniwersytetu Berlińskiego, opisujące społeczny i polityczny kontekst toczącej się wówczas w tym rejonie epidemii duru plamistego [7, 8]. Badacz ten zastosował podejście kontekstualne do analizowanego problemu zdrowotnego, uwzględniające m.in. strukturę społeczną ówczesnego Górnego Śląska, sytuację polityczną *etc.* Badaniom Virchowa przyznaje się rolę prekursorską wobec socjomedycznych projektów badawczych dotyczących społecznych nierówności w zdrowiu (*social health inequalities*), które stanowią jeden z wiodących obszarów aktywności badawczej współczesnej socjologii medycyny [9]. Z kolei na terenie rodzącej się wówczas socjologii rolę pionierską względem późniejszych badań socjomedycznych odegrały badania francuskiego socjologa Emila Durkheima, dotyczące społecznej genezy samobójstwa, których wyniki zostały opublikowane w roku 1897 w dziele pt. *Le Suicide*. Ten wybitny francuski socjolog został uznany przez Magdaleny Sokołowską za „ojca socjologii medycyny”, ponieważ zrealizował analizę o profilu *de facto* socjomedycznym w okresie, gdy nie istniała jeszcze koncepcja tej subdziedziny socjologicznej [10]. Zwrócił uwagę na związek pomiędzy relacjami społecznymi a ryzykiem samobójstwa, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia integracji społecznej jednostki. Sposób podejścia do analizowanych problemów badawczych, zastosowany przez wymienionych badaczy, stał się punktem wyjścia dla szeregu socjomedycznych badań empirycznych, testujących koncepcję socjoetologii (społecznej genezy) zdrowia i choroby człowieka [11]. Oba projekty badawcze, zarówno medyczne badania Rudolfa Virchowa, jak i socjologiczne badania Emila Durkheima, wpłynęły zatem na strukturę pola badań socjologii medycyny, a także pośrednio zadecydowały o jej specyficznym charakterze jako dziedziny będącej swoistą „hybrydą intelektualną” (określenie Magdaleny Sokołowskiej), na której terenie przenikają się wpływy medycyny i socjologii. Ważny etap kształtowania się socjomedycznej problematyki badawczej wiąże się z amerykańskimi badaniami społecznymi na terenie psychiatrii (testującymi notabene intuicje Virchowa

i Durkheima), dotyczącymi znaczenia kontekstu społecznego dla zdrowia i psychicznego dobrostanu człowieka. Szereg analiz o takim profilu zrealizowano zarówno przed formalnym powstaniem socjologii medycyny (wskazmy tu na przykład przeprowadzone w latach 1921-1931 badania Roberta E.L. Farisa i H. Warrena Dunhama, dotyczące rozkładu zaburzeń psychicznych w mieście Chicago, w zależności od socjoekonomicznej specyfiki dzielnic miasta), jak i po roku 1950, uznawanym za początek istnienia nowej subdziedziny socjologicznej (przywołajmy tu np. zrealizowane w New Haven klasyczne badania socjologa Augusta B. Hollingsheada oraz psychiatry Fredericka C. Redlicha, opisujące związki położenia społecznego z występowaniem zaburzeń psychicznych i zachowaniami w chorobie) [1]. Wymienione programy badawcze, oraz inne o podobnym profilu, zbieżne były w konkluzji, że położenie w strukturze społecznej wiąże się z występowaniem zaburzeń psychicznych, a także sposobami reagowania na chorobę. Ich wyniki były ważną inspiracją dla formułowania szeregu hipotez dotyczących społecznej genezy także somatycznego zdrowia człowieka, zwłaszcza w odniesieniu do niezakaźnych chorób cywilizacyjnych, które w mechanizmie tzw. „przejścia epidemiologicznego” zdobyły od połowy dwudziestego stulecia dominację w strukturze przyczyn zgonów w społeczeństwach rozwiniętych krajów zachodnich. Należy podkreślić, że badania dotyczące społecznej genezy zdrowia i choroby są współcześnie realizowane w konwencji analitycznej badań nad społecznymi nierównościami w zdrowiu (*social health inequalities*), zwracającej uwagę na różnice stanu zdrowia i oczekiwanej długości życia pomiędzy grupami społecznymi, zależne od pozycji tych grup w strukturze społeczeństwa. Pozycja ta kształtuje behawioralne determinanty zdrowia (indywidualne zachowania zdrowotne), przesądzając o zakresie dostępnych dla jednostki opcji wyborów w sprawach zdrowia. Kwestie te są traktowane priorytetowo w polu badań współczesnej socjologii medycyny, nie wyczerpują jednak całości problematyki badawczej tej dziedziny nauki. Jak pamiętamy, już w jednym z najwcześniejszych ujęć pola badawczego subdyscypliny Charles McInitire zwrócił uwagę, że do zadań socjologa medycyny należy także analizowanie roli medycyny w społeczeństwie. Aktywność badawcza o takim profilu była podejmowana w całej historii subdyscypliny i także współcześnie ma wysoką rangę. Przedmiotem analiz w tym obszarze są m.in. paradygmatyczne założenia współczesnej medycyny (biomedyczny model zdrowia), ze zwróceniem uwagi na jego redukcjonizm, wyrażający się położeniem nacisku na biologiczny wymiar zdrowia i choroby, następnie funkcjonowanie formalnych instytucji medycznych, kwestie wpływu medycyny na życie społeczne (zagadnienie medykalizacji życia społecznego) i wiele innych. Wspólną cechą tego typu socjologicznych analiz „o medycynie” jest to, że socjolog przyjmuje w nich wobec medycyny pozycję krytycznego analityka i wskazuje różnorodne przejawy jej dysfunkcyjności, powodujące, że nieadekwatnie reaguje ona na społeczne potrzeby implikowane chorobą i chorowaniem. W tym nurcie analitycznym socjolog medycyny zwraca m.in. uwagę na przyczyny i przejawy tego, że profesjonalni medycy nieadekwatnie reagują na specyficzne ludzkie, niemedyczne potrzeby pacjentów (potrzeby afektywne, behawioralne), ujawniające się w kontekście choroby i chorowania, w tym szczególnie chorowania przewlekłego; w tego rodzaju analizach zajmuje zatem stanowisko personalistyczne i pełni rolę specyficznego „rzecznika” chorego jako osoby. Należy



podkreślić, że omawiany wątek badań socjomedycznych o nachyleniu krytyczno-demaskatorskim był rozwijany już w najwcześniejszym etapie rozwoju socjologii medycyny, który miał miejsce w USA po II wojnie światowej. Liczna grupa socjologów amerykańskich zaangażowała się wówczas w badania nad funkcjonowaniem instytucji medycznych oraz relacjami lekarz-pacjent, podjęła więc aktywność o nachyleniu krytycznym wobec medycyny (zgodną *notabene* z profilem badawczym socjologii jako nauki). To właśnie ci badacze jako pierwsi zaczęli określać się mianem „socjologów medycyny” [12]. Poszukując egzemplifikacji badań socjologicznych o nachyleniu krytyczno-demaskatorskim względem medycyny, realizowanych w formule „socjologia o medycynie”, wskazać należy przede wszystkim klasyczne badania amerykańskiego socjologa Ervinga Goffmana, dotyczące funkcjonowania amerykańskich stanowych szpitali psychiatrycznych. Badania te doprowadziły do sformułowania w roku 1961 koncepcji instytucji totalnej [13]. Na gruncie polskim pionierem socjologicznych badań, realizowanych w konwencji „o medycynie”, była Helena Csorba, która opisała funkcjonowanie krakowskiej kliniki internistycznej profesora Juliana Aleksandrowicza [14].

ROBERTA STRAUSA KONCEPCJA SOCJOLOGII MEDYCYNY JAKO DZIEDZINY „ROZPIĘTEJ” MIĘDZY MEDYCYNĄ A SOCJOLOGIĄ

Podjęcie na wczesnym etapie rozwoju socjologii medycyny badań „o medycynie”, a zarazem wykonywanie badań na zlecenie lekarzy, mających na celu rozwiązanie konkretnych problemów z praktyki medycznej, dotyczących na przykład roli czynników społecznych w genezie zdrowia i choroby (taki był profil wskazanych amerykańskich badań socjomedycznych na gruncie psychiatrii Farisa i Dunhama, a także Hollingsheada i Redlicha), rodziło niejasności co do wzajemnych relacji pomiędzy socjologią medycyny a medycyną. Była to dla amerykańskiego socjologa medycyny Roberta Strausa, pioniera nauk o zachowaniu w uczelni medycznej [15, 16], ważna inspiracja do podjęcia próby zdefiniowania specyfiki relacji pomiędzy obu dziedzinami nauki. Należy podkreślić, że mówimy o latach 50-tych XX stulecia, a więc o początkowym okresie istnienia socjologii medycyny, w którym medycyna była dla socjologii medycyny partnerem w badaniach nieporównanie silniejszym ekonomicznie i instytucjonalnie. W takim kontekście Robert Straus zapytał, jakie konsekwencje dla tożsamości nowej subdyscypliny socjologicznej ma to, że jej przedstawiciele pracują na rzecz instytucjonalnej medycyny (prowadząc badania, mające wspomagać efektywne świadczenie opieki medycznej, realizując dydaktykę na kierunkach medycznych etc.), a zarazem zajmują wobec niej stanowisko krytyczno-demaskatorskie (określenie za Antoniną Ostrowską) [17]. Poszukując odpowiedzi na to pytanie, Robert Straus wprowadził w roku 1955, w referacie wygłoszonym na forum *American Sociological Society*, a następnie w publikacji na łamach *American Sociological Review*, klasyfikację, w której wyróżnił bliższą socjologii ogólnej, nachyloną krytycznie „socjologię o medycynie” (*sociology of medicine*), a także zorientowaną aplikacyjnie, bliską naukom lekarskim „socjologię w medycynie” (*sociology in medicine*) [18]. Zatrzymajmy się nieco nad tym ujęciem pola badań socjologii medycyny. Socjomedyczna aktywność badawcza, określona jako „socjologia o medycynie”, w ujęciu

Strausa obejmuje badanie takich zagadnień jak „struktura organizacyjna, relacje ról, systemy wartości, rytuały i funkcje medycyny jako systemu zachowań” [18]. Straus podkreślił, że „ten typ aktywności [badawczej] może być najefektywniej realizowany przez badaczy występujących z pozycji niezależnych od formalnych instytucji medycznych” [18]. W tym nurcie mieszczą się zarówno socjologiczne badania profesji medycznych, jak i badania dotyczące struktury organizacyjnej systemu ochrony zdrowia. Prowadząc badania o takim profilu, „socjolog staje z boku i bada medycynę jako system zachowań” [18]. Z kolei nurt „socjologia w medycynie” obejmuje „badania zespołowe lub nauczanie, związane często z integracją koncepcji, technik i badaczy z wielu dyscyplin” [18], łączące badaczy reprezentujących obie dziedziny nauki. Podkreślimy, że Straus już w latach 50-tych poprzedniego stulecia sformułował, szeroko współcześnie akceptowaną, dyrektywę podejmowania na terenie nauk o zdrowiu wielospecjalistycznych badań w formule *team approach*.

Zauważmy, że w nurcie określonym jako „socjologia w medycynie” Robert Straus ulokował dydaktykę z zakresu socjologii medycyny, realizowaną na potrzeby instytucji medycznych, której celem jest umożliwienie personelowi medycznemu „zrozumienia [...] procesów behawioralnych związanych z ludzką reakcją na chorobę tak, by ułatwić bardziej efektywne i całościowe podejście do tego problemu” [18]. Podział Roberta Strausa można traktować jako streszczenie kierunków badawczych, rozwijanych we wczesnej fazie rozwoju socjologii medycyny, była to jednak przede wszystkim próba zdefiniowania relacji między socjologią medycyny a medycyną, będącą – paradoksalnie – nie tylko strategicznym partnerem nowej dziedziny wiedzy w badaniach naukowych, ale także przedmiotem realizowanych przez nią, nachylnych krytycznie badań empirycznych. Sumując tę cześć analizy dodajmy, że podział Roberta Strausa stał się na kilka kolejnych dziesięcioleci ważnym punktem odniesienia w definiowaniu naukowej tożsamości socjologów medycyny. Autor ten określił relacje młodej subdyscypliny socjologicznej z medycyną, dążąc do ochrony odrębności i specyfiki nowej dziedziny nauki.

GORDON HOROBINA KONCEPCJA „SOCJOLOGII Z MEDYCYNĄ”

Roberta Strausa koncepcja pola badawczego socjologii medycyny stopniowo traci na znaczeniu w kontekście współczesnych preferencji dla multidyscyplinarnych badań w obszarze zdrowia i choroby, obejmujących partnerską współpracę socjologów i profesjonalistów medycznych. 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”*) [19]. Propozycja ta została zaakceptowana przez wiodących przedstawicieli subdyscypliny, w tym przez Roberta Strausa [16], Michaela Bury’ego [20] i innych. W interpretacji J.M. Clair i wsp., model dwustronnych relacji socjologii i medycyny, ujęty w formule *sociology with medicine*, łączy oba moduły tradycyjnej dychotomii Roberta Strausa „*sociology of medicine*” / „*sociology in medicine*”, ma zatem wymiar integracyjny. Mieszczą się tu zarówno niezależne od medycyny badania nad zdrowiem, chorobą i leczeniem, ukierunkowane na budowanie i testowanie teorii socjologicznej



oraz powiększanie wiedzy o społeczeństwie, jak i badania mające na celu doskonalenie praktycznych rozwiązań w opiece medycznej [21]. Warto odnotować, że propozycja Gordona Horobina była przedmiotem pogłębionej refleksji samego Roberta Strausa, który odniósł się do niej z perspektywy osobistego doświadczenia zawodowego, zdobytego w związku z wieloletnim uprawianiem i propagowaniem socjologii w uczelni medycznej. Straus zauważył, że jego własna kariera naukowa w *College of Medicine, University of Kentucky* przebiegała zgodnie z formułą „socjologia z medycyną” [16]. W kontekście rozważań nad aktualnym statusem socjologii medycyny, będącej – jak stwierdza cytowany autor – subdyscypliną „poważaną i akceptowaną w obszarze zdrowia i medycyny”, Straus wyraził zdedywane przekonanie, że „efektywna współpraca pomiędzy socjologią i medycyną, niezależnie od jej formy i [realizowanych] celów, będzie się rozwijać [...]” i w ten sposób wsparł propozycję Gordona Horobina [16]. Coraz szersze upowszechnianie się formuły „socjologia z medycyną” [22], może być interpretowane jako następstwo uznania tego, że zdrowie, choroba i chorowanie to zjawiska wieloaspektowe, które powinny być przedmiotem badań realizowanych przez przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych, zarówno z obszaru nauk przyrodniczych, jak i humanistycznych [23]. Dyrektywy podejmowania wielospecjalistycznych badań nad tymi fenomenami są formułowane z tego względu, że całościowe i nieredukcjonistyczne ujęcia tych złożonych i wieloaspektowych fenomenów są niemożliwe w ramach wąskich ujęć monodyscyplinarnych [24]. Nowa formuła dwustronnych relacji socjologii medycyny z jej partnerem strategicznym – medycyną, stała się możliwa także z uwagi na instytucjonalną stabilizację subdyscypliny oraz jej merytoryczną „dojrzałość”, o której świadczy wypracowanie specyficznego i unikalnego wkładu do nauk o zdrowiu, polegającego m.in. na badaniu medycyny jako profesji, oferowaniu kontekstualnego podejścia w analizach genezy zdrowia i choroby, podejmowaniu w nurcie „o medycynie” analiz dotyczących funkcjonowania instytucji medycznych, opisywaniu zachowań społecznych „otaczających” chorobę, analizowaniu z perspektywy socjologicznej doświadczenia choroby, a także opisywaniu społecznej konstrukcji choroby i wiedzy medycznej [12]. Warto podkreślić, że socjologia medycyny jest w dwudziestym pierwszym stuleciu postrzegana jako jedna z największych i najdynamiczniej rozwijających się subdyscyplin socjologicznych [25].

TALCOTTA PARSONSA UJĘCIA ZDROWIA I CHOROBY I ICH KRYTYKA JAKO PUNKT WYJŚCIA DLA POSZERZENIA POLA BADAWCZEGO SOCJOLOGII MEDYCyny

Dynamiczny rozwój socjologii medycyny w drugiej połowie minionego stulecia nie byłby możliwy bez wkładu amerykańskiego socjologa Talcotta Parsonsa, który uczynił zdrowie, chorobę i praktykę medyczną uprawianymi polami badań socjologicznych [17]. Parsons był pierwszym socjologiem najwyższej rangi, który odniósł się wprost do zagadnień zdrowia i choroby. Dyskutował je z perspektywy socjologicznej w oparciu o teorię strukturalno-funkcjonalną w rozdziale X opublikowanego w roku 1951 dzieła pt. „System społeczny” (*The social system*) [5, 6]. Zatrzymajmy się nieco nad jego zawartością. T. Parsons, zgodnie z założeniami strukturalno-funkcjonalnej teorii społeczeństwa, opisujące

m.in. warunki sprawnego funkcjonowania systemu społecznego, zwrócił uwagę na negatywne, społeczne skutki choroby, polegające na tym, że uniemożliwia ona choremu wykonywanie zwyczajnych zadań społecznych i pełnienie ról społecznych. Parsons wyakcentował zatem funkcjonalny aspekt choroby, tworząc w ten sposób podwaliny dla funkcjonalnych wskaźników stanu zdrowia, które stały się ważnym dopełnieniem parametrów biomedycznych w praktyce klinicznej, a także weszły w skład narzędzi do pomiaru jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w medycynie i naukach społecznych (*health-related quality of life*). Przedmiotem zainteresowania tego wybitnego teoretyka socjologii był także funkcjonalny wymiar zdrowia, które przez analogię zostało zdefiniowane jako stan zdolności jednostki do optymalnego udziału w systemie społecznym. Wróćmy jednak do analizy pierwszej socjologicznej definicji choroby, zaproponowanej przez Talcotta Parsonsa. Zasugerował on, że w celu zapobiegania negatywnym skutkom choroby dla funkcjonowania społeczeństwa, kreuje ono specyficzną, tymczasową rolę społeczną – to jest rolę społeczną chorego (*the sick role*), przeznaczoną dla osób chorych. W jej ramach niezdolność chorego do zwyczajnego funkcjonowania zostaje usankcjonowana (jest to prerogatywa lekarza, medycyna pełni zatem w rozumieniu Parsonsa rolę instytucji kontroli społecznej), ale chory ma za to obowiązek dążyć do wyzdrowienia, nawiązując kontakt i podejmując współpracę z profesjonalistą medycznym. Rola społeczna chorego opisuje określoną sekwencję zachowań, uruchamianą wystąpieniem objawu chorobowego, która obejmuje zawieszenie dotychczasowych aktywności, kontakt z lekarzem, wejście w rolę pacjenta, a także podążanie za zaleceniami medycznego profesjonalisty. Co istotne, w ujęciu teorii strukturalno-funkcjonalnej o zachowaniach chorego decydują normy społeczne, wyuczone w procesie socjalizacji (Parsons twierdził, że roli społecznej chorego uczymy się w toku socjalizacji i „odgrywamy” ją, gdy zachorujemy). Sformułowana przez Parsonsa pierwsza socjologiczna definicja choroby jako specyficznej roli społecznej stała się przedmiotem krytyki, w której zwrócono m.in. uwagę, że definicja ta nie nadaje się do socjologicznego opisu szeregu problemów zdrowotnych, niemających konsekwencji funkcjonalnych (choroby lekkie, a także przewlekłe, z którymi można żyć i normalnie funkcjonować, przyjmując leki), a także, że nie pozwala na socjologiczny opis permanentnych problemów zdrowotnych (jak np. niepełnosprawność). Ważny wątek krytyki dotyczył także tego, że ujęcie Parsonsa ignoruje zróżnicowanie sposobów odgrywania roli chorego i zachowań w chorobie, zależne od oddziaływań społecznych i kulturowych, a także pomija interpretacje osoby chorej oraz znaczenia nadawane chorobie i chorowaniu. Krytyka Parsonsofskiej koncepcji zdrowia i choroby była związana z szerszym trendem odchodzenia od funkcjonalizmu w teorii socjologicznej, w którego ramach zwracano uwagę na inne uwarunkowania zachowań społecznych, związane nie tyle z normami społecznymi, co z podmiotowymi interpretacjami i sposobami rozumienia społecznej rzeczywistości. Trzeba podkreślić, że krytyka koncepcji Parsonsa znacząco zdynamiczowała poszukiwanie alternatywnych podstaw teoretycznych dla socjologii medycyny, inspirowując zwrócenie się tej dziedziny w kierunku socjologii humanistycznej. Przyczyniła się także do wyłonienia się współczesnych socjomedycznych kierunków badawczych, dotyczących np. zachowań w chorobie, doświadczenia choroby, leczenia niemedycegnego.



Te nowe obszary naukowej eksploracji socjologii medycyny ogniskują się wokół zagadnień, których analizie nie były możliwe przy zastosowaniu zorientowanej normatywnie propozycji teoretycznej Talcotta Parsonsa. Ich cechą wspólną jest zdecydowane przeniesienie akcentu z medycyny na laika („zwykłego człowieka”) i jego podmiotową aktywność w zdrowiu i chorobie (jak pamiętamy, opisana w koncepcji roli społecznej chorego sekwencja zachowań prowadziła do przekształcenia chorego w pacjenta – dlatego mówimy, że jest to koncepcja medykocentryczna). Współczesny socjolog medycyny jest zainteresowany aktywnością zarówno osoby zdrowej, która pragnie zachować i/lub wzmocnić zasoby swojego zdrowia (przedmiotem badań w ramach socjologii zdrowia są w związku z tym postawy wobec zdrowia i zachowania zdrowotne, a także ich socjokulturowy kontekst [26]), jak i aktywności osoby chorej, która interpretuje chorobę w nawiązaniu do dostępnych sobie zasobów społecznych i kulturowych i w oparciu o nadane chorobie znaczenia podejmuje, w kontekście życia codziennego, aktywne działania nakierowane na poradzenie sobie z chorobą i jej skutkami w sferze społecznej, tj. skutkami dotyczącymi osobowej tożsamości, biografii etc. [27, 28, 29]. Przedmiotem szczególnej uwagi współczesnych socjologów medycyny są wszelkie podmiotowe aktywności, podejmowane w zdrowiu i chorobie poza kontekstem instytucjonalnej medycyny, obejmujące m.in. samoopiekę i samoleczenie, a także wykorzystujące ofertę tzw. medycyny komplementarnej i alternatywnej (*complementary and alternative medicine, CAM*) etc. Dodajmy, że ostatnia z wymienionych kwestii była przedmiotem systematycznych badań zrealizowanych w lubelskim ośrodku socjomedycznym przez W. Piątkowskiego [30, 31].

Pisząc o reorientacji pola badań socjologii medycyny w kierunku ujęć skoncentrowanych na laiku, o charakterze niemedykocentrycznym, nie można pominąć wkładu amerykańskiego socjologa medycyny drugiej generacji Eliota Freidsona, który w szeregu publikacji rozwijał koncepcję społecznego tworzenia choroby, zwracając uwagę na laickie wpływy na sposoby reagowania na chorobę, w tym na wzorce poszukiwania pomocy medycznej. W oparciu o badania empiryczne, zrealizowane w nowojorskim Bronksie na przełomie lat 50-tych i 60-tych XX w., Eliot Freidson sformułował tezę, że o zachowaniach w chorobie przesądzają przede wszystkim zdarzenia zachodzące w ramach systemu laików (*lay system*), to znaczy w społecznym otoczeniu chorego, nie zaś – jak twierdził Talcott Parsons – zinternalizowane w procesie socjalizacji normy społeczne. Społeczne wpływy na zachowania w chorobie, a także procesy poszukiwania pomocy w chorobie, mające miejsce poza kontekstem instytucjonalnej medycyny (samoleczenie, leczenie niemedyczne etc.), Eliot Freidson ujął w ramach koncepcji ‘systemu odniesień laików’ (*lay referral system*) [32].

Prace Eliota Freidsona inspirowały budowanie nowych ujęć przedmiotu badań subdyscypliny, odwołujących się do alternatywnych wobec funkcjonalizmu podejść teoretycznych, mieszczących się w obszarze socjologii humanistycznej. Znacząco dowartościowują one „zwykłego człowieka”, stającą wobec wyzwania związanych z zachowaniem zdrowia i radzeniem sobie z chorobą (przesunięcie od medycyny do „laika” w zdrowiu i chorobie). Należy tu także podkreślić, że we współczesnej socjologii medycyny wyraźna jest komplementarna tendencja budowania niezależnych od medycyny sposobów rozumienia podstawowych pojęć, wokół których ogniskują się zainteresowania obu dziedzin. Jest to

szczególnie wyraźnie widoczne w odniesieniu do kategorii analitycznej „choroba” – socjologia medycyny posługuje się specyficzną terminologią, która zwraca uwagę na biomedyczny aspekt choroby (*disease*), a także jej aspekt socjokulturowy (*illness*). Choroba w obu tych wymiarach jest traktowana w socjologii medycyny jako fenomen ukształtowany społecznie i kulturowo, a w niektórych przypadkach nawet tworzony przez społeczeństwo – choroba w wymiarze i rozumieniu biomedycznym (*disease*) bywa bowiem efektem oddziaływania szeregu wpływów społecznych, inspirujących procesy medykalizacji życia społecznego, których efektem jest m.in. tworzenie nowych jednostek chorobowych. Wpływy socjokulturowe współkształtują także wymiar choroby określany terminem *illness*, dotyczący subiektywnego doświadczenia, m.in. w taki sposób, że społeczny i kulturowy kontekst życia jednostki wpływa na znaczenia nadawane chorobie (np. wiadomo w oparciu o wiedzę z zakresu socjologii doświadczenia choroby, że osoby stare nadają chorobie odmienne znaczenia niż osoby młode i nie traktują choroby w kategoriach wydarzenia zakłócającego – np. jako „biograficzne zakłócenie”, a raczej postrzegają chorobę w kategoriach zdarzenia prawdopodobnego i spodziewanego). Także zdrowie jest w socjologii medycyny definiowane w specyficzny sposób, zwracając uwagę na jego wymiar pozytywny (koncepcja „*positive health*”) i jest rozpatrywane w kategorii wielowymiarowego potencjału, umożliwiającego jednostce samorealizację i osiąganie cenionych wartości osobistych i społecznych. Budowanie i aplikowanie we współczesnej socjologii medycyny społecznych konceptualizacji fenomenów „choroba” oraz „zdrowie” jest niewątpliwie kontynuacją dorobku Talcotta Parsonsa, który jako pierwszy wskazał ich socjologiczne aspekty.

POLSKA TRADYCJA SOCJOLOGII MEDYCyny W KONTEKŚCIE EUROPEJSKIM, Z UWZGLĘDNIENIEM ROLI PROFESOR MAGDALENY SOKOŁOWSKIEJ

Polska tradycja socjologii medycyny jest ściśle związana z amerykańską tradycją subdyscypliny poprzez osobę profesor Magdaleny Sokołowskiej, pielęgniarki, lekarza i socjologa, absolwentki nowojorskiej *Columbia University School of Public Health*, która w toku swej naukowej kariery przeszła drogę charakterystyczną dla pokolenia twórców socjologii medycyny, prowadzącą od medycyny do socjologii [33]. Odnosząc się do tego faktu, M. Sokołowska pisała, że „we wczesnych latach 1960. nie było innej drogi do socjologii medycyny w Europie, zarówno wschodniej, jak i zachodniej, jak tylko poprzez medycynę” [33]. Zaistnienie i rozwój socjologii medycyny w kontekście nauki polskiej jest bez wątpienia dziełem i zasługą jednej osoby – właśnie Magdaleny Sokołowskiej [34]. W procesie tworzenia w Polsce socjologii medycyny jako odrębnej subdyscypliny socjologicznej kluczową rolę odegrało utworzenie przez Magdaleny Sokołowską, w roku 1965, Pracowni Socjologii Medycyny w Instytucie Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk [33]. Był to kluczowy element w procesie instytucjonalizacji subdyscypliny w Polsce. Specyfika przygotowania zawodowego Magdaleny Sokołowskiej wpłynęła na profil wczesnych, polskich badań socjomedycznych, które lokowały się przede wszystkim w nurcie określonym przez R. Strausa jako „socjologia w medycynie” [35]. Taki profil badań dominował również we wczesnej fazie rozwoju socjologii medycyny

w Wielkiej Brytanii [35], a w szerszej perspektywie był charakterystyczną cechą europejskich socjologii medycyny, które we wczesnym etapie swego rozwoju miały charakter przede wszystkim „stosowany” (an „*applied*” character) [36]. Zauważmy, że – biorąc pod uwagę kontekst europejski – rozwój i profesjonalna stabilizacja socjologii medycyny w Polsce dokonała się później niż w Niemczech i Wielkiej Brytanii, ale wcześniej niż np. w Belgii i we Francji. W Niemczech formalnym początkiem istnienia socjologii medycyny były obrady pierwszej konferencji poświęconej problematyce socjologii medycyny, która miała miejsce 30 czerwca 1958 roku w Uniwersytecie w Köln. Geneza socjologii medycyny w tym kraju, podobnie jak w Polsce, powiązana jest z tradycją amerykańską. Dokonało się to poprzez osobę Raya Ellinga, który przebywał w tym kraju na stypendium w roku akademickim 1957/58 w celu zintensyfikowania w Niemczech rozwoju socjologii medycyny. Badacz ten uczestniczył w organizacji wymienionej konferencji [35]. W Wielkiej Brytanii sekcja socjologii medycyny *British Sociological Association* powstała później niż w Polsce – jej pierwsze zebranie miało miejsce w roku 1969, chociaż socjologia medycyny była już wówczas w Wielkiej Brytanii silnie rozwinięta. Pod koniec lat 60. XX w. było w tym kraju aktywnych bowiem blisko stu socjologów medycyny [35]. W Belgii aż do roku 1968 socjologia medycyny nie zaistniała jako forma aktywności badawczej [35]. Z kolei we Francji pierwsze nawiązania do problematyki zdrowia i choroby w badaniach socjologicznych można wskazać w latach 60., jednak socjologia medycyny w tym kraju stała się widoczna po raz pierwszy dopiero w latach 70. XX wieku. Jednak nawet wówczas nie dokonała się w tym kraju instytucjonalizacja i pełna profesjonalizacja subdyscypliny [35].

Szczegółowe omawianie wkładu Magdaleny Sokołowskiej w rozwój polskiej socjologii medycyny wykracza poza ramy tego opracowania, zatrzymajmy się jednak przez moment nad tym aspektem jej dorobku, który wytyczył kierunki badawcze rozwijane na terenie współczesnej polskiej socjologii medycyny, zgodne *nota bene* ze wskazanymi powyżej trendami na terenie subdyscypliny uprawianej na zachodzie. W pismach Magdaleny Sokołowskiej, pisanych w końcowym okresie jej działalności naukowej, publikowanych już po jej śmierci (M. Sokołowska zmarła w roku 1989), odnotowany został trend zmian w polu badawczym socjologii medycyny, przebiegający w kierunku analizowania „subiektywnej rzeczywistości społecznej”, odnoszącej się do problematyki zdrowia i choroby człowieka [37]. Magdalena Sokołowska, podobnie jak czyniono to w zachodniej socjologii medycyny, w swych publikacjach wskazywała ograniczenia koncepcji roli społecznej chorego i sugerowała, że konieczne jest tworzenie nowych schematów analitycznych w socjologii medycyny, umożliwiających badanie „wiedzy zdroworozsądkowej, życia codziennego, [a także] przemian zachodzących w subiektywnej i obiektywnej rzeczywistości społecznej w zakresie spraw związanych ze zdrowiem i chorobą” [37]. W ten sposób wytyczyła kierunki przyszłych badań socjomedycznych w Polsce, realizowanych przez kolejne pokolenia polskich socjologów medycyny, zwracające uwagę na nieprofesjonalną, podmiotową perspektywę postrzegania, interpretacji i doświadczania zdrowia i choroby.

W opracowaniach naukowych, budujących naukową tożsamość socjologii medycyny na gruncie nauki polskiej, Magdalena Sokołowska wyraziła opinię, że jednym z podstawowych sposobów uprawiania subdyscypliny jest nauczanie

socjologii medycyny. Realizację dydaktyki socjomedycznej dla studentów kierunków medycznych M. Sokołowska uznawała za jedną z form praktycznych aplikacji dorobku socjologii medycyny [38]. Pionierskie działania w tym zakresie datują się na połowę lat 60. poprzedniego stulecia, gdy w polskich uczelniach medycznych po raz pierwszy wprowadzona została dydaktyka z zakresu socjologii z elementami socjomedycznymi [40]. Ważne wydarzenie stabilizujące obecność socjologii medycyny w programach kształcenia uczelni medycznych to utworzenie w roku 1969 akademickich studiów pielęgniarskich w lubelskiej Akademii Medycznej, w programie których mocną pozycję uzyskała dydaktyka w zakresie socjologii medycyny [40]. Niejako drugie „skrzydło” działalności dydaktycznej socjologów medycyny to nauczanie przedmiotu adresowane do studentów socjologii. Działalność dydaktyczną o takim profilu Magdalena Sokołowska traktowała jako „nieodłączną część uprawiania socjologii medycyny w Polsce” [38] i – dodajmy – była inicjatorką tej formy uprawiania socjologii medycyny jako wykładowca tego przedmiotu w Uniwersytecie Warszawskim w pierwszej połowie lat 70-tych XX w. Nauczanie socjologii medycyny, adresowane do studentów socjologii, jest obecnie realizowane, w kontekście lubelskiego ośrodka socjomedycznego, w UMCS oraz w KUL.

PODSUMOWANIE – W STRONĘ INTEGRACYJNEGO UJĘCIA POŁA BADAŃ SOCJOMEDYCZNYCH

Kończąc tę refleksję przypomnijmy, że socjologia medycyny jako dziedzina nauki wyłoniła się i funkcjonuje w specyficznym, podwójnym „układzie odniesienia”, wyznaczanym z jednej strony przez socjologię ogólną, która jest dla niej podstawowym zasobem teoretycznym i metodologicznym, z drugiej zaś przez medycynę, która jest dla socjologów medycyny źródłem inspiracji badawczych, przedmiotem badań (realizowanych w nurcie „o medycynie”), a także obszarem aplikacyjnym dla generowanej przez nich wiedzy (chodzi tu np. o promocję zdrowia, będącą narzędziem tzw. „nowego zdrowia publicznego”, na terenie której funkcjonuje socjologiczny aparat pojęciowy, gdzie wykorzystywana jest socjotechnika w celu zmiany zachowań o problematykę relacji lekarz-pacjent, a także inne obszary problemowe). Należy podkreślić, że chociaż odniesienia do socjologii ogólnej są podstawowym wyznacznikiem naukowej tożsamości socjologii medycyny (jest ona wszak częścią socjologii – nauki o społeczeństwie), to jednak na terenie subdyscypliny kładzie się niezmiennie silny nacisk na związek z medycyną, polegające m.in. na podejmowaniu wspólnych projektów badawczych oraz kształceniu przyszłych pracowników lecznictwa w zakresie socjologii medycyny w celu wyposażenia ich w elementarne kompetencje behawioralne. Egzemplifikacją takiego integracyjnego podejścia jest rodzima wizja pola badań subdyscypliny, zainicjowana i rozwijana przez Magdalenę Sokołowską, a także omawiana wyżej koncepcja „socjologii z medycyną” („*sociology with medicine*”) Gordona Horobina.

Współczesny socjolog medycyny porusza się w szerokim obszarze problemowym, zogniskowanym nie tylko wokół społecznych aspektów medycyny i praktyki medycznej, ale także zdrowia, choroby i ciała człowieka. Mamy zatem obecnie do czynienia z szeroką formułą pola badań subdyscypliny, co znajduje odzwierciedlenie w propozycjach jej

nazewnictwa. Zwróćmy tylko uwagę na terminologię zaproponowaną przez nestora polskiej socjologii medycyny Marka Latoszkę, który posłużył się terminem „socjologia choroby, zdrowia i medycyny”, obejmującym socjologię choroby, socjologię zdrowia oraz socjologię „o medycynie” [42]. Abstrahując od możliwych wariantów brzmienia tej propozycji terminologicznej, polegających np. na zmianach kolejności jej poszczególnych modułów albo pomijaniu niektórych elementów (np. socjologia zdrowia i choroby, socjologia zdrowia, socjologia zdrowia i medycyny etc.), wydaje się, że ujęcie to najpełniej oddaje rzeczywisty zakres zainteresowań badawczych omawianej dziedziny wiedzy. Termin „socjologia medycyny” (*medical sociology*) należy w tej sytuacji traktować jako skrót pełnej nazwy subdyscypliny, obejmujący obie wyodrębnione przez Roberta Strausa „socjologie medycyny”, a także socjologię zdrowia i socjologię choroby.

PIŚMIENNICTWO

- Bloom SW. The word as a scalpel. A history of medical sociology. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 11, 63-74, 165-166.
- Bloom SW. The institutionalization of medical sociology in the United States, 1920-1980. W: Bird CE, Conrad P, Fremont AM (red.). Handbook of medical sociology. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; 2000. p. 11-31.
- Sokołowska M. Rozwój i stan obecnej socjologii medycyny w Polsce. W: Kosiński S. (red.). Socjologia medycyny. Wybór tekstów. Lublin: AM i Międzyuczelniany Instytut Filozofii i Socjologii; 1978. p. 9.
- Mauksch HO, Day RA. Obecny stan nauczania socjologii medycyny w Stanach Zjednoczonych. W: Sokołowska M, Hołówska J, Ostrowska A (red.). Socjologia a zdrowie. Warszawa: PWN; 1976. p. 391-405.
- Parsons T. The social system. New York: The Free Press; 1966. p. 428-479.
- Parsons T. System społeczny. Tłum. Michała Kaczmarczyka. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS; 2009. p. 319-355.
- Pflanz M. Struktura społeczna a zdrowie: problemy nierozwiązane. W: Sokołowska M, Hołówska J, Ostrowska A (red.). Socjologia a zdrowie. Warszawa: PWN; 1976. p. 353-370.
- Firkowska-Mankiewicz A. Teorie przyczyn chorób. W: Ostrowska A (red.). Wstęp do socjologii medycyny. Warszawa: Wyd. IFiS PAN; 1990. p. 50-70.
- Pearlin LI. Structure and meaning in medical sociology. J Health Soc Beh. 1992; 33: 1-9.
- Sokołowska M. Socjologia medycyny. Warszawa: PZWL; 1986. p. 61-64.
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Soc Sci Med. 2000; 51: 844-857.
- Bird CE, Conrad P, Fremont AM. Medical sociology at the millennium. W: Bird CE, Conrad P, Fremont AM (red.). Handbook of medical sociology. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; 2000. p. 1-10.
- Goffman E. Charakterystyka instytucji totalnych. W: Jasińska-Kania A, Nijakowski LM, Szacki J, Ziółkowski M (wyb. i oprac.). Współczesne teorie socjologiczne. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar; 2006. p. 316-335.
- Csorba H. Szpital-pacjent. System społeczny kliniki internistycznej. Wrocław-Warszawa-Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1966.
- Straus R. Cele i funkcje Zakładu Nauk o Zachowaniu na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Kentucky. W: Sokołowska M, Hołówska J, Ostrowska A (red.). Socjologia a zdrowie. Warszawa: PWN; 1976. p. 407-414.
- Straus R. Medical sociology: a personal fifty year perspective. J Health Soc Beh. 1999; 40(2): 103-110.
- Ostrowska A. Komu potrzebna jest socjologia medycyny. Doświadczenia polskie i amerykańskie. W: Piątkowski W, Titkow A (red.). W stronę socjologii zdrowia. Lublin: Wyd. UMCS; 2002. p. 211-219.
- Straus R. The nature and status of medical sociology. Am Sociol Rev. 1957; 22(2): 200-204.
- Horobin G. Medical sociology in Britain: true confessions of an empiricist. Sociol Health Ill. 1985; 7(1): 94-107.
- Bury MR. Social constructionism and the development of medical sociology. Sociol Health Ill. 1986; 8(2): 137-169.
- Clair JM, Clark C, Hinote BP, Robinson CO, Wasserman JA. Developing, integrating, and perpetuating new ways of applying sociology to health, medicine, policy, and everyday life. Soc Sci Med. 2007; 64(1): 248-258.
- Piåtkowski W (red.). Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej. Warszawa: Wyd. IFiS PAN; 2010.
- Płonka-Syroka B, Skrzypek M (red.). Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych. Wrocław: Wyd. AM we Wrocławiu; 2010.
- Kessel F, Rosenfield PL, Anderson NB (red.). Expanding the boundaries of health and social science. Case studies in interdisciplinary innovation. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Nettleton S. The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press; 2006. p. 11.
- Piåtkowski W. W stronę socjologii zdrowia. W: Piåtkowski W, Titkow A (red.). W stronę socjologii zdrowia. Lublin: Wyd. UMCS; 2002. p. 15-58.
- Strauss AL, Glaser BG. Chronic illness and the quality of life. Saint Louis: The C.V. Mosby Company; 1975.
- Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. Sociol Health Ill. 1991; 13(4): 451-467.
- Skrzypek M. Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja. Lublin: Wyd. KUL; 2011.
- Piåtkowski W. Lecznictwo niemedyczne w Polsce – tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby. Lublin: Wyd. UMCS; 2008.
- Piåtkowski W. Beyond medicine. Non medical methods of treatment in Poland. Frankfurt am Main, Berlin, New York: Peter Lang Verlag; 2012.
- Freidson E. Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge. With a new afterword. Chicago: The University of Chicago Press; 1988. p. 288-297.
- Sokołowska M. My path to medical sociology. W: Elling RH, Sokołowska M (red.). Medical sociologists at work. New Brunswick, New Jersey: Transaction Books; 1978. p. 289-308.
- Piåtkowski W. Socjologia zdrowia, choroby i medycyny – refleksje na temat przedmiotu badań. Wkład Magdaleny Sokołowskiej. W: Popieliski K, Skrzypek M, Albińska E (red.). Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym. Lublin: Wyd. KUL; 2010. p. 195-212.
- Claus LM. The growth of a sociological discipline: on the development of medical sociology in Europe. Vol. 2: Case Studies. Leuven: Sociological Research Institute, K.U. Leuven; 1982.
- Claus LM. The growth of a sociological discipline: on the development of medical sociology in Europe. Vol. 1: The General Study. Leuven: Sociological Research Institute, K.U. Leuven; 1982.
- Sokołowska M. Socjologia medycyny. W: Krawczyk Z (red.). Socjologia polska. Warszawa: Uniwersytet Warszawski; 1990. p. 367-386.
- Sokołowska M. Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce. W: Sokołowska M, Hołówska J, Ostrowska A (red.). Socjologia a zdrowie. Warszawa: PWN; 1976. p. 309-338.
- Latoszek M. Wprowadzenie do sesji. W: Latoszek M (red.). Socjologia medycyny w uczelni. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskie; 1992. p. 7-11.
- Kosiński S. Socjologia w systemie akademickiego kształcenia pielęgniarzek. Z doświadczeń lubelskich (1969-1992). W: Latoszek M (red.). Socjologia medycyny w uczelni. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskie; 1992. p. 75-87.
- Piåtkowski W, Nowakowska L. Nauczanie socjologii medycyny w Polsce. Przeszłość – terażniejszość – przyszłość. W: Piåtkowski W, Płonka-Syroka B (red.). Socjologia i antropologia medycyny w działaniu. Wrocław: Wyd. Arboretum; 2008. p. 177-196.
- Latoszek M. Socjologia choroby, zdrowia i medycyny. Zarys problematyki. W: Krawczyk Z, Sowa KZ (red.). Socjologia w Polsce. Rzeszów: Wyd. WSP; 1998. p. 349-370.



Genesis and evolution of basic analytical categories of medical sociology

Abstract

Introduction: Medical sociology is the first fully developed branch of the social sciences which examines the social aspects of health, illness, and treatment.

Objective: To describe the cognitive identity and subject of research of this discipline, taking into consideration changes from a historical perspective.

Brief description of the state of knowledge: Medical sociology has developed in a historical perspective in a specific, double frame of reference, on the one hand defined by general sociology as the theoretical and methodological base of medical sociology, and on the other hand, by medicine as the subject of sociological investigations and, moreover, indicating practical problems, the solving of which require the participation of experts in sociology.

Conclusions: The double frame of reference of medical sociology has shaped the contemporary formula of the research field of this discipline. It covers an application trend closer to the medical sciences, pursued *inter alia* in the formula of teaching this subject as part of medical programmes, and in the formula of studies on behavioural medical problems (sociology in medicine), as well as a trend closer to general sociology with a critical leaning, within which social functions of medicine and functions of its formal institutions are analyzed (sociology of medicine). Moreover, contemporary medical sociology conducts research which goes beyond the foregoing classification, *inter alia* on the social aspects of health, being chronically ill and experiencing illness, on the human body, on non-medical healing systems, and other studies the results of which make up both the knowledge of society (therefore serving sociology), and can be applied in medicine. The specificity of the sociological approach to these problems consists in showing their immersion in a broad socio-cultural context, taking into account connections with the structure of society.

Key words

medical sociology, social sciences, sociology in medicine, sociology of medicine

