

Omówienie książki pt.: „Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby”

Review of the book: „Fundamentals of interdisciplinarity in health sciences. The cognitive identity of disciplines that study sociocultural dimension of health and illness”

KATARZYNA KOWAL

Zakład Socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Artykuł stanowi omówienie książki pod redakcją Michała Skrzyпка zatytułowanej: „Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby”, opublikowanej staraniem Wydawnictwa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w 2014 roku. Jego celem jest z jednej strony zaprezentowanie tożsamości poznawczej dyscyplin badających socjokulturowe aspekty zdrowia i choroby, a z drugiej pokazanie obszarów aktualnie istniejącej i potencjalnej współpracy między nimi. Tak sformułowane cele wyznaczają strukturę niniejszego artykułu. Po wprowadzeniu i sformułowaniu celu pracy, przedstawiono paradygmat nauk o zdrowiu reprezentowanych przez Autorów tekstów zawartych w omawianej monografii. Odrębny sposób przedstawienia tych dyscyplin, jakkolwiek mogący sugerować wzajemną izolację, ma świadczyć o unikalności każdej z nich, która nie wyklucza otwartości na intelektualny i naukowy dialog z przedstawicielami innych nauk o zdrowiu. Dlatego, w kolejnej części pracy starano się pokazać, w jakich aspektach poznania socjokulturowego wymiaru zdrowia i choroby przedstawiciele zaprezentowanych dyscyplin mogą czerpać wzajemnie ze swojego doświadczenia naukowego i badawczego. Interdyscyplinarna współpraca jest warunkiem, a wręcz gwarancją rozwoju każdej z tych dyscyplin. W refleksjach końcowych pracy wyeksponowano wartość dydaktyczną i naukową omawianej publikacji, po którą powinni sięgnąć nie tylko studenci, ale także badacze zainteresowani odkrywaniem nowych obszarów w naukowej eksploracji fenomenu zdrowia i choroby.

Słowa kluczowe: nauki o zdrowiu, interdyscyplinarność, socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby

The article is a review of the book edited by Michał Skrzypek, entitled “Fundamentals of Interdisciplinarity in Health Sciences. The Cognitive Identity of Disciplines That Study Sociocultural Dimension of Health and Illness”, published by the John Paul II Catholic University of Lublin (KUL) Publishing House in 2014. The aim of the article is, on one hand, to present the cognitive identity of disciplines studying sociocultural aspects of health and illness, and on the other hand, to show the areas of the currently existing and potential cooperation between those disciplines. Thus formulated aims determine the structure of this article. After an introduction and formulation of the article aim, a paradigm of health sciences represented by Authors of the articles included in the reviewed monograph has been described. Different ways of presentation of these disciplines, although it might suggest their mutual isolation, is to demonstrate a unique character of each of them, which does not preclude openness to an intellectual and scientific dialogue with representatives of other health sciences. Therefore, the following section of the article strives to show in what aspects of cognition of the sociocultural dimension of health and illness representatives of the discussed disciplines can draw on each other’s scientific and research experience. Interdisciplinary cooperation is a condition and even a guarantee of development of each of these disciplines. In the concluding reflections the didactic and scientific value of the discussed publication has been emphasized. The book is a valuable source of information not only for students, but also for researchers interested in discovering new areas in scientific exploration of the phenomenon of health and illness.

Key words: health sciences, interdisciplinarity, sociocultural dimension of health and illness

© Hygeia Public Health 2015, 50(2): 411-425

www.h-ph.pl

Nadesłano: 29.05.2015

Zakwalifikowano do druku: 03.06.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. hum. Katarzyna Kowal
Zakład Socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie
ul. D. Zbierskiego 2/4, 42-218 Częstochowa, Polska
tel. 34 378 32 08, fax 34 378 31 13, k.kowal@ajd.czest.pl

Wprowadzenie

Książka pod redakcją Michała Skrzyпка zatytułowana: „Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu”, o doprecyzowującym jej zakres treściowy podtytuł: „Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby” została wydana staraniem Wydawnictwa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w 2014 roku. Jako, że celem tej publikacji jest przedstawienie poznawczej tożsamości tych dyscyplin naukowych, które zajmują się szeroko rozumianą

problematyką zdrowia i choroby, znalazły się w niej teksty Autorów reprezentujących: socjologię zdrowia, socjologię choroby przewlekłej, socjologię leczenia niemedycznego, socjologię zawodów medycznych, socjologię ciała, sportu i turystyki, gerontologię społeczną, promocję zdrowia, psychologię zdrowia, pedagogikę zdrowia, antropologię medycyny klinicznej, bioetykę, politykę zdrowotną, filozofię zdrowia, nowe zdrowie publiczne oraz medycynę kliniczną. Tym, co łączy tych Autorów, będących przecież przedstawicielami różnych dziedzin nauki, jest socjokulturowy wymiar

zdrowia i choroby, do którego każdy z nich odwołuje się prezentując poznawczą tożsamość swojej dyscypliny.

Cel pracy

Celem niniejszego artykułu jest omówienie treści monografii, poprzez które zamierzam ukazać jej wartość naukową i dydaktyczną. Nie poprzestaną jednak wyłącznie na wytyczonymi rozważaniami Autorów przedstawieniu poszczególnych dyscyplin badających socjokulturowe aspekty zdrowia i choroby. Chcę też pokazać obszary aktualnej i przyszłej współpracy między nimi. Chcę zaznaczyć obecność dostrzeżonych przez Autorów związków pomiędzy omawianymi dyscyplinami, zwłaszcza tymi, które łączy wspólna kategoria analityczna. Zdrowie, choroba, ciało, system medyczny to tylko niektóre z tych kategorii, które pozwolą uchwycić punkty styczne prezentowanych dyscyplin. Uznałam, że taka formuła jest ciekawsza, niż nadanie mojej pracy postaci recenzji. Jestem przekonana, że w sposób niezwykle kompetentny dokonali jej powołani do tego Recenzenci w osobach prof. nadzw. UMCS dr hab. Doroty Turskiej oraz prof. nadzw. UM dr hab. Wojciecha Bieleckiego.

Poznawcza tożsamość nauk o zdrowiu

Część pierwsza omawianej monografii została poświęcona przedstawieniu kilku subdyscyplin socjologicznych, których przedstawiciele zajmują się socjokulturowym wymiarem zdrowia, choroby, leczenia i ciała człowieka. Otwierają ją artykuł Iwony Taranowicz zatytułowany po prostu: „Socjologia zdrowia”. Autorka przedstawia w nim poznawczą tożsamość tytułowej subdyscypliny socjologicznej. Praca składa się z sześciu powiązanych ze sobą części, w których bardzo wnikliwie scharakteryzowany zostaje zakres przedmiotowy socjologii zdrowia. Po wstępnych rozważaniach, w których I. Taranowicz podkreśla niemożność myślenia o zdrowiu bez uwzględnienia norm funkcjonowania społecznego, opisane są wzajemne relacje między socjologią i medycyną. Autorka czyni tutaj ważną konstatację, że tak jak u początków kształtowania się współpracy socjologii i medycyny, tak i w chwili obecnej „kierunki badań i zainteresowań socjologów zajmujących się problematyką zdrowia wyznaczają w przeważającym stopniu oczekiwania medycyny kierującej pod adresem socjologii pytania, na które medycyna, bazująca na naukach przyrodniczych, nie potrafi znaleźć odpowiedzi”. Za swego rodzaju pocieszenie możemy uznać konkluzję zawartą w końcowych passusach tej części artykułu. Zgodnie z jej sensem, nawet jeśli socjologowie zdrowia, choroby i medycyny przyjmują w swoich badaniach perspektywę medyczną, w nikłym tylko stopniu odwołując się do społecznych uwarunkowań badanych przez siebie zagadnień, to przecież sięgają w tym do teorii socjologicznych, dzięki którym ich problemy badawcze zyskują socjologiczną interpretację. Kolejna część tekstu poświęcona została samemu pojęciu zdrowia, którego zakres treściowy I. Taranowicz stara się ukazać odwołując się do koncepcji zdrowia obecnych w społecznej świadomości. I tak, w kontynuacji tych rozważań Autorka charakteryzuje zdrowie jako wartość cenioną społecznie, przy istotnym jednak zastrzeżeniu o „waloryzującym znaczeniu zdrowia”. Jako istotny obszar zainteresowań socjologii zdrowia

wskazywany jest system wiedzy i przekonań społecznych na temat zdrowia, któremu Autorka poświęca w całości następną część swojego tekstu. Mowa tutaj zarówno o naukowej medycynie, jak i systemach wiedzy niemających w niej oparcia, do których może sięgnąć jednostka czy to poszukująca rozwiązania swojego problemu zdrowotnego, czy to chcąca zmienić swój styl życia związany ze zdrowiem. Styl życia, o którym traktuje kolejna część tekstu, jest wskazywany przez Autorkę jako pojęcie kluczowe nie tylko w socjologii zdrowia, ale w ogóle w socjologii. Odnosząc się do badań prowadzonych na ten temat na gruncie socjologii zdrowia, I. Taranowicz dzieli się konkluzją, która dotyczy realizacji prozdrowotnego stylu życia. Jak bowiem wynika z badań realizowanych przez socjologów zdrowia, przejawiane współcześnie zachowania prozdrowotne nie sposób nazwać stylem życia z racji na to, że nie tworzą one zintegrowanej całości. Nie są systemem, nie wiążą się ze sobą, a zdarza się, że pozostają ze sobą w sprzeczności. Zwieńczeniem artykułu jest koncepcja salutogenezy Aarona Antonovsky'ego będąca – zgodnie z tym, co pisze Autorka – jedyną koncepcją zdrowia, której autorem jest socjolog.

W tekście Michała Skrzyпка został natomiast zaprezentowany socjologiczny model choroby przewlekłej. Można by rzec, że jego Autor występuje tu jako przedstawiciel tej subdyscypliny socjologicznej, która nazywana jest „socjologią doświadczenia choroby” (*sociology of illness experience*). W istocie, to właśnie omówieniu przedmiotu, metod oraz kategorii analitycznych tej subdyscypliny poświęcona jest pierwsza część tego artykułu. Tą kategorią, którą Autor wskazuje jako wiodącą w socjologii choroby przewlekłej, jest podmiotowa aktywność samego chorego. To właśnie dowartościowanie perspektywy osób chorych w tym podejściu badawczym zadecydowało o unikalnym wkładzie omawianej subdyscypliny socjologicznej do istniejącego już zasobu wiedzy o zdrowiu i chorobie. Nie wolno też zapominać o tym, że tłem dla analiz działań podejmowanych przez osoby przewlekle chore pozostaje tutaj szeroki kontekst społeczny i kulturowy. Celem pracy M. Skrzyпка – według Jego własnych słów – jest „wyszczególnienie i systematyzacja osiągnięć socjologii medycyny w obszarze analitycznym dotyczącym przewlekłego chorowania, ze zwróceniem szczególnej uwagi na kwestię społecznej konstrukcji fenomenu «choroba» w różnych socjomedycznych ujęciach teoretycznych”. I tak, do studiów nad chorobą przewlekłą Autor wykorzystuje dwa modele analityczne. Zgodnie z sensem pierwszego z nich, choroba traktowana jest jako rodzaj społecznej dewiacji. Model drugi natomiast opiera się na społecznym konstruowaniu choroby i chorowania. To właśnie przedstawienie wymienionych modeli choroby organizuje pracę Autora. W drugiej jej części M. Skrzypek prezentuje strukturalno-funkcjonalną koncepcję choroby Talcotta Parsonsa, poprzez rekonstrukcję której stara się przedstawić i ułatwić Czytelnikowi zrozumienie początków socjomedycznego myślenia o chorobie jako dewiacji. W części trzeciej tekstu Autor prezentuje już fenomen choroby ze zmienionej perspektywy, która akcentowała w jej konceptualizacjach obecność wpływów społecznych. To miejsce, w którym pojawiają się kolejne reinterpretacje Parsonowskiego rozumienia choroby jako dewiacji, przy czym akcent położony jest tutaj na społeczną konstrukcję

takiego jej ujęcia. Znajdziemy tu liczne odwołania do teoretyków podejścia interakcjonistycznego (w tym zwłaszcza teorii etykietowania), którzy genyzy choroby w jej socjologicznym rozumieniu (*illness*) nakazywali szukać w relacjach pomiędzy jednostką a społeczeństwem. W sposób niezwykle szczegółowy Autor dokonuje tutaj także przeglądu „aktorów społecznych” kreujących chorobę przy uwzględnieniu takich jej rodzajów jak choroby psychiczne, przewlekłe choroby somatyczne i niepełnosprawność. Część czwarta tekstu zatytułowana: „Społeczno-środowiskowe interpretacje genyzy dewiacji: w stronę aktywistyczno-negocjacyjnego modelu przewlekłego chorowania” zawiera omówienie założeń socjologii choroby przewlekłej według Anselma Straussa, Michaela Bury’ego oraz Kathy Charmaz. Tendencją wspólną dla wymienionych autorów jest podkreślanie podmiotowości chorego jako aktora społecznego kreującego doświadczenie przewlekłego chorowania. W ostatniej, piątej części swojej pracy M. Skrzypek wskazuje na te podejścia teoretyczne, które są uznane za alternatywne wobec klasycznego w socjologii choroby przewlekłej „paradygmatu społecznej dewiacji”. Choć ich pozycja nie wydaje się być jeszcze dostatecznie ugruntowana w tej subdyscyplinie, to – zdaniem Autora – może się to dokonać poprzez weryfikację ich też w podejmowanych badaniach.

Sensem artykułu Włodzimierza Piątkowskiego jest natomiast zarys procesu kształtowania się w Polsce podstaw naukowych socjologii leczenia niemedycznego. W pierwszych swoich słowach Autor przedstawia motywy, dla których problematyka leczenia niemedycznego stała się przedmiotem Jego systematycznych studiów empirycznych. Warto w tym miejscu również podkreślić, że inspiracji i zachęty do zajęcia się zagadnieniem leczenia niemedycznego dostarczyła Autorowi sama twórczyni polskiej socjologii medycyny – profesor Magdalena Sokołowska (1922-1989). Z lektury wstępnej części szkicu dowiadujemy się, jak wyglądały początki przypadającej na lata 1978-1981 naukowej aktywności W. Piątkowskiego, która polegała przede wszystkim na próbach zdefiniowania obszaru problemowego swoich przyszłych badań nad leczeniem niemedycznym. W tym czasie „inna medycyna” – jak nazywa ją sam Autor – nie była jeszcze przedmiotem badań naukowych w Polsce. Dlatego w tym miejscu należy zaakcentować niekwestionowany udział W. Piątkowskiego w tworzeniu fundamentów naukowych tej nowej wówczas orientacji badawczej. Choć każda prezentacja tematu, czy to na płaszczyźnie konferencyjnej, czy publikacyjnej umacniała intuicję Autora co do ważności podjętego tematu, po latach przyznaje: „nie zdawałem sobie wówczas sprawy ze znaczenia tego typu badań”. Z punktu widzenia opisywanej w pierwszej części pracy genyzy i początku badań nad „naturalnymi sposobami leczenia” – jak je wówczas nazywał Autor – niezwykle istotna okazuje się praca Juliana Aleksandrowicza zatytułowana: „Nie ma nieuleczalnie chorych” (1982). To w niej W. Piątkowski publikuje rozdział „W stronę unii medycyny naturalnej i naukowej” zawierający socjologiczną interpretację „naturalnych sposobów leczenia”, które ukazuje w kontekście przemian zachodzących zarówno w życiu społecznym, jak i samym systemie medycznym. Jako, że cała praca jest „symbolicznym protestem przeciwko tendencjom redukcjonistycznym we współ-

czesnych naukach lekarskich”, wpisując się w niego Autor diagnozuje liczne zjawiska kryzysowe w procesie leczenia, które obnażają dysfunkcjonalność wiedzy medycznej budowanej wyłącznie w oparciu o kryteria naukowego poznania. Pierwsze analizy problematyki leczenia niemedycznego, które znajdziemy w drugiej części tekstu W. Piątkowskiego, są pokłosiem badań prowadzonych w Polsce w latach 1979-1984. Ich prezentacji została poświęcona wydana w 1984 roku książka Autora zatytułowana: „Naturalne sposoby leczenia”, w której przedstawiono nie tylko zakres i sposoby korzystania z tytułowych terapii, ale również, co bardzo ważne, motywy ludzi odwołujących się do „medycyny alternatywnej”. Głównym wątkiem trzeciej części pracy jest kolejna książka W. Piątkowskiego pod tytułem: „Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku” (1988), która powstała z potrzeby ukazania zagadnienia w specyficznym polskim kontekście. Zakres treściowy tej publikacji, w tym przedstawienie w niej modelu teoretycznego oraz wyników pierwszych sondażowych badań socjologicznych przeprowadzonych przez Autora w latach 1983-1984, wskazuje na jej doniosłość z punktu widzenia naukowego wymiaru badań nad leczeniem niemedycznym. Jeszcze szerszą, bo europejską, perspektywę ewolucji leczenia niemedycznego zastosował Autor w następnej pracy zwartej własnego autorstwa zatytułowanej: „Spotkania z inną medycyną” (1990), która powstała w warunkach rosnącej popularności „medycyny alternatywnej”. O zawartości tej książki, na którą znów składa się kilka pionierskich wątków i zagadnień, dowiemy się z lektury czwartej części artykułu W. Piątkowskiego poświęconej leczeniu niemedycznemu w dobie transformacji ustrojowej. W piątej i szóstej części Autor przedstawia ostatni etap prac nad kształtowaniem się naukowej tożsamości socjologii leczenia niemedycznego, który przypada na lata 2008-2012. Wyznaczają go dwie ważne publikacje W. Piątkowskiego: „Lecznictwo niemedyczne w Polsce – tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby” (2008) oraz „Beyond Medicine: Non Medical Methods of Treatment in Poland” (2012). W obu publikacjach Autor dokonuje socjologicznej interpretacji tego fenomenu społecznego, jakim jest leczenie niemedyczne, w czym odwołuje się do zasobu wiedzy teoretycznej i języka socjologii oraz rzadko wykorzystywanej na gruncie socjologii zdrowia, choroby i medycyny strategii badań jakościowych. Artykuł wieńczy zakreślona przez Autora perspektywa przyszłych badań nad problemem leczenia niemedycznego. Uważna lektura tej części pracy W. Piątkowskiego upoważnia do sformułowania wniosku, że przyszłość socjologii leczenia niemedycznego i tematów podejmowanych w jej obszarze zależy w dużej mierze od tego, jaki ostatecznie kształt przyjmie relacja między medycyną naukową a tzw. „inną medycyną”.

Anita Majchrowska jest Autorką tekstu zatytułowanego: „Socjologia zawodów medycznych – historyczne inspiracje i perspektywy na przyszłość”. W jego pierwszej części Autorka przedstawia, jak wyglądały początki zainteresowania socjologów zawodami medycznymi, w czym daje się wyodrębnić wątek teoretyczny reprezentowany przez Talcotta Parsonsa i Elliota Freidsona oraz wątek badawczy realizowany przez Roberta Mertona. Szczególnie dużo miejsca przeznaczone zostało tutaj na socjologiczną analizę

roli zawodowej lekarza, a zwłaszcza zasad jej wykonywania. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że pierwsze studia, które pojawiły się jako rezultat badań nad zawodami medycznymi, a właściwie wyłącznie zawodem lekarza, powstały na gruncie socjologii amerykańskiej i brytyjskiej. W drugiej części artykułu poświęconej polskim inspiracjom badań nad zawodami medycznymi Autorka podejmuje się analizy zawartości publikacji z obszaru socjologii medycyny, które ukazały się od lat 60. do końca lat 80. ubiegłego stulecia. W tym czasie także w Polsce socjolodzy koncentrowali się w swoich badaniach przede wszystkim na zawodzie lekarza, co było poniekąd odpowiedzią na silnie akcentowaną potrzebę badań socjologicznych nad tą rolą zawodową zgłoszoną przez samo środowisko lekarskie. Co się natomiast tyczy współczesnych prac z obszaru socjologii medycyny, które są poświęcone zawodom medycznym, to dotyczą już one nie tylko zawodu lekarza, ale także pielęgniarstwa. Omówienie najważniejszych publikacji z zakresu tej tematyki Czytelnik znajdzie w trzeciej części tekstu A. Majchrowskiej. Wśród autorów najbardziej znaczących w tym obszarze problemowym prac należy wymienić Beatę Tobiasz-Adamczyk i Włodzimierza Piątkowskiego. Autorka czyni w tym miejscu konstatację dotyczącą braku w dorobku współczesnych polskich socjologów medycyny monografii, które zawierałyby opracowania poszczególnych zawodów medycznych. Fakt ten zdecydowanie osłabia naukową kondycję tej subdyscypliny socjologicznej, która nazywana jest socjologią zawodów medycznych. Opisując szeroko społeczno-ekonomiczne i systemowe uwarunkowania zmian w roli lekarza, Autorka dostrzega konieczność „zrewidowania socjologicznego spojrzenia na profesje funkcjonujące w obszarze ochrony zdrowia”. Formuluje nawet tezę o „kryzysie profesji lekarskiej”, jednocześnie zwracając uwagę na wzrost znaczenia takich zawodów medycznych jak fizjoterapeuta, ratownik medyczny czy farmaceuta. To właśnie wokół tego ostatniego zawodu koncentrują się rozważania A. Majchrowskiej skupione w czwartej części tekstu. Uznając zawód farmaceuty za na tyle interesujący poznawczo, by uczynić go przedmiotem studiów socjologicznych, Autorka charakteryzuje go w kontekście uwarunkowań społeczno-ekonomicznych istniejących w Polsce przed i po 1989 roku. Socjologiczna analiza wykonywania zawodu farmaceuty w realiach nie tylko rosnącego prestiżu tej profesji, ale też coraz większych oczekiwań kierowanych pod jego adresem ze strony społeczeństwa, prowadzi do wniosku o braku przygotowania współczesnych farmaceutów do wymuszonej tymi zmianami roli. Piąta, ostatnia część artykułu zawiera prezentację wybranych wątków badawczych socjologii instytucji medycznych. Tu znów Autorka dokonuje przeglądu publikacji zawierających socjologiczną analizę systemu medycznego. Oprócz pionierskich w tym względzie prac Talcotta Parsonsa, który wyznaczył niejako kierunek badań socjologicznych nad instytucjami medycznymi, znajdziemy tutaj również odwołania do książek polskich socjologów medycyny, a w szczególności Magdaleny Sokołowskiej. Całość poczynionych przez Autorkę rozważań upoważnia ją do zaakcentowania w ich „Podsumowaniu” konieczności zmian w obrębie zarówno instytucji, jak i zawodów medycznych.

Część pierwszą omawianej monografii zamyka artykuł Jana Szymczyka, w którym Autor omawia „Elementy

interdyscyplinarnej kooperacji socjologii ciała, sportu i turystyki”. W jego przedmowie, oprócz przedstawienia przedmiotu badań socjologii ciała, J. Szymczyk wskazuje na przemiany zachodzące we współczesnych rozwiniętych społeczeństwach, które koncentrują dyskurs socjologiczny wokół cielesności. Autor wyodrębnia tutaj tę perspektywę analityczną, zgodnie z którą ciało traktowane jest jako kapitał fizyczny i biologiczny. Jej rozwinięcie, z odwołaniem się do koncepcji Pierre’a Bourdieu, znajdziemy w pierwszej części artykułu. Wyjaśniając, co oznacza traktowanie ciała jako kapitału fizycznego, Autor porusza kwestię konwertowania tego kapitału jednostki w inne jego formy. Píše też o inwestycjach w ciało, których zakres i forma są uzależnione od zasobów kapitału materialnego i kulturowego. W rozważaniach Autora ciało jawi się tutaj jako „niedokończony byt” z wyeksponowanym w nim aspektem wizualnym, ale też element tożsamości, towar, źródło przyjemności, obiekt kultu i troski czy wreszcie rodzaj „majątku”, którym należy właściwie zarządzać. Ta niezwykle pojemna treściowo część pracy J. Szymczyka zawiera nie tylko omówienie przejawów traktowania ciała jako kapitału fizycznego, ale także ograniczenia z tego wynikające. Aktywności fizycznej rozumianej jako sport i turystyka poświęcona została druga część tekstu. Autor systematyzuje tutaj wiedzę na temat aktywności sportowej, przedstawia koncepcje wyjaśniające istotę sportu, omawia elementy składające się na jego strukturę oraz opisuje cechy sportu ze szczególnym uwzględnieniem jego polimorficzności. Wiele miejsca poświęca przedstawieniu wartości obecnych w sporcie, wyodrębniając takie ich rodzaje jak: wartości prospołeczne, wartości etyczno-moralne, wartości ekonomiczno-socjalne, wartości estetyczne czy też wreszcie wartości religijne. Co się tyczy aktywności turystycznej, która podobnie jak sportowa została ukazana przez Autora przy zastosowaniu perspektywy socjologicznej, to w jej omówieniu znajdziemy informacje dotyczące korzeni i źródeł współczesnej turystyki, jej cech, celów i motywów uprawiania. W dalszej lekturze tego tekstu natkniemy się na wnikliwy opis turystyki aktywnej jako tej, która w sposób szczególny jest związana z aktywnością fizyczną. Poznamy tutaj między innymi warunki i formy uprawiania aktywnej turystyki oraz rolę, jaką odgrywa ona w zglobalizowanym świecie. Ciału człowieka w relacji do turystyki sportowej i zdrowotnej poświęcona jest trzecia część artykułu J. Szymczyka. Zwłaszcza turystyka sportowa jest tutaj przedstawiana jako płaszczyzna, na której w sposób szczególny obecna jest idea ciała rozumianego jako kapitał biologiczny. Po omówieniu tych typów turystyki sportowej, które odnoszą się do jej formy aktywnej i pasywnej, Autor przedstawia różne wymiary współzależności sportu i turystyki. Mowa tutaj między innymi o teleologiczno-funkcyjnym, ekonomicznym i politycznym aspekcie tego związku. Kolejne wątki rozważań Autora dotyczą ekstremalności w aktywności sportowej i turystycznej oraz form realizacji prozdrowotnego stylu życia. J. Szymczyk podjął tutaj również próbę ustalenia zakresu pojęciowego sportu i turystyki. Wskazując na równoczesną wspólność i rozłączność tych dziedzin, pisze o ich kompatybilności, przestrzegając jednak przed utożsamianiem obu kategorii. Zwieńczeniem tekstu są „Uwagi końcowe”, z których jedna dotyczy dostrzeżonej przez Autora potrzeby pogłębionych

studiów nad związkami ludzkiej cielesności z aktywnością sportową i turystyczną.

Części drugiej monografii nadano tytuł: „Socjologia wobec szczególnych obszarów problemowych nauk o zdrowiu”. Otwiera ją tekst Małgorzaty Halickiej i Jerzego Halickiego, który został poświęcony omówieniu związków gerontologii społecznej z socjologią starzenia się i starości. Z krótkiego wprowadzenia dowiadujemy się, że rozważania Autorów koncentrować się będą wokół poznawczej tożsamości wskazanych dyscyplin, występujących w ich obrębie trendów teoretycznych i badawczych oraz perspektyw rozwoju gerontologii społecznej zwłaszcza w relacji do socjologii. W pierwszej części tekstu omówiono początki budowania naukowej tożsamości gerontologii społecznej na świecie. Oprócz ujęć definicyjnych gerontologii społecznej oraz wskazania obecnych w niej perspektyw Autorzy przedstawiają tutaj obszary tematyczne, wokół których koncentrują się zainteresowania badawcze gerontologów. W szczegółowym omówieniu głównych wątków badawczych znajdziemy tutaj odwołania do prac takich autorów jak Ernest W. Burgess, Milton L. Barron i Arnold M. Rose. Druga część artykułu M. Halickiej i J. Halickiego zawiera omówienie orientacji teoretycznych wykorzystywanych na gruncie socjologii starzenia się i starości. Według tego, o czym piszą Autorzy, gerontologia społeczna odegrała istotną rolę dla rozwoju socjologicznych teorii starości, wśród których wymieniana jest przede wszystkim teoria wycofania i teoria modernizacji. Opisując relację gerontologii społecznej i socjologii starości w jej warstwie teoretycznej Autorzy odwołują się również do teorii stratyfikacji wiekowej. Sporo miejsca przeznaczają też na charakterystykę procesu tworzenia społecznych teorii starzenia się. O instytucjonalizacji socjologii starzenia się, pomimo sygnalizowanych przez Autorów problemów z tym związanych, traktuje część trzecia artykułu. Przełomowy w tym względzie okazał się rok 1979, kiedy to w Amerykańskim Towarzystwie Socjologicznym została wyodrębniona „Sekcja Starzenia się”, której nazwę następnie zmieniono na „Sekcję Starzenia się i Biegu Życia”. W czwartej części tekstu Autorzy starali się pomieścić te treści, które opisują początki gerontologii społecznej w Polsce. W tym względzie zostały tutaj przywołane nazwiska wszystkich tych autorów, którzy bez względu na dyscyplinę naukową żywo interesowali się starzeniem się i starością. Oprócz demografów w osobach Stanisława Szulca i Edwarda Rosseta, którzy jako pierwsi zajęli się naukowo tymi problemami, Autorzy odwołują się tutaj do prac pionierów socjologicznej refleksji nad starością, do których zaliczają Henryka Stasiaka, Stefana Szostkiewicza, Zbigniewa Michałkiewicza i Halinę Najduchowską. Nie zagłębiając się w problematykę prac gerontologicznych o profilu socjologicznym warto wymienić choć nazwiska autorów najbardziej znaczących projektów badawczych, do których zalicza się przede wszystkim Wojciecha Pędicha, Leona Dyczewskiego i Jerzego Piotrowskiego. Wszyscy wymienieni autorzy w niekwestionowany sposób przyczynili się do ugruntowania naukowego statusu gerontologii społecznej, czego przejawem było między innymi powołanie w 1972 roku Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Lata 80-te i 90-te ubiegłego wieku oraz pierwsza dekada wieku XXI przyniosły kolejne publikacje o tematyce ge-

rontologicznej, których autorami byli polscy socjologowie. Obok nazwisk już wcześniej przywołanych warto wymienić tutaj: Andrzeja Tymowskiego, Krystynę Jagiełło, Stanisława Jałowieckiego, Aleksandra Lutyka, Brunona Synaka, Joannę Staręgę, Dyzmę Gałaję, Barbarę Tryfan, Adama Kurzynowskiego, Janusza Muchę, Łukasza Krzyżowskiego i Piotra Czekanowskiego. W ostatniej części tekstu Autorzy czynią starania związane z udzieleniem odpowiedzi na pytanie: „jaka jest wzajemna relacja socjologii starzenia się i starości oraz gerontologii społecznej?”. Odwołując się do koncepcji socjologii i jej społecznej roli jaką stworzył Michael Burawoy, Autorzy widzą w gerontologii model socjologii publicznej, choć nie do końca się z nią pokrywający, to jednak realizujący jej cele. W „Końcowych refleksjach” Autorów, oprócz przedstawienia miejsca gerontologii w obszarze nauk społecznych, znajdziemy konkluzję dotyczącą nikłego zainteresowania współczesnych socjologów badaniami nad starzeniem się i starością. Przywołując na jej poparcie kuriozalne przykłady Autorzy formułują swego rodzaju apel do socjologów, aby ci korzystali z dorobku i odkryć gerontologów społecznych.

Krzysztof Puchalski i Elżbieta Korzeniowska są Autorami kolejnego artykułu o szeroko sformułowanym tytule: „Promocja zdrowia w Polsce. Quo vadis?”. W pierwszych swoich słowach Autorzy podkreślają wieloraki status promocji zdrowia mając na uwadze trzy jej znaczenia: 1. promocję zdrowia jako ideologię społeczną; 2. promocję zdrowia jako dyscyplinę naukową; 3. promocję zdrowia jako obszar działań praktycznych. I choć ostatecznie Autorzy zdecydowali, że skoncentrują się na drugim z wymienionych ujęć promocji zdrowia, to czynią tak przy równoczesnym zaznaczeniu, że „trudno wyraźnie rozdzielić jej trzy wskazane obszary”. Zgodnie z tytułem pracy K. Puchalski i E. Korzeniowska ograniczają swoje rozważania do charakterystyki naukowego statusu promocji zdrowia w Polsce. W krótkim wprowadzeniu do artykułu, obok zapowiedzi tego czego możemy dowiedzieć się z jego treści, znajdziemy też wzmiankę dotyczącą relacji promocji zdrowia z socjologią, która – jak piszą Autorzy – „może odegrać w promocji zdrowia dużą rolę”. Pierwsza z wyodrębnionych w strukturze tekstu części została poświęcona omówieniu ideologii promocji zdrowia, która – zgodnie z poczynionym przez Autorów zastrzeżeniem – stanowi fundament zarówno promocji zdrowia traktowanej jako dyscyplina naukowa, jak i promocji zdrowia rozumianej jako praktyka społeczna. I tak, ideologię promocji zdrowia Autorzy pojmują jako „proces urzeczywistniania i rozwoju paradygmatu społeczno-środowiskowego w obszarze nauk o zdrowiu, a przede wszystkim w praktyce życia społecznego”. Podkreślając interdyscyplinarność stylu myślenia właściwego dla promocji zdrowia, K. Puchalski i E. Korzeniowska opisują jej zadania wynikające z tak pojmowanej ideologii. Szczególnie wyeksponowana zostaje tutaj rola promocji zdrowia jako szeroko rozumianego projektu politycznego. Uwagze Autorów nie umknęła również rola, jaka przypada specjalistom promocji zdrowia w działaniach mających na celu wspieranie, stymulowanie, wzmacnianie i zachęcanie wcześniej uświadomionych obywateli do podejmowania prozdrowotnych zachowań. W drugiej, najbardziej pojemnej treściowo, części tekstu Autorzy charakteryzują promocję zdrowia jako dyscyplinę

nauki. Sięgają do pierwszych przejawów obecności promocji zdrowia w polskiej nauce, które pozostawały w wyraźnym sprzężeniu z budzącym się właśnie transformacyjnym potencjałem ludzi świata nauki. Ta początkowa energia szybko jednak została utracona w zderzeniu z niechęcią do zmiany kierunku myślenia nie tylko ówczesnej władzy, ale także przedstawicieli systemu ochrony zdrowia czy wreszcie całego społeczeństwa. Autorzy zwracają także uwagę na słaby status akademicki promocji zdrowia, a także brak jej instytucjonalnego osadzenia jako odrębnej dyscypliny naukowej czy kierunku studiów. Nie mogła też zostać przemilczana kwestia publikacji z zakresu promocji zdrowia, w tym zwłaszcza o charakterze podręcznikowym, w których prawie całkowicie pominięty został pozaideologiczny, a ściślej rzecz ujmując praktyczny wymiar tej dziedziny. W kontekście publikacyjnym niekorzystnie przedstawia się też relacja promocji zdrowia z socjologią. Na ogół w podręcznikach socjologicznych kwestia zdrowia, nie wspominając już o jego promowaniu, pozostaje nieobecna. Powyższa uwaga dotyczy przede wszystkim podręczników socjologicznych polskich autorów. W toku dalszych rozważań tej części tekstu Autorzy opisują powiązania promocji zdrowia z tymi dyscyplinami, które wyznaczają kierunki jej rozwoju. Mowa tu przede wszystkim o naukach biomedycznych, ale także o naukach o wychowaniu, psychologii, zdrowiu publicznym i wreszcie socjologii. W przypadku tej ostatniej powiązania z promocją zdrowia są najbardziej czytelne i nie stwarzają problemów z ich identyfikacją. Rzecz uściślając, chodzi tu o socjologię analizującą promocję zdrowia jako taką. Obecny status promocji zdrowia określa z jednej strony nazbyt ogólnie sformułowana ideologia promocji zdrowia, a z drugiej wąski empiryzm badawczy. Oba nurty w nikłym natomiast stopniu nawiązują do praktycznego wymiaru działań promotorów zdrowia. W trzeciej, ostatniej części pracy Autorzy zastanawiają się „Co dalej z promocją zdrowia?”. W niełatwym zadaniu znalezienia odpowiedzi na to pytanie, uzależniają przyszłość omawianej dziedziny „m. in. od tego, czy naukowcy, którzy się z nią identyfikują, uświadomią sobie fakt, że aktualnie znajduje się ona w kryzysie”. Jako jeden ze sposobów na wyjście z niego K. Puchalski i E. Korzeniowska proponują opracowanie interdyscyplinarnego podręcznika promocji zdrowia, którego koncepcja powstałaby w konsekwencji dialogu przedstawicieli różnych dyscyplin świadomych kryzysowego stanu promocji zdrowia, a przy tym otwartych na transgresyjne przekraczanie granic stwarzanych przez własne dyscypliny.

Trzecią część monografii, którą zatytułowano: „Nauki społeczne wobec zdrowia i choroby”, otwiera praca autorstwa Jana Tylki. Tekst o szeroko brzmiącym tytule: „Psychologia w budowaniu zdrowia i przeciwdziałaniu chorobom” rozpoczyna się od przedstawienia tych koncepcji, które miały nas przybliżyć do zrozumienia złożonej natury człowieka. Autor sięga najpierw do poglądów mistrza antycznej filozofii – Arystotelesa, by następnie przyjrzeć się roli, jaką w tym poznaniu odegrała medycyna i psychologia. Rzecz jasna, to tej drugiej dyscyplinie Autor poświęci ostatecznie dalszą część swoich rozważań. „Osoba ludzka, dzięki rozwojowi psychologii, odsłaniała bogactwo swojej natury, ale również słabości i ogromną zależność od środowiska” – jak pisze J. Tylka. A skoro idealnym stanem funkcjonowania

człowieka miała być psychosomatyczna harmonia zdrowego ciała i zdrowego ducha, Autor dokonuje chronologicznego przeglądu koncepcji psychologicznych w odniesieniu właśnie do tego wzorca. I tak, najpierw ukazuje w tym kontekście słabości psychoanalizy Sigmunda Freuda. Następnie przygląda się psychologii humanistycznej i temu, w jaki sposób przedstawiali osobę ludzką reprezentujący ją: Henry A. Murray, Abraham Maslow, Gordon W. Allport i Carl Rogers. W dalszej części swoich rozważań Autor skupia się na teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury, by zaakcentować, że dla obranego przez jednostkę stylu życia podstawowe znaczenie mają w kontekście jej przystosowania uwarunkowania środowiskowe. To właśnie omówieniu tych uwarunkowań, które wyznaczają funkcjonowanie człowieka w społeczeństwach zachodnich cywilizacji, poświęca Autor kolejne akapity swojej pracy. A skoro tłem dla tych refleksji jest stan zdrowia społeczeństwa, przeczytamy tutaj o chorobach cywilizacyjnych, agresji wśród młodych ludzi, bioterroryzmie, czy takich kosztach zdrowotnych życia w kulturze Zachodu jak postępująca zachorowalność na choroby układu krążenia, choroby nowotworowe i depresję. Uznanie czynników psychicznych jako tych, które w znaczący sposób wpisują się w etiologię niektórych chorób, spowodowało zmiany w postrzeganiu roli, jaką miała odgrywać psychologia. Rolę tę zdefiniowano poprzez traktowanie psychologii jako dyscypliny pomocniczej dla medycyny, w tym zwłaszcza kardiologii. W tym miejscu dochodzimy do omówienia przez Autora raportu Marca Lalonda z 1974 roku, w którym wykazano, że zdrowie w najistotniejszy sposób uwarunkowane jest stylem życia człowieka. Teza ta wraz z przekonaniem o nieskuteczności systemu opieki zdrowotnej w poradzeniu sobie ze wszystkimi zagrożeniami zdrowotnymi, na jakie narażeni są ludzie w krajach rozwiniętych, zrodziła potrzebę podjęcia działań na rzecz promowania zachowań prozdrowotnych w społeczeństwie. Na tę właśnie potrzebę – według tego, o czym pisze Autor – miała między innymi odpowiedzieć psychologia zdrowia, która wyłoniła się jako subdyscyplina psychologiczna pod koniec lat 70. XX wieku. I tak, z dalszej lektury pracy J. Tylki Czytelnik dowie się, w jakich warunkach odbywał się rozwój psychologii zdrowia oraz jak zdefiniowane zostały jej zadania zarówno w wymiarze praktycznym, jak i naukowym. W tym kontekście Autor powołuje się na definicję psychologii zdrowia sformułowaną przez Josepha Matarazzę, uznanego za „ojca” tej subdyscypliny psychologii, który niezwykle szeroko zakreślił zakres jej funkcji. Miały one bowiem obejmować nie tylko promocję zdrowia i profilaktykę chorób, ale także udział w diagnozie i terapii problemów zdrowotnych przy równocześnie podejmowanych działaniach na rzecz udoskonalania systemu opieki zdrowotnej. Po tej rozbudowanej objętościowo, choć niemającej tytułu, części pracy, J. Tylka wyodrębnia w strukturze tekstu podrozdział zatytułowany: „Psychologia zdrowia wobec wyzwań cywilizacyjnych”. Znajdziemy w nim między innymi dane przedstawiające sytuację zdrowotną polskiego społeczeństwa. Ponury obraz jaki się z nich wyłania, sprawia, że Autor po raz kolejny już w swoim tekście akcentuje kwestię profilaktyki. Zaznacza jednocześnie nieodzowność wspierania w niej świata medycyny przez takie dyscypliny jak pedagogika, socjologia i nade wszystko psychologia

zdrowia. Na zakończenie tej części rozważań Autor poświęca jeszcze nieco uwagi psychologicznym czynnikom zagrożenia zdrowia, wśród których najpowszechniejszym pozostaje stres. Pracę J. Tylki wieńczy podrozdział poświęcony omówieniu roli, jaką psychologia, a ściślej psychologia zdrowia ma do odegrania w rehabilitacji. W tej niedługiej części pracy udało się Autorowi pomieścić omówienie kilku ważnych aspektów rehabilitacji chorego, takich jak na przykład obraz siebie, obraz świata i ludzi, zarządzanie własnym potencjałem psychicznym oraz posiadanym przez osobę rehabilitowaną czasem wolnym, budowanie pożądanej dla chorego filozofii życiowej, a także dbałość o sprawność psychofizyczną poprzez regularne ćwiczenia. W ostatnich wierszach artykułu J. Tylka nawiązując do słów Abrahama H. Masłowa pisze o zadaniu, jakie stoi przed współczesną psychologią zdrowia: „w każdej sytuacji życiowej odkrywać w osobie i dla osoby możliwość pozytywnego przewartościowania danej sytuacji. Nawet jeśli jest nią choroba”.

Andrzej Krawański jest Autorem kolejnego szkicu, który jak głosi jego tytuł, został poświęcony omówieniu socjokulturowego wymiaru pedagogiki zdrowia. Ten niezwykle uporządkowany i czytelny w swojej strukturze tekst zaczyna się od sformułowania problemu, którym chce zająć się Autor. Najogólniej rzecz ujmując, zamierzeniem Autora jest przedstawienie interakcji, jaka występuje między pedagogiką i socjologią zdrowia. Rzecz uściślając, celem artykułu jest pokazanie „w jaki sposób można wykorzystać – mniej lub bardziej efektywnie – (...) interakcje socjologii i pedagogiki w codziennej praktyce wychowawczej”. Druga z wyodrębnionych w tekście części zawiera omówienie poglądów na temat edukacji zdrowotnej, przy szczególnym uwzględnieniu jej społeczno-kulturowego kontekstu. Znajdziemy w niej wnikliwą charakterystykę trzech form edukacji zdrowotnej, o których stanowią: 1. tradycyjna edukacja zdrowotna przyjmująca postać jednoznacznie brzmiących nakazów i zakazów; 2. tradycyjna edukacja zdrowotna, której zasadniczym celem ma być upowszechnianie wiedzy medycznej; 3. edukacja zdrowotna rozumiana jako społeczny proces wychowawczy, którego realizacja odbywa się nie tylko w placówkach oświatowych, ale we wszystkich miejscach życia i pracy człowieka. W kolejnej, trzeciej już części pracy A. Krawańskiego Autor podejmuje krótką refleksję na temat rekonstrukcji osobowości człowieka jako celu pedagogiki zdrowia. Cel ten realizowany ma być kilkietapowo. „Stopniowa rekonstrukcja osobowości” – jak nazywa ją Autor – musi zacząć się od przekierowania uwagi człowieka na swoje własne ciało, o które powinien zacząć dbać, by utrzymać je w zdrowiu. Realizacja tego celu jest bardzo ważna, ponieważ w jego rezultacie perspektywa zdrowia staje się swego rodzaju układem odniesienia dla całokształtu życia człowieka. Musi to prowadzić do przewartościowania w obrębie dotychczas posiadanego systemu wartości, co z reguły pociąga za sobą zmiany zachowań i prezentowanych postaw, których utrwalenie prowadzi z kolei do ukształtowania się jakże z trudem wypracowywanych zdrowych nawyków. Aby dowiedzieć się, w jaki sposób może przebiegać proces wychowawczy, którego finalnym efektem byłaby realizacja zakreślonego wyżej celu, musimy oddać się lekturze czwartej części pracy A. Krawańskiego. Przeczytamy w niej o dwóch możliwych drogach oddzia-

ływania pedagoga w zakresie edukacji zdrowotnej. Najkrócej rzecz ujmując sprowadzają się one do dyrektywnie i niedyrektywnie zorientowanej pedagogiki zdrowia. Każdą z nich Autor opisuje poprzez charakterystykę przyjętej perspektywy myślenia i działania pedagoga zdrowia, roli jaką odgrywa w tych oddziaływaniach, wykorzystywanych przez niego metod oraz potencjalnych efektów obranej koncepcji edukacyjnej. Komentarz, jakim opatruje Autor działania podejmowane w ramach niedyrektywnej formuły edukacji zdrowotnej, opartej na doświadczaniu ucznia/klienta, bezsprzecznie wskazuje na lepsze efekty tego modelu w zakresie jego samorozwoju. Jak ujmuje to A. Krawański: „człowiek stopniowo zwiększa kontrolę nad potrzebami własnego ciała i zdrowia”. To właśnie potencjalnym efektem edukacyjnym rozumianym jako umiejętność życiowe nieodzowne do podtrzymania zdrowia i sprawności ciała poświęcona jest kolejna, piąta część tekstu. Tutaj również refleksja Autora ukazuje zderzenie tradycyjnie i nowocześnie pojmowanego procesu edukacji zdrowotnej. W szóstej i siódmej części pracy przeczytamy o najważniejszych umiejętnościach zdrowotnych, do których zalicza Autor umiejętności osobiste i umiejętności społeczne. Obie kategorie umiejętności łączy ich społeczno-kulturowy charakter. Unikając wnikliwego ich omawiania, które zainteresowany Czytelnik znajdzie w pracy A. Krawańskiego, pozostaną jedynie przy wymienieniu umiejętności zawartych przez Autora w jednej i drugiej kategorii. Do szerokiego spectrum umiejętności osobistych zaliczył Autor: „świadomość własnej wartości, pozytywne myślenie, budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby i własnego ciała, umiejętność podejmowania decyzji, stawiania sobie celów, umiejętność oceny własnych słabych i mocnych stron, umiejętność wypełniania potrzeb własnego ciała i zdrowia”. Jako najistotniejsze umiejętności społeczne wskazał natomiast Autor: „umiejętność pracy w zespole, umiejętność współdziałania, zdolność do kompromisu, rozwiązywanie konfliktów, negocjowanie, zrozumienie norm społecznych, tolerancję”. Wymienione umiejętności, które Autor obejmuje wspólną kategorią „umiejętności osobowych” są – w Jego opinii – warunkiem trwałości efektów oddziaływań edukacyjnych w obszarze promocji zdrowia. Wątek realizacji haseł promocji zdrowia stanowi płynne przejście do kolejnej części artykułu, w której Autor zastanawia się nad miejscem i rolą pedagogiki zdrowia właśnie w promocji zdrowia. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj wyróżnione przez Autora „podejście siedliskowe” w działaniach na rzecz promowania zdrowia, a ściślej jego „wbudowania” we wszystkie te miejsca, w których realizują się kontakty społeczne. Pracę kończy „Podsumowanie”, w którego słowach A. Krawański czyni ważną i – w mojej opinii – potrzebną konstatację dotyczącą pozostawienia człowiekowi zainteresowanemu utrzymaniem zdrowia autonomii wyboru, w jaki sposób chce to czynić. Droga wytyczona przez pedagogikę zdrowia w jej odniesieniach społeczno-kulturowych jest tylko jedną z wielu prowadzących do tego dróg.

Bożena Płonka-Syroka i Grzegorz Wiktorowski są Autorami kolejnej pracy, której tytuł w jego dosłownym przywołaniu brzmi: „Kształtowanie się standardu antropologii medycyny klinicznej w niemieckim i anglosaskim piśmiennictwie naukowym. Zarys zagadnienia”. Już

w pierwszych zdaniach „Wprowadzenia” do swojej pracy Autorzy przedstawiają definicję antropologii medycyny klinicznej jako „dział naukowej refleksji nad jednym ze specyficznych obszarów działalności medycznej, jakim jest medycyna europejskiego kręgu kulturowego, uprawiana od ok. 1750 r. w oficjalnych instytucjach akademickich i uniwersytetach w zasadniczo nowym w stosunku do poprzednich wieków standardzie metodologicznym”. Zaraz po tym z treści artykułu dowiemy się, na czym polega ów nowy standard metodologiczny w omawianej dyscyplinie, którego sensem najkrócej rzecz ujmując jest przypisanie uczonego jako indywidualnemu podmiotowi aktywnej roli w poznaniu naukowym mającym opierać się przede wszystkim na doświadczeniu i obserwacji. W toku dalszej lektury tej części pracy przeczytamy o tym, jak przebiegał proces poznawczy w tak pojmowanym standardzie metodologicznym nauk przyrodniczych oraz poznamy kolejne cechy, które miały go określać, np. kolegialny charakter weryfikacji hipotez naukowych. Co ważne, za fundament takiego poznania traktowano fizyczną koncepcję świata Izaaka Newtona. Kolejne akapity B. Płonka-Syroka i G. Wiktorowski poświęcają szczegółowemu opisowi tego, w jakich warunkach historycznych, politycznych, intelektualnych i światopoglądowych dokonywał się rozwój nowego programu europejskiej medycyny klinicznej. Mowa tutaj przede wszystkim o koncepcjach teoretycznych, z których czerpano wzorce do jego kształtowania oraz akademickiej recepcji tego nurtu. W pierwszej części pracy Autorzy koncentrują się natomiast na zagadnieniu kształtowania się programu badań nad antropologią medycyny klinicznej wewnątrz niemieckiej historiografii nauki. W rozważaniach nad tym procesem daje się wyodrębnić pięć ważnych okresów. Pierwszy wyznaczony jest przez ukazanie się podręczników z zakresu historii medycyny, których autorami byli wykładowcy przedmiotów klinicznych na wydziałach lekarskich europejskich uniwersytetów ujawniający na stronach swoich prac zainteresowanie problematyką antropologii medycyny klinicznej. W zależności od reprezentowanych przez nich postaw wobec standardu kliniczno-somatycznego w medycynie, różny był zakres treści dotyczących antropologicznych podstaw niemieckiej medycyny klinicznej, które znalazły się we wspomnianych pracach o podręcznikowym charakterze. Warto też wspomnieć o profesjonalnej narracji tych prac, których nie tylko autorzy, ale i odbiorcy byli lekarzami. „Był to – jak piszą B. Płonka-Syroka i G. Wiktorowski – ważny etap w kształtowaniu się badań nad standardem klinicznym w europejskiej medycynie akademickiej, ponieważ analizowanych przez autorów kwestii szczegółowych ze względu na ich związane z medycyną przygotowanie zawodowe, nie mogliby podjąć nieprofesjonaliści”. Tenże profesjonalny punkt widzenia doprowadził jednak do wyraźnego oddzielenia obszarów badań historii medycyny klinicznej od antropologii kultury. Drugi okres, który daje się wyodrębnić w toku kształtowania się programu badań nad antropologią medycyny klinicznej w europejskiej historiografii medycyny, przypadający od połowy XIX wieku do lat 70. XX stulecia, cechuje zatem zupełny brak odwołań do antropologii kulturowej. Okres trzeci interesującego nas procesu przypadający na przełom XIX i XX wieku odznaczał się dyskursem, w trakcie którego zwrócono

uwagę na potrzebę wypracowania nowych standardów historiografii medycyny mających odbiegać od pozytywistycznego modelu jej uprawiania. Kolejny, czwarty już okres kształtowania się nowego standardu badań nad historią medycyny klinicznej przypada na drugą połowę XX wieku i cechuje go – jak piszą Autorzy – „szeroka recepcja problematyki i metodologii wykorzystywanej także przez antropologów kultury”. Kluczową w tym rolę miała odegrać szkoła badań kulturowych (*Kulturgeschichte der Medizin*) na Uniwersytecie w Lipsku. Działalność skupionych wokół niej badaczy doprowadziła do trwałego osadzenia medycyny klinicznej w szerokim kontekście społeczno-kulturowym, w którym miała być odtąd badana. Stopniowe włączanie problematyki antropologicznej do obszaru badań niemieckiej historiografii medycyny wiązało się z dowartościowaniem udziału podmiotu w wytwarzaniu wiedzy medycznej. Nacisk na ten właśnie aspekt kładli niemieccy historycy medycyny przyjmujący w swoich badaniach nowe podejście metodologiczne zwane „metodologią konstruktywistyczną”. Piąty, bardzo znaczący okres opisywanego procesu antropologizowania się standardu niemieckiej historiografii medycyny przypada na lata 2000-2013, w których to problematyka antropologiczna wraz z metodami badawczymi wykorzystywanymi dotychczas na gruncie antropologii kulturowej stała się szeroko podejmowana przez historyków medycyny. „W niemieckiej historiografii medycyny – według tego, co piszą Autorzy omawianej pracy – problematyka antropologii medycyny klinicznej (...) nigdy nie przestała być przedmiotem zainteresowania”. Na dowód tego B. Płonka-Syroka i G. Wiktorowski w kilku ostatnich passusach tej części tekstu przedstawiają szczegółowo obszary tematyczne oraz zakres problemów badawczych antropologii medycyny klinicznej uprawianej w Niemczech. Druga część pracy B. Płonki-Syroki i G. Wiktorowskiego zawiera treści odnoszące się do kształtowania się programu badań nad antropologią medycyny klinicznej w amerykańskiej historiografii nauki. Jej lektura także pozwoliła mi na wyodrębnienie kilku etapów tego procesu. Pierwszy z nich przypadający na lata 1750-1800 to okres wyraźnej akceptacji europejskiego standardu somatyczno-klinicznego opartego na założeniach „medycznego oświecenia”. Wraz jednak z początkiem XIX wieku nastaje w USA etap rodzimego standardu medycyny, oznaczony tutaj jako etap drugi, który zostaje ukształtowany pod wpływem światopoglądu wyznawców protestantyzmu i posiada zdecydowanie antysomatyczny charakter. Kolejny, trzeci okres kształtowania się standardu antropologii medycyny klinicznej na uniwersytetach amerykańskich rozpoczyna się w drugiej połowie XIX wieku, kiedy to pojawia się nowy, zupełnie oryginalny i odbiegający od dwóch poprzednich nurt teoretyczny, którego sensem jest interpretacja relacji międzyludzkich w odwołaniu do założeń teorii ewolucji. Jak piszą Autorzy, miał on wynikać z „przekonania o wyższości nauki amerykańskiej nad całym dziedzictwem europejskim, z którego się niegdyś wyłoniła i które zdołała przezwyciężyć”. Czwarty etap określa obecność w pracach z zakresu historii medycyny klinicznej do końca lat 20. XX stulecia wszystkich trzech wskazanych wyżej nurtów, z których każdy przedstawiany był studentom medycyny jako posiadający rzetelne podstawy naukowe i w związku

z tym jedynie słuszny. Co się tyczy statusu historii medycyny to – polegając na słowach B. Płonki-Syroki i G. Wiktorowskiego – „była na amerykańskich uniwersytetach przedmiotem propedeutycznym i obok filozofii oraz etyki lekarskiej miała do odegrania ważną rolę w kształtowaniu światopoglądu lekarzy”. W dalszych akapitach tej części artykułu Autorzy przedstawiają, na czym polegały próby tych amerykańskich uczonych, którzy nie zgadzając się z zakreślonym wyżej statusem historii medycyny podejmowali się autorskiego określenia roli tej dziedziny nauki. Piąty etap kształtowania się standardu medycyny klinicznej w USA rozpoczyna się wraz z napływem do tego kraju uczonych z Europy, którzy po wybuchu II wojny światowej obawiali się represji ze strony nazistów. Do grona tych historyków medycyny, którzy wprowadzili do amerykańskiej historiografii medycyny najbardziej znaczące idee zaliczają się: Erwin H. Ackerknecht, Henry E. Sigerist oraz Owsei Temkin. Innowacyjność podejmowanych przez tych uczonych interpretacji dziejów medycyny klinicznej polegała przede wszystkim na osadzeniu ich w szerokim kontekście społeczno-kulturowym. Szósty, ostatni okres interesującego nas procesu rozpoczyna się wraz z teoretycznym przełomem w amerykańskiej historiografii medycyny, który dokonał się w latach 60. XX wieku. W jego konsekwencji historiografia medycyny zyskała w USA status dyscypliny historycznej, a w jej praktyce badawczej pojawiły się nowe kierunki i metody badań. W tym miejscu Autorzy pracy przedstawiają fazy analogicznego do tego, który opisano w kontekście europejskim procesu antropologizowania się standardu i zakresu tematycznego amerykańskiej historiografii medycyny. W końcowej lekturze tej części pracy Czytelnik ma szansę poznać autorów prac z obszaru amerykańskiej historiografii medycyny klinicznej, których wyróżnia przyjęcie społeczno-kulturowego i antropologicznego tła dla eksploracji podejmowanych tematów. Co się tyczy tych ostatnich, to i tu Autorzy nie pozostawiają niedosytu prezentując przegląd tematyczny amerykańskiego piśmiennictwa z obszaru historii medycyny klinicznej i w dodatku czynią to w porządku chronologicznym poczynawszy od lat 30. ubiegłego stulecia aż do czasów współczesnych. Pracę B. Płonki-Syroki i G. Wiktorowskiego zamyka „Podsumowanie”, w którym Autorzy starają się pokazać podobieństwo czynników, które zarówno w europejskim, jak i amerykańskim kręgu kulturowym doprowadziły do wyłonienia się nowego standardu antropologii medycyny klinicznej.

Praca Barbary Chyrowicz SSpS otwiera czwartą część monografii zatytułowaną: „Zdrowie, choroba i leczenie w refleksji filozoficzno-etycznej”. Tytuł samej pracy zawiera się w pytaniu: „Bioetyka: dyscyplina czy dyskurs?”. W istocie, już ze wstępnej części rozważań Autorki dowiadujemy się, że ona sama opowiada się za traktowaniem etyki jako odrębnej dyscypliny naukowej, nie zaś wyłącznie jako dyskursu. „Jeśli bioetyka ma być dyscypliną normatywną – jak argumentuje B. Chyrowicz – trudno opierać ją na samym tylko dyskursie – chyba, że uznamy, że stanowienie norm jest kwestią umowną, a o ich treści decydować ma pragmatyka”. To jednak bioetyczny dyskurs, a zwłaszcza jego interdyscyplinarny charakter, ustanawia Autorka przedmiotem swojej dalszej refleksji. W jej pierwszym wątku

Autorka przedstawia biomedyczo-humanistyczną genezę bioetyki. Znajdziemy tu prezentację filozoficznej i historycznej perspektywy powstania bioetyki oraz przegląd stanowisk na temat początków refleksji bioetycznej takich autorów jak Tod Chambers i Hugo Tristram Englehardt. Autorka przedstawia tutaj również sposoby rozumienia czym jest bioetyka Vana Rensselaera Pottera oraz Daniela Callahana jako tych autorów, którzy jako jedni z pierwszych podjęli próbę określenia jej statusu. A ponieważ ów status w dalszym ciągu pozostaje przedmiotem dyskusji, ważnym i potrzebnym fragmentem tekstu jest ten, w którym B. Chyrowicz przedstawia relację między bioetyką a etyką medyczną uznawaną za subdyscyplinę tej pierwszej. Aby dopełnić statusu bioetyki Autorka przedstawia tę dyscyplinę również jako „dziedzinę etyki stosowanej”, której przedmiot zainteresowania miałby ograniczać się jednak wyłącznie do „ludzkiego świata”. Autorka pokazuje też, w jakich obszarach zakresy problemowe bioetyki i etyki medycznej krzyżują się, równocześnie porządkując relacje między etyką medyczną i etyką lekarską, etyką lekarską i etyką kliniczną oraz etyką medyczną i filozofią medycyny. W drugiej części swojego tekstu B. Chyrowicz opisuje bioetykę jako nowy rodzaj dyskursu. Powołując się wszak na słowa Autorki „bioetyka «wyrosła» niejako z potrzeby społecznej debaty nad możliwymi zastosowaniami naukowych osiągnięć medycyny”. W takim ujęciu bioetyki Autorka wspiera się argumentacją Dianne N. Irving, która nie zgadzając się z traktowaniem bioetyki jako akademickiej dyscypliny naukowej przywołuje argumenty przemawiające za uznaniem jej za „rodzaj społecznego dyskursu”. Oczekiwanie, które dziś wiąże się z dyskursem bioetycznym, każe zwrócić się ku bioetyce globalnej, omówieniu której poświęcona jest trzecia część pracy B. Chyrowicz. Jako, że projekt bioetyki globalnej miałby opierać się na istnieniu uniwersalnych zasad bioetycznych, które w dodatku pozwalałyby na rozwiązywanie w drodze konsensusu konkretnych problemów moralnych, Autorka podejmuje się próby odpowiedzi na pytanie: „Czy taki konsens jest możliwy?”. Poddając wcześniejszej analizie realia, jakie towarzyszą powoływaniu komitetów etycznych, zwłaszcza w odniesieniu do poglądów filozoficznych członków w nich zasiadających, B. Chyrowicz formułuje konkluzję dotyczącą warunku, który jest nieodzowny do osiągnięcia wspomnianego konsensusu. Ma nim być „rozumienie istoty człowieczeństwa”, które powinno stanowić punkt wyjścia każdej z toczących się bioetycznych debat. W czwartej części omawianej pracy Autorka dokonuje przeglądu wszystkich tych dyscyplin, które uczestniczą w bioetycznym dyskursie. Najpierw sięga do fundamentów tego dyskursu, czyli biomedycyny, której osiągnięcia zadecydowały o wyłonieniu się bioetyki. Żadna z dostępnych współcześnie procedur medycznych nie może być poddana ocenie moralnej, jeśli wcześniej nie zostanie rzeczowo opisana. Wiedza z zakresu biologii, jakkolwiek nieodzowna do prowadzenia biomedycznego dyskursu, nie może być jednak – zdaniem Autorki – w swoim znaczeniu absolutyzowana. Jeśli tak by się stało, przed czym B. Chyrowicz stanowczo przestrzega, cały dyskurs nad praktycznym zastosowaniem współczesnych osiągnięć medycyny zostanie sprowadzony do zasady: „jeśli coś jest możliwe, jest zarazem dozwolone”. Bódcami wyzwalającymi bioetyczną refleksję,

od samego początku jej istnienia, są też regulacje prawne, które pojawiały się w następstwie opracowania innowacyjnych metod leczenia. To właśnie konieczność legislacyjnego uporządkowania warunków przeprowadzania określonych procedur medycznych pobudzało zwykle moralistów do podjęcia dyskusji nad kwestiami bioetycznymi, które się z nimi wiązały. B. Chyrowicz i w tym kontekście dostrzega ograniczenia i kontrowersje pojawiające się w sytuacji, gdy „prawo pozytywne staje się wyznacznikiem moralności w myśl zasady: co dozwolone prawnie, to moralnie usprawiedliwione”. Aby natomiast przesłedzić przesłanki teologiczne bioetycznego dyskursu musimy zwrócić się ku teologii moralnej, w której bioetyka się zawiera. Teolog uczestniczący w takim dyskursie będzie reprezentował stanowisko zgodne z doktryną moralną wyznawaną przez siebie religii. Co jednak, jeśli ta okazuje się niewystarczająca do rozwiązania dylematów moralnych związanych z jakimś współczesnym rodzajem ingerencji medycznych? „Teologowi – polegając na słowach Autorki – pozostaje zatem odwołać się do rozumu i doświadczenia, czyli ostatecznie do filozofii”. Wiedzę o normach potrzebnych do oceny moralnej różnego typu ingerencji biomedycznych w obrębie filozofii czerpie się natomiast z teorii etycznych i koncepcji wyjaśniających istotę człowieczeństwa. Bioetyka, co warto w tym miejscu zaakcentować, jest natomiast ze swej naukowej natury dyscypliną filozoficzną. W piątej części tekstu B. Chyrowicz zamykającej rozważania Autorki zawarta została ważna konstatacja dotycząca statusu bioetyki, którą można rozumieć jako dyskurs, co nie musi wykluczać uznania jej za dyscyplinę. I to właśnie wyjaśnieniu na czym polegać będzie „dyskurs prowadzony z punktu widzenia bioetyki jako dyscypliny” poświęciła Autorka ostatnie akapity swojej pracy.

Jan Mazur OSPPE omawia natomiast w swoim artykule etyczno-społeczne aspekty kontrowersji w polityce zdrowotnej. W części pierwszej artykułu, którą Autor opatrzył tytułem: „Rozważna troska o zdrowie”, znajdziemy najpierw wyjaśnienie tego, czym w ogóle jest polityka zdrowotna. Ustalając jej zakres pojęciowy, przedstawia definicję ochrony zdrowia, która zawiera się w ramach szeroko rozumianej polityki zdrowotnej. O polityce ochrony zdrowia J. Mazur pisze, że „zaliczana jest do najważniejszych polityk publicznych”, co pociąga za sobą próbę doprecyzowania relacji między polityką społeczną a polityką zdrowotną. Czyniąc to Autor uwzględnia zakres przedmiotowy obu polityk, praktyczne aspekty ich realizacji oraz wspólną dla nich płaszczyznę, jaką jest zdrowie. Sporo miejsca poświęca też omówieniu zadań polityki zdrowotnej, z których za najważniejsze uznaje promowanie zdrowia rozumianego jako „taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki może osiągnąć jednostka w najkorzystniejszych warunkach”. Podnosząc kwestię instytucji, które są powołane do realizacji celów i zadań polityki zdrowotnej, Autor poddaje ocenie system zabezpieczenia zdrowotnego polskiego społeczeństwa. „Sens prawa do zdrowia” jest tytułem i treścią drugiej części rozważań J. Mazura. Autor przedstawia w niej akty prawne wraz z bezpośrednim przywołaniem sformułowanego w nich prawa do ochrony zdrowia oraz wskazaniem podmiotów mających być odpowiedzialnymi za jego utrzymanie. Jako najważniejsze

w tym zakresie dokumenty Autor przywołuje: Powszechną Deklarację Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Europejską Kartę Społeczną oraz Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej. W wymiarze praktycznym pojawia się sygnalizowany przez J. Mazura problem z rozumieniem prawa do ochrony zdrowia jako prawa do zdrowia. Rozstrzygając ten problem na gruncie polityki zdrowotnej Autor przyporządkowuje „prawo do ochrony zdrowia” do grupy praw socjalnych, natomiast „prawo do zdrowia” określa jako wywodzące się z praw wolnościowych. „Na gruncie polityki zdrowotnej rozróżnienie pomiędzy prawami socjalnymi a prawami wolnościowymi – jak zaznacza Autor – jest bardzo istotne. Jego brak może okazać się uciążliwy społecznie, a nawet groźny dla człowieka”. Trzecia część pracy J. Mazura poświęcona została omówieniu indywidualistycznego paradygmatu zdrowia, jego głównych tez oraz zasad. Spośród tych ostatnich szczególne znaczenie przypisuje Autor zasadzie autonomii odnosząc ją do relacji lekarz – pacjent. I tu natkniemy się na autorską krytykę, której poddany został system ochrony zdrowia w Polsce. W ocenie J. Mazura, choć opiera się on na założeniach odnoszących się z szacunkiem dla godności osoby ludzkiej, to praktyka jego funkcjonowania zdominowana jest przez mentalność indywidualistyczną. W dalszej części swoich analiz Autor koncentruje się na głównych problemach polskiej polityki zdrowotnej, których rozwiązanie wymaga przede wszystkim odwołania się do aksjologicznych i moralnych uwarunkowań funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Aby nie pozostawać w swoich postulatami gołosłownym, Autor formułuje tutaj zasadę, od której w sposób priorytetowy zależy rozwiązanie w Polsce najbardziej istotnych problemów zdrowotnych. Oto jej dokładne brzmienie: „nie człowiek dla systemu zdrowia, ale system dla człowieka; nie człowiek dla polityki zdrowotnej, ale polityka dla człowieka; nie człowiek dla rynku farmaceutycznego, ale rynek (leki) dla człowieka”. Postulując zerwanie z indywidualistycznym paradygmatem zdrowia, jako alternatywę dla niego J. Mazur wskazuje personalizm chrześcijański. Kolejny postulat Autora został sformułowany w czwartej, ostatniej części omawianego tekstu, a dotyczy on racjonalnego uprawiania polityki zdrowotnej. Z jej lektury dowiemy się najpierw o zagrożeniach związanych z irracjonalną troską o zdrowie i takim samym świadczeniem usług zdrowotnych, z których najpoważniejszym okazuje się „niebezpieczeństwo dehumanizacji polityki zdrowotnej”. Zainteresowany tym wątkiem Czytelnik będzie też miał okazję poznać, co – w opinii Autora – kryje się za określeniem „racjonalizacji polityki zdrowotnej”. Przedstawioną tu listę celów operacyjnych polityki zdrowotnej J. Mazur zamyka konkluzją, że „im więcej w polityce zdrowotnej racjonalności, tym więcej zdrowia, którego doświadczają poszczególni członkowie społeczeństwa”. Zaprzeczeniem racjonalności w polityce zdrowotnej ma być natomiast jej ideologizowanie, przed czym Autor kilkakrotnie przestrzega. Odwołuje się przy tym do przykładów tych działań, które – w Jego opinii – nie mają nic wspólnego z troską o zdrowie, a zamiast „kulturze życia” służą „kulturze śmierci”.

Andrzej Kapusta jest Autorem kolejnej pracy zatytułowanej po prostu: „Filozofia zdrowia”. Jako, że Autor podejmuje się w niej omówienia zagadnień zdrowia i choroby

z perspektywy filozoficznej, Jego rozważania są osadzone w kontekście filozofii medycyny. W części pierwszej Autor podejmuje próbę filozoficznego wyjaśnienia tego, czym jest zdrowie. Nie znajdziemy tu jednak definicji zdrowia, jak można by się było spodziewać zważywszy na jej tytuł. Dyskursywne rozważania A. Kapusty koncentrują się tutaj głównie na przedstawieniu tego, na czym polega specyfika filozoficznej refleksji nad medycyną i kto powinien się nią zajmować. Rozstrzygnięcie tej ostatniej kwestii zależy od odpowiedzi na postawione przez Autora pytanie, „czy filozofia medycyny jest (...) częścią filozofii, czy też krytyczną częścią samej medycyny?”. Zasadniczym wątkiem tych rozważań jest jednak koncepcja filozofii medycyny, jaką proponują William Stempsey i James A. Marcum. Jej sensem ma być „analiza ontologicznych, epistemologicznych, aksjologicznych i etycznych modeli teorii i praktyki medycznej”. Tak rozumiana filozofia medycyny zmierza do określenia tego, co jest naturą samej medycyny. Część druga pracy A. Kapusty przyjmuje postać filozoficznej debaty wokół zdrowia i choroby. Do najważniejszych wątków tej debaty zalicza się samo definiowanie zdrowia oraz ustalenie relacji pojęcia zdrowia wobec takich pojęć jak choroba, dobrostan i szczęście. Przede wszystkim jednak Autor koncentruje się tutaj na praktycznym wymiarze definicji zdrowia i choroby, który przedstawia w odwołaniu do dwóch perspektyw: naturalistycznej i normatywistycznej. W sposób szczegółowy opisana została tutaj opisowa i wartościująca koncepcja zdrowia i choroby autorstwa Christophera Boorse’a oraz pozostająca do niej w pewnej opozycji holistyczna i definiująca zdrowie w kategoriach normatywnych koncepcja Lenarda Nordenfelta. W trzeciej części rozważań Autora poznamy alternatywne wobec wcześniej omówionych koncepcje zdrowia. Ich cechą jest próba zdefiniowania zdrowia w pespektywie wyznaczonej przez połączenie ze sobą ujęcia opisowego i normatywnego. W polemikę z Ch. Boorse’em i L. Nordfeltem wchodzi tutaj Kateryna Fedoryka, która zakłada w swoim podejściu „istnienie pewnego rodzaju niezmiennej ludzkiej natury, której aktualizacja jest pewnego rodzaju metafizycznym dobrem w dużym stopniu niezależnym od tego, co o tym myślą sami pacjenci i lekarze. Stan zdrowia nie jest czymś subiektywnym i względnym, lecz odzwierciedla obiektywną strukturę organizmu”. W podobnym tonie utrzymane są stanowiska kolejnych autorów – Jarosława Saka i Williama W. Stempseya określanymi przez A. Kapustę jako „zwoleńnicy umiarkowanego normatywizmu”. Autorem kolejnej alternatywnej koncepcji zdrowia jest Bill Fulford, który odrzuca metafizyczną perspektywę mówienia o zdrowiu. Posługując się natomiast perspektywą „pierwotnej indywidualnej i społecznej akceptacji wartości” utożsamia stan zdrowia ze sprawnością i skutecznością codziennego funkcjonowania jednostki. Ważną częścią analiz Fulforda jest przedstawienie różnic między chorobą psychiczną i somatyczną, w czym jednak autor daleki jest od ich ostrego przeciwstawiania sobie. Pozostaje jeszcze fenomenologiczna perspektywa zdrowia i choroby, w charakterystyce której A. Kapusta odwołuje się do poglądów Martina Heideggera i Fredrika Svenaeus’a. Istotą tej perspektywy jest definiowanie zdrowia i choroby poprzez odwołanie się do sposobu, w jaki podmiot doświadcza otaczający go świat oraz własną cielesność. Na

szczególną uwagę Czytelnika zasługują w tej części rozważań Autora takie wątki fenomenologiczno-egzystencjalnej perspektywy jak „poczucie obcości i niezadomowienia” chorego oraz przeżywanie przez niego własnego ciała (Leib). W „Podsumowaniu”, które zamyka tekst A. Kapusty, poza zebraniem jego treści, Autor formułuje ważną dla całości konstatację dotyczącą traktowania zdrowia jako istotnej wartości w życiu człowieka. Dostrzegając jego pierwotny charakter wobec wszystkich pozostałych wartości, nadużyciem nazywa traktowanie zdrowia jako wartości bezwzględnej, „albowiem w życiu ludzkim wszelkie wartości są zrelatywizowane do okoliczności i nie mogą być oddzielone od kontekstu ludzkiego życia”.

Piąta, ostatnia już część omawianej monografii zatytułowana jest: „Otwieranie się medycyny na nauki społeczne”. Pierwszy z dwóch tekstów, które udało się w niej pomieścić napisała Dorota Cianciara. Poświęcony on został ukazaniu nowego zdrowia publicznego z perspektywy ćwierćwiecza jego ewolucji. We „Wstępie” pracy Autorka bardzo jasno formułuje jej cel łącznie ze wskazaniem pytań, na które będzie starała się znaleźć odpowiedzi w toku poniższych rozważań. Ogólnie rzecz ujmując, zamiarem Autorki jest przedstawienie warunków, w jakich powstało i rozwija się nowe zdrowie publiczne, jego związków ze „starym” zdrowiem publicznym, a także jego aktualnego statusu w Polsce i na świecie. I tak, zasadnicza część artykułu D. Cianciary przybiera formę omówienia etapów kształtowania się nowego zdrowia publicznego, które wyznaczała ewokacja, eksploracja, proklamacja i eksplikacja nowego zdrowia publicznego. W części artykułu zatytułowanej: „Ewokacja”, oprócz klasycznej definicji zdrowia publicznego, znajdziemy wyjaśnienie idei nowego zdrowia publicznego, w którym Autorka odwołuje się do definicji zdrowia zawartych w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku oraz Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Przedstawienie historycznych uwarunkowań powstania nowego zdrowia publicznego nie mogło się odbyć bez wymienienia nazwisk jego prekursorów oraz wyjaśnienia genezy niezwykle ważnego w tym kontekście pojęcia „promowanie zdrowia”. Kolejna część artykułu D. Cianciary dotyczy eksploracji, która jako etap powstania nowego zdrowia publicznego zawierała w sobie uwarunkowania o charakterze politycznym, naukowym i społecznym. Do czynników tej pierwszej grupy miały się zaliczać tak istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego wydarzenia polityczne jak opublikowanie w 1974 roku Raportu Lalonde’a, przyjęcie w 1978 roku Deklaracji z Alma Aty oraz ogłoszenie w 1981 roku światowej strategii „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”. Co się tyczy uwarunkowań z obszaru wiedzy naukowej, to Autorka wymienia tutaj całą listę projektów, programów i konferencji, pokłosem których były wyniki, doświadczenia, a także inicjatywy ważne dla rozwoju idei nowego zdrowia publicznego. Wśród czynników o charakterze naukowym nie zabrakło też ustaleń teoretycznych, czy to w postaci konkretnych tez, czy też całych koncepcji teoretycznych (np. teoria salutogenezy A. Antonovsky’ego). I wreszcie trzecia grupa czynników eksploracyjnych, którą D. Cianciara nazywa „tłem społecznym”. Składają się na nie przede wszystkim działania będące następstwem upowszechnienia tez zawartych w Raporcie Lalonde’a, które polegały na tworzeniu nowych

ośrodków „oświaty zdrowotnej”. Szeroki kontekst społeczno-kulturowy, w którym rozwijała się idea nowego zdrowia publicznego, wyznaczały między innymi takie wydarzenia jak epidemia HIV/AIDS, wybuch w elektrowni w Czarnobylu czy wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia ludzkiego. Etap proklamacyjny kształtowania się nowego zdrowia publicznego, którego krótkie omówienie znajdzie Czytelnik w następnej części tekstu D. Cianciary, zawiera przedstawienie kilku faktów dokumentujących rozpoczęcie – jak nazywa to Autorka – „ery nowego zdrowia publicznego”. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj proklamacja w 1986 roku tzw. Karty Ottawskiej nt. Promocji Zdrowia, w której sformułowano pięć zaleceń nieodzownych do poprawy zdrowia. Polegając na słowach Autorki, przybrały one następujące brzmienie: „(a) stworzyć politykę prozdrowotną, (b) zmienić środowisko, (c) upodmiotowić społeczność, (d) wykształcić umiejętności, (e) zmienić sposób działania sektora zdrowotnego”. I wreszcie dochodzimy do etapu eksplikacji zawierającego w sobie te wszystkie ważne dla formowania się nowego zdrowia publicznego wydarzenia, które były wynikiem oddziaływania dyrektyw zawartych w Karcie Ottawskiej. Niewątpliwie po 1986 roku nastąpił rozwój promocji zdrowia i to zarówno w wymiarze teoretycznym, praktycznym, jak i instytucjonalnym. Uznanie promocji zdrowia za „integralny element systemu zdrowotnego” oraz „składową zdrowia publicznego” poprzedziło ostateczną legitymizację jej koncepcji i zespolenie promocji zdrowia ze zdrowiem publicznym. W kolejnej części swojej pracy D. Cianciara dokonuje przedstawienia koncepcji nowego zdrowia publicznego konfrontując ją z założeniami tradycyjnego zdrowia publicznego. „Nowe zdrowie publiczne – jak stwierdza Autorka – zostało zaproponowane jako kontynuacja «starego», a nie jego substytucja”. Jeśliby chcieć jednak najkrócej wskazać, co nowe zdrowie publiczne wniosło do dotychczasowej filozofii zdrowia publicznego, to niewątpliwie będzie to promocja zdrowia. I to właśnie promocji zdrowia na świecie i w Polsce poświęcone są dwie kolejne części wyodrębnione w strukturze tego artykułu. Autorka dokonuje w nich przeglądu działań w obszarze promocji zdrowia, zwłaszcza w kontekście ich zgodności z pięcioma postulatami sformułowanymi w Karcie Ottawskiej. Dokonując oceny tych działań wskazuje na najpoważniejsze słabości o charakterze systemowym, politycznym i ekonomicznym, które udaremniają skuteczne wdrażanie promocji zdrowia. Nie mogło też w tym miejscu zabraknąć refleksji Autorki nad przeszkodami natury endogennej. Co się tyczy promocji zdrowia w Polsce, to w przedstawieniu tego wątku D. Cianciara koncentruje się przede wszystkim na omówieniu najistotniejszych barier, które utrudniają realizację celów i wartości nowego zdrowia publicznego. Chodzi tu zwłaszcza o tę jego funkcję, która dotyczy promocji zdrowia w jego aspektach teoretycznych i praktycznych. Jak czytamy w „Podsumowaniu” pracy „stan promocji zdrowia w Polsce zarówno pod względem teorii, jak i praktyki jest niezadowolający. Oznacza to również słabość i niedorozwój całego zdrowia publicznego”.

Autorem ostatniego tekstu w omawianej monografii, przy silnym jednak zaakcentowaniu formuły *last but not least*, jest Marek Klocek. Praca zatytułowana: „Jakość życia w medycynie klinicznej – stan obecny i perspektywy”

zbudowana jest z czterech kompatybilnych względem siebie części. W części pierwszej jej Autor zajął się wyjaśnieniem tego, czym jest „jakość życia”? Analityczny przegląd ujęć definicyjnych tego pojęcia M. Klocek rozpoczyna od przywołania jego rozumienia psychologicznego i ekonomicznego. Z punktu widzenia tematyki pracy najistotniejsza okazuje się jednak definicja jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health-related quality of life – HRQoL*) właściwa dla medycyny klinicznej. Polegając na słowach Autora, który HRQoL nazywa „satisfakcją ze stanu zdrowia”, „dobre zdrowie jest wynikiem dobrostanu biologicznego, psychicznego i społecznego, a zaburzenie jednej z tych sfer życia (np. biologicznej), prowadzące do wystąpienia choroby, niesie z kolei określone konsekwencje dla innych wymiarów życia, np. społecznego”. Autor jest świadom, że istnienie wielu definicji „jakości życia” utrudnia jej pomiar, podobnie jak i zdaje sobie sprawę z tego, że istniejące koncepcje QoL spotykają się z zarzutami „subiektywności” i „niejednoznaczności”. I choć nie istnieje jedna uniwersalna koncepcja jakości życia, po którą mogliby sięgać badacze tego problemu reprezentujący różne dyscypliny, Autor nie uważa wysiłków ku temu zmierzających za całkowicie bezskuteczne. Jak pisze, „można dziś z pewnością przyjąć, że «jakość życia» jest konstruktem teoretycznym, meta-koncepcją, globalnym określeniem dla zespołu zmiennych występujących jednocześnie, wzajemnie oddziaływujących, które można skutecznie mierzyć i porównywać”. W drugiej części swojej pracy M. Klocek wskazuje, jakie są cele oceny jakości życia w medycynie klinicznej. Zanim jednak Autor skoncentruje się na tytułowym zagadnieniu, dokonuje szczegółowego omówienia różnych aspektów pomiaru jakości życia i związanych z nim problemów. Spośród wielości poruszanych w tym fragmencie tekstu wątków na uwagę zasługuje tutaj kwestia mierników stosowanych w pomiarze jakości życia oraz kierowanych pod ich adresem wymogów rzetelności i trafności. M. Klocek wyraźnie opowiada się po stronie „wielkości jakościowych” w ocenie jakości życia. Według słów Autora, mają się one bowiem odnosić do tych aspektów zdrowia, które „są najważniejsze i to one często decydują o tym, czy i jak chory stosuje się do zaleceń lekarskich”. Jeśli mielibyśmy tutaj odpowiedzieć krótko na pytanie o cel pomiaru jakości życia, to bez względu na to, o jakiej grupie chorych tutaj mówimy, staje się nim lepsze rozpoznanie i co za tym idzie zrozumienie ich potrzeb. Oczywiście głębszemu poznaniu podlegają też wszystkie te zjawiska, które występują w przebiegu procesu chorowania, co przekłada się na kliniczne postępowanie z chorym. Pozostałe cele oceny jakości życia, nie mniej ważne, odnoszą się do praktyki funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który może dzięki nim może stać się bardziej profesjonalny i zrjonalizowany w procesie leczenia, a przy tym jeszcze mocniej zwrócony na chorego. Trzecia część pracy M. Klocka skupia natomiast treści będące odpowiedzią na pytanie: „Co wiadomo o jakości życia osób chorych?”. Najpierw Autor koncentruje się na omówieniu najpopularniejszej metody badań nad jakością życia, którą jest standaryzowany kwestionariusz. Oprócz jego zalet i kryteriów, jakie powinien spełniać, Autor przedstawia tutaj podstawowe typy kwestionariuszy, do których zaliczane są: 1. kwestionariusze ogólne; 2. kwestionariusze specyficzne; 3. kwestionariusze mieszane. Sporo miejsca

zostało też przeznaczone na wyjaśnienie, jakie kategorie powinny być uwzględnione, aby ocena jakości życia pozostała kompletna. Niezwykle ważnym elementem tekstu jest zestawienie tabelaryczne, w którym Autor dokonuje porównania ocen użyteczności stanu zdrowia i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL) w wybranych sytuacjach zdrowotnych. M. Klocek zawiera tutaj także istotne konstatacje dotyczące determinantów jakości życia takich jak np. wiek czy wykształcenie. O samej roli, jaką badania jakości życia odgrywają w medycynie klinicznej pisze: „HRQoL jest ważnym parametrem rokowniczym, niezależnym od objawów choroby i stopnia jej zaawansowania”. Czwarta, ostatnia część omawianej pracy zawiera bardzo jasno wyartykułowane wyzwania, jakie stoją przed badaniami nad jakością życia w medycynie klinicznej. Autor nie ogranicza się tutaj wyłącznie do przedstawienia tego, na czym polega ułomność wielu badań prowadzonych w tym zakresie, ale udziela konkretnych wskazówek, w jaki sposób należy podnosić ich standardy naukowe i tym samym wartość kliniczną. Jednym z takich wyzwań, którego realizacja wymaga uprzedniej zmiany strategii badań nad jakością życia, jest „indywidualizacja jakości życia”. Takie podejście ma przynieść znaczące rezultaty w dotarciu do danych obrazujących „rzeczywiste problemy pacjenta, a nie statystyczne dane na temat ogólnej jakości życia w tej grupie chorych”. Pracę M. Klocka zamyka Jego refleksja nad barierami ograniczającymi rozwój prowadzonych w Polsce badań nad jakością życia.

Interdyscyplinarność nauk o zdrowiu

Socjologia zdrowia. Opisując formułowanie się zakresu przedmiotowego tej subdyscypliny, I. Taranowicz wskazuje na przynajmniej trzy dyscypliny, które w swoich obszarach zainteresowań pozostają styczne z socjologią zdrowia. Są to: medycyna, promocja zdrowia i polityka zdrowotna. Oczywiście niezaprzeczalne i na stałe wpisane w poznawczą tożsamość socjologii zdrowia są jej związki z socjologią ogólną, która dostarcza badaczom tej problematyki teoretycznej perspektywy interpretacyjnej. Przekłada się to oczywiście na sposoby konceptualizacji centralnej dla socjologów zdrowia kategorii analiz. Ich sensem będzie zawsze kontekstowy styl myślenia o zdrowiu, które ukazywane jest na tle szerokich uwarunkowań życia społecznego.

Socjologia choroby przewlekłej. Omawiając obszary problemowe oraz dokonania tej subdyscypliny M. Skrzypek prezentuje się jako zwolennik inter- i multidyscyplinarnych badań nad zdrowiem i chorobą. W sposób stanowczy opowiada się za odejściem od pozytywistycznego paradygmatu w badaniach nad chorobą i chorowaniem. Jako warunek dotarcia do jednostkowego doświadczenia choroby i ukazania go z perspektywy podmiotu, wskazuje rezygnację z koncentracji na medycznych i fizjologicznych aspektach chorowania.

Socjologia leczenia niemedycznego. Wątek interdyscyplinarności badań prowadzonych od wielu lat przez W. Piątkowskiego dotyczy związków socjologii leczenia niemedycznego z medycyną naukową. Mimo że projekty badawcze prowadzone przez Autora kończyły się niejednokrotnie konkluzją o dysfunkcyjności praktyk medycznych stosowanych w ramach uprawiania konwencjonalnej

medycyny, którą poddawani badaniom pacjenci postrzegali jako bezradną wobec ich problemów zdrowotnych, W. Piątkowskiemu właściwe jest „przekonanie, że takie projekty są realizowane «dla medycyny», a nie «przeciw niej»”. Badaniom prowadzonym przez Autora towarzyszy też podejście multidyscyplinarne, wszak prezentowane w Jego projektach badawczych koncepcje, oprócz oczywistych odwołań do socjologii ogólnej i socjologii medycyny, nawiązują do medycyny klinicznej, antropologii oraz historii medycyny.

Socjologia zawodów medycznych. Jako przedstawicielka tej subdyscypliny socjologicznej, którą na gruncie socjologii medycyny nazywamy socjologią zawodów medycznych, A. Majchrowska zwraca uwagę na jej nierozzerwalny związek z socjologią instytucji medycznych. Choć nie ma on wymiaru interdyscyplinarnego, wszak stale pozostajemy w obrębie socjologii, to ważne jest, że przedstawiciele obu subdyscyplin, z racji na ciągłe przenikanie się przedmiotów swoich badań, są zmuszeni do stałej współpracy, której skutkiem jest intensyfikacja rozwoju każdej z nich.

Socjologia ciała, sportu i turystyki. J. Szymczyk, odwołując się do kwestii współpracy pomiędzy omawianymi przez siebie subdyscyplinami socjologicznymi, zwraca uwagę na dość oczywistą styczność problematyki socjologii sportu i socjologii turystyki z socjologią ciała ludzkiego. Jako jej uwarunkowanie wskazuje integralność takich kategorii jak ruch, wysiłek, turystyka, rekreacja, wypoczynek oraz fizyczna, psychiczna i zdrowotna kondycja człowieka.

Gerontologia społeczna. Przedstawiając naukową tożsamość gerontologii społecznej M. Halicka i J. Halicki podkreślają wielodyscyplinarność tej dziedziny, która przejawia się w jej związkach z: biologią, medycyną, psychiatrią, farmakologią, socjologią, psychologią, pedagogiką, teologią, filozofią, demografią i ekonomią. Ponadto istnieją też wzajemne powiązania gerontologii z tak zwanymi obszarami zastosowania jej ustaleń i wiedzy, do których zalicza się: architekturę, technikę, gospodarkę, pracę socjalną oraz publicystykę. O multidyscyplinarnym charakterze gerontologii społecznej świadczy też stały dialog gerontologów z „różnymi publicznościami”, który sprzyja nie tylko podejmowaniu przez nich nowych projektów badawczych, ale także pozwala zweryfikować skuteczność swoich dotychczasowych działań. Gerontologia społeczna właśnie z racji na swoją multidyscyplinarność zajmuje się wszak nie tylko badaniami podstawowymi, ale także stosowanymi.

Promocja zdrowia. K. Puchalski i E. Korzeniowska w sposób szczególny akcentują relację promocji zdrowia z socjologią. Tej ostatniej przypisują znaczącą rolę w urzeczywistnianiu idei promocji zdrowia. Co warto podkreślić, taka percepcja tej roli nie bierze się bynajmniej wyłącznie z tego, że oboje Autorzy są socjologami. Raczej chodzi tu o bezpośrednią styczność obu dyscyplin, która wynika z tego, że promocja zdrowia nieustannie korzysta z dorobku wiedzy socjologicznej zarówno w zakresie działań praktycznych, jak i prowadzonych analiz własnych tez. Uszczegóławiając wątek styczności obu dyscyplin, K. Puchalski i E. Korzeniowska przedstawiają dwa nurty zainteresowań socjologów w obszarze promocji zdrowia: „socjologia dla promocji zdrowia” i „socjologia o promocji zdrowia”. Sami Autorzy pozostają bliżej drugiego z wy-

mienionych punktów widzenia, choć zgodnie przyznają, że ich wyraźne oddzielenie nie jest do końca możliwe. Ponadto Autorzy dostrzegają potrzebę stałych odwołań promotorów zdrowia do tej wiedzy, która pozwoli im być profesjonalistami „w sferze rozumienia oraz etycznego stymulowania i wspierania rozwoju świadomości i działań człowieka, a także kształtowania relacji, instytucji i systemów społecznych w kierunku sprzyjającym zdrowiu”.

Psychologia zdrowia. Zgodnie z tym, o czym pisze w swoim tekście J. Tylka, interdyscyplinarny wymiar psychologii zdrowia ujawnia się nade wszystko w obszarze działań związanych z promocją zdrowia. Trudno wszak wyobrazić sobie podejmowanie przez psychologów aktywności zachęcającej do przejmowania indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, podnoszenie świadomości społeczeństwa w zakresie prewencji szkodliwych dla zdrowia zachowań czy stymulowanie do refleksji nad własnymi wyborami związanymi ze zdrowiem bez współdziałania profesjonalistów medycznych, socjologów medycyny, pedagogów oraz polityków. Warunkiem realizacji tych wszystkich zadań jest jednak przede wszystkim stała integracja wiedzy z zakresu nauk biomedycznych z najnowszą wiedzą psychologiczną, co tylko dodatkowo wzmacnia interdyscyplinarny status psychologii zdrowia.

Pedagogika zdrowia. Właściwie już w początkowych passusach pracy A. Krawańskiego natknijemy się na pierwszy punkt styczny, który ma występować między pedagogiką zdrowia a edukacją zdrowotną. Autor wyraźnie określa charakter tej relacji. Skoro pedagogika zdrowia jest dyscypliną naukową badającą zagadnienie zdrowia, choroby i ciała człowieka w ich socjokulturowym kontekście, to edukacja zdrowotna jest traktowana – jak to określa A. Krawański – jako „jej ramię wykonawcze”. Zaznacza też, że edukacja zdrowotna jest pojęciem o szerszym niż pedagogika zdrowia zakresie pojęciowym, choć w wielu miejscach owe zakresy pozostają ze sobą zbieżne. Tym punktem, w którym dochodzi do wzajemnych sprzężeń między pedagogiką zdrowia i edukacją zdrowotną, są właśnie socjokulturowe uwarunkowania zdrowia i choroby. Ten wymiar przedstawionej relacji rodzi także interakcję pedagogiki zdrowia z socjologią. Odnosząc się do kwestii podejmowania przez pedagogów działań edukacyjnych nakierowanych na zmianę zachowań zdrowotnych społeczeństwa, Autor zaznacza, że „pedagog zdrowia musi mieć niezbędne dla tych działań minimum wiedzy socjologicznej, a zwłaszcza powinien dysponować umiejętnością korzystania z wiedzy czy doradztwa socjologa”. Dopełniając obrazu interdyscyplinarności pedagogiki zdrowia należy jeszcze zwrócić uwagę na akcentowane przez Autora wielokrotnie w tekście stałe odwoływanie się przez pedagogów do wiedzy z zakresu psychologii i neurobiologii.

Antropologia medycyny klinicznej. Jak wynika z lektury tekstu B. Płonki-Syroki i G. Wiktorowskiego, antropologia medycyny klinicznej jest tą dziedziną wiedzy, która może być eksplorowana zarówno przez historyków medycyny, lekarzy, socjologów, jak i antropologów kultury. Przedstawiciele wszystkich tych nauk powinni pracować w obrębie jednego interdyscyplinarnego zespołu. Podejmowane przez nich problemy badawcze, których spectrum jest nieograniczone, mogą okazać się w równym stopniu

atrakcyjne poznawczo dla każdego z jego członków. Warunkiem skutecznej współpracy w takim interdyscyplinarnym zespole, a zarazem kolejnym jego spoiwem, ma być podobna metodologia prowadzonych badań.

Bioetyka. Złożoność problemów, które poddawane są bioetycznej refleksji, decyduje o interdyscyplinarnym charakterze tego dyskursu. Konieczność uwzględnienia jednocześnie wielu różnych perspektyw jest tutaj warunkiem kompletnego poznania zagadnienia, a co za tym idzie rzetelności prowadzonych na ten temat dyskusji. Mamy tutaj na uwadze różne punkty widzenia przyjmowane przez takie dyscypliny jak filozofia (etyka), medycyna, historia i prawo. Każda z tych perspektyw z racji tego, że oparta została na innych metodach poznania, daje inne spojrzenie na wieloaspektowy z natury problem bioetyczny. Choćby było ono najbardziej wnikliwe, traktowane odrębnie nie może go jednak wyczerpać. Powołując się na słowa B. Chyrowicz: „Nie można zamknąć problematyki bioetycznej w obrębie jednej tylko dyscypliny, chociaż można ją uprawiać, przyjmując konsekwentnie punkt widzenia jednej z dyscyplin, nie twierdząc przy tym, że powiedziało się na jej temat wszystko, co tylko było do powiedzenia”.

Polityka zdrowotna. Interdyscyplinarność polityki zdrowotnej ujawnia się najwyraźniej w postulatcie jej racjonalności. Racjonalna polityka ochrony zdrowia – jak twierdzi J. Mazur – „musi opierać się na właściwym doborze wszystkich kształtujących ją czynników – nie tylko medycznych, ale także moralnych, religijnych, kulturowych, obyczajowych, socjo-demograficznych, psychospołecznych, politycznych, ekonomicznych, formalno-prawnych, a nawet historycznych czy geograficznych”. Aby warunek ten mógł być spełniony, nieodzowna jest współpraca przedstawicieli wielu dyscyplin dalece wykraczając przy tym poza świat medycyny. Racjonalny kształt polityki zdrowotnej jest uzależniony od wspólnej nad nim pracy lekarzy, etyków, socjologów, psychologów, polityków, ekonomistów, prawników i historyków, co powinno się odbywać w warunkach wzajemnego poszanowania tych relacji.

Filozofia medycyny. Jak zauważa A. Kapusta, filozofia medycyny wydaje się mieć najsilniejsze powiązania z samą medycyną. Sposób, w jaki definiowane jest zdrowie i choroba w licznych koncepcjach filozoficznych, staje się nie tylko częścią teoretycznych i praktycznych modeli medycyny, ale także okazuje się przydatny z punktu widzenia rozstrzygnięcia określonych problemów klinicznych. W samej filozofii medycyny obecne są natomiast także wątki metafizyczne, epistemologiczne, antropologiczne i etyczne, analiza których w sposób bezsprzeczny przydaje jej interdyscyplinarnego charakteru.

Nowe zdrowie publiczne. Według D. Cianciary, jedną z cech najbardziej odróżniających koncepcję nowego zdrowia publicznego od jego ortodoksyjnego ujęcia jest właśnie wielodyscyplinarność prowadzonych badań. Promocja zdrowia jako najistotniejsza funkcja zdrowia publicznego zakłada współpracę klinicystów z przedstawicielami takich dyscyplin jak socjologia i psychologia. Socjologodzy powinni wspierać profesjonalistów medycznych w dostrzeganiu przez tych ostatnich szerokiego kontekstu społeczno-ekonomicznych uwarunkowań stylu życia jednostki. To co łączy promocję zdrowia z socjologią, to dodatkowo szacunek

dla perspektywy jednostki w podejmowanych badaniach. W istocie, w socjologii w ostatnich latach dokonał się silny zwrot ku jednostce, o czym świadczy dowartościowanie jakościowych strategii badawczych. Nowe zdrowie publiczne w swojej funkcji promowania zdrowia ma reprezentować właśnie – jak ujmuje to Autorka – „spojrzenie, które nie traci z pola widzenia jednostki”. Dla tworzenia programów promocji zdrowia niezwykle owocna może okazać się natomiast współpraca przedstawicieli świata medycyny z psychologami nurtu behawioralnego.

Medycyna kliniczna. Zagadnieniem o najbardziej interdyscyplinarnym potencjale spośród wszystkich poruszanych w monografii jest bez wątpienia jakość życia będąca przedmiotem badań i studiów takich dyscyplin jak: medycyna kliniczna, psychologia, socjologia, ekonomia, pedagogika oraz filozofia. W rzeczywistości jednak okazuje się, że wiedza generowana na gruncie danej nauki jest w nikłym stopniu wykorzystywana przez pozostałe dyscypliny. Skoro najwięcej korzyści nie tylko z punktu widzenia rozwiązywania rzeczywistych problemów chorych, ale i praktyki leczenia przynosi kompleksowa ocena jakości życia w badaniach klinicznych, należy postawić na prawdziwie inter- i multidyscyplinarne studia nad tym zagadnieniem. Pierwszym ku temu krokiem powinno być natomiast wypracowanie jednej, wspólnej i akceptowanej przez przedstawicieli wszystkich wymienionych powyżej

dyscyplin definicji jakości życia. Aby tak się jednak stało – według M. Klocka – nieodzowna jest „integracja zgromadzonej wiedzy klinicznej, dotyczącej symptomatologii chorób, ograniczeń w funkcjonowaniu chorych i wpływu interwencji medycznych na samopoczucie z danymi uzyskanymi w obszarach pokrewnych dziedzin nauki”.

Refleksje końcowe

Nie chciałabym, aby wnikliwość omówienia treści książki z jaką zetknął się Czytelnik w mojej pracy, odwiodła go od sięgnięcia po książkę. Staralam się na tyle dokładnie przedstawić jej zakres treściowy, aby właśnie zachęcić do jej przeczytania. Przy czym zakres prowadzonych przeze mnie analiz dotyczących każdego z tekstów jest uwarunkowany objętością jego treści i poziomem szczegółowości rozważań samego Autora. Ten niezwykle pojemny treściowo tom, nie tylko z racji na swoją hermeneutyczność, zasługuje na uważną lekturę. O wartości tej publikacji decyduje w dużej mierze to, że sama w sobie jest odpowiedzią na dostrzeżoną nie tylko przez Redaktora monografii, ale i Autorów składających się na nią niezwykle analitycznych tekstów, potrzebę podejmowania w zakresie nauk o zdrowiu i chorobie projektów badawczych o charakterze inter- i transdyscyplinarnym. Nie pierwszy już zresztą raz Michał Skrzypek podejmuje się opublikowania pracy, która wypełnia istotną lukę w obszarze polskiego piśmiennictwa socjomedycznego.