

WŁODZIMIERZ PIĄTKOWSKI*, PATRYCJA ZALEWSKA-BLECHAR**

Spółeczna i poznawcza tożsamość socjologii medycyny w ujęciu Eliota Freidsona

Social and Cognitive Identity of the Sociology
of Medicine as Depicted by Eliot Freidson

Abstrakt

Eliot Freidson jest uważany za pioniera i współtwórcę klasycznej socjologii medycyny. Jego prekursorskie badania prowadzone w latach sześćdziesiątych XX wieku pozwoliły stworzyć unikalną koncepcję opisującą i interpretującą codzienne, powtarzające się zachowania związane ze zdrowiem i chorobą, rozgrywane na poziomie rodziny, środowiska lokalnego, miejsca pracy etc. Inicjatorami i realizatorami tych zachowań są zwykli ludzie (laicy), którzy kontaktują i konsultują się w sprawach zdrowotnych ze swoimi najbliższymi (rodzina, sąsiedzi, znajomi, koledzy z pracy). Ta sieć zachowań, interakcji, tworzy obszar określany przez Freidsona „laickimi ofertami pomocy w chorobie”. Celem artykułu jest opis i interpretacja koncepcji Freidsona i sposobów ich adaptacji w polskiej socjologii medycyny. Wybrane przykłady badań socjomedycznych inspirowane poglądami Freidsona ukazują niemalejącą atrakcyjność omawianego modelu interpretacji obszaru życia społecznego wyznaczonego pojęciami: zdrowie – choroba – medycyna.

Słowa kluczowe: system naukowy Eliota Freidsona, socjologia codzienności, perspektywa socjomedyczna, kulturowe uwarunkowania zdrowia i choroby

* Prof. dr hab. Włodzimierz Piątkowski – Katedra Społecznych Problemów Zdrowotności, Instytut Socjologii, Wydział Filozofii i Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, e-mail: wlodzimierz.piatkowski@mail.umcs.pl, ORCID: 0000-0001-9743-3512.

** Mgr Patrycja Zalewska-Blechar – Katedra Społecznych Problemów Zdrowotności, Instytut Socjologii, Wydział Filozofii i Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, e-mail: patrycja.m.zalewska@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8928-2061.

Abstract

Eliot Freidson is considered a pioneer and co-founder of classical medical sociology. His research in the 1960s helped establish the notion of repetitive behaviors. It relates health to various dimensions of human functioning: family, community, workplace etc. The initiators and implementers of these behaviors are ordinary people who look for health-related knowledge and advice among their family and friends. This interplay of interactive behaviours creates what Freidson named the “lay referral system”. The aim of this article is to describe and interpret Freidson’s concepts and the ways of their adaptation to Polish medical sociology. Selected examples of sociomedical research inspired by Freidson’s conception prove that his model of interpreting the social field demarcated by the boundary concepts of health – disease – medicine retains its research attractiveness and relevance.

Keywords: Eliot Freidson’s research conceptions, sociology of everyday life, sociomedical approach, cultural determinants of health and disease

Wstęp

Eliot Freidson (1923–2005)¹ jest powszechnie uznawany za niekwestionowanego współtwórcę klasycznej socjologii medycyny². Był i jest jednym z najczęściej cytowanych autorów w światowej *medical sociology*. Pierwszy zwrócił uwagę, że większość decyzji dotyczących choroby zwykli ludzie (laicy) podejmują nie w kontakcie z lekarzami, ale z innymi „przeciętnymi ludźmi” ze swojego najbliższego otoczenia lub terapeutami praktykującymi „paramedycynę”. W tym sensie i w tym znaczeniu Freidson przyczynił się do powstania podstaw naukowych socjologii choroby i chorowania. Był także rzecznikiem krytycznego spojrzenia na świat profesjonalnej medycyny, nie krył swojego sceptycyzmu wobec komercyjnych, sformalizowanych struktur „przemysłu zdrowotnego”. W pracach z początku lat siedemdziesiątych XX wieku w erudycyjny i błyskotliwy sposób opisał, jak amerykański system medyczny dąży do poszerzenia zakresu swojej władzy i utrwalenia mechanizmów kontroli społecznej nad pacjentem, pozbawiając go po części możliwości swobodnego i nieskrępowanego wyboru rodzaju świadczeń zdrowotnych oraz wymuszając korzystanie z oferty instytucji i zawodów medycznych. Dostrzegając i doceniając aktywność zwykłych ludzi w sprawach zdrowia i choroby podkreślał, że rozszerza to poziom praw chorego, umacnia jego podmiotowość oraz zwiększa aktywność pacjentów.

¹ Freidson urodził się w zasymilowanej rodzinie żydowskiej w 1923 roku. Uzyskał doktorat z socjologii na Uniwersytecie w Chicago. W latach sześćdziesiątych, siedemdziesiątych i osiemdziesiątych był profesorem zwyczajnym na Uniwersytecie Nowojorskim. Przez ponad trzy dekady ściśle współpracował i utrzymywał ożywione kontakty naukowe z profesorem Magdaleną Sokołowską (1922–1989), publikując swe prace również w języku polskim. Profesor Eliot Freidson zmarł 14 grudnia 2005 roku.

² W.C. Cockerham, G. Scambler, *Medical sociology and sociological theory*, w: *The New Blackwell Companion to Medical sociology*, ed. W.C. Cockerham, Wiley, Chichester 2010, s. 6–17.

Wczesne próby adaptacji koncepcji Eliota Freidsona w polskich badaniach socjomedycznych

Nasze rozważania zaczniemy od wstępnych uwag na temat nurtu badawczego, który interpretatorzy polskiej socjologii medycyny uważają za najbliższy „klasycznej socjologii Eliota Freidsona” – są to studia nad lecnictwem niemedycznym. Wykorzystywanie koncepcji Freidsona do konceptualizacji tego typu badań ma już swoją tradycję³. Klasyczne prace socjologa z początku lat sześćdziesiątych podkreślały, że większość laików (*lay people*) korzysta z wiedzy potocznej (codziennej) przy podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem i chorobą oraz z rad i konsultacji osób ze swojego najbliższego otoczenia, z którymi utrzymują bliskie i częste relacje. Zwyczajni ludzie praktykują różne formy i sposoby leczenia poza instytucjami ochrony zdrowia, głównie w postaci samolecznictwa. Laicy sami definiują swoje potrzeby zdrowotne oraz stosują własne metody leczenia, próbując przeciwstawić się najczęstszym chorobom i dolegliwościom.

Zainteresowania „nurtem postfreidsonowskim” w Polsce sięgają przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku, gdy powstał cykl projektów badawczych oraz seria publikacji inspirowanych takim podejściem. Za pierwsze studia oparte na wynikach badań terenowych należy uznać analizę opinii pacjentów najbardziej znanego wówczas „uzdrowiciela duchowego” – Clive’a Harrisa (1988)⁴. Dla socjologów interesujące okazały się tu nowe pojęcia i terminy: „praktyk zdrowotnych życia codziennego”, nieznane formy świadomości potocznej dotyczącej zdrowia, nieopisane wcześniej znaczenia, jakie zwykli ludzie (*ordinary people*) przypisywali kategoriom „racjonalność” i „nieracjonalność” itp.⁵. W tym projekcie podjęto próbę opisanie i zinterpretowanie cech myślenia potocznego o zdrowiu i chorobie takich jak: niekoherentność, brak logicznych związków przyczynowo-skutkowych, wewnętrzne sprzeczności w ocenach stanów fizjologicznych własnego organizmu, niekonsekwencje w zachowaniach profilaktycznych etc.⁶.

Kolejną fazą ewolucji tego nurtu były studia nad społeczną recepcją „zjawiska Kaszpirowskiego”. Tu z kolei za pomocą taksonomii socjologii medycyny dokonano charakterystyki fenomenu masowej popularności wcześniej

³ A. Ostrowska, M. Skrzypek, *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2015, s. 320.

⁴ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku*, Ossolineum, Wrocław 1988, s. 49–52.

⁵ Zob. także: A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 1990, s. 2.

⁶ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008, s. 79–80.

nikomu nieznanego rosyjskiego, niekonwencjonalnego psychoterapeuty, który na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku zainteresował miliony ludzi uczestniczących regularnie przez ponad dwa lata w seansach „masowego uzdrawiania” w ramach programu *Teleklinika doktora Kaszpirowskiego*. Udział w tych programach i komentowanie ich przebiegu pozwoliło (za zgodą TVP 2) zgromadzić, a potem opracować materiał w postaci około 10 tysięcy listów, jakie wpłynęły od widzów. Z tego zbioru systematycznej analizie poddano 3218 tego rodzaju osobistych dokumentów. Ten materiał pozwolił na rekonstrukcję wzorów myślenia i działania zwykłych ludzi w kontekście zdrowia i choroby. Badacz społeczny mógł tu niejako „przeniknąć” do wewnętrznego świata myśli tych osób, znaleźć materiał do charakterystyki ich postaw, potrzeb i zachowań zdrowotnych⁷. Dało to w konsekwencji możliwość interpretacji myślenia potocznego w kontekście subiektywnych poglądów na temat zdrowia i choroby, opinii o zawodach medycznych, uchwycenia cech popularnej „podkultury zdrowotnej” itp., a także poznać wpływ elementów religijnych na przebieg procesów leczenia, uchwycić własne opisy zachodzących w organizmie procesów fizjologicznych, zarejestrować „opowieści” o zjawiskach paranormalnych i taumatycznych. Socjologiczna analiza zawartości listów przyniosła odpowiedź na pytanie: czy i w jaki sposób ówczesne fazy transformacji ustrojowej wykreowały „fenomen Kaszpirowskiego”⁸. Efektem prac nad „teleterapią” była także dyskusja nad adekwatnymi ramami teoretycznymi umożliwiającymi socjologiczną, pogłębioną analizę badanego zjawiska z wykorzystaniem m.in. założeń symbolicznego interakcjonizmu, fenomenologii i etnometodologii⁹. Dostęp do tak obszernego zbioru osobistych relacji pozwolił podjąć kroki w celu systematycznej interpretacji tego swoistego „świata nieprzedstawionego” składającego się z fragmentów indywidualnych narracji, do pewnego stopnia niepowtarzalnych, dotyczących zjawisk elementarnych dla ludzkiej egzystencji. Były to najczęściej relacje intymne, osobiste, prywatne, dlatego wielką wagę przykładano do zachowania standardów etycznych przy selekcji i publikowaniu wyboru tych swoistych „materiałów ludzkich”. Badacze mieli świadomość (podobnie jak E. Freidson przy zbieraniu relacji pacjentów w nowojorskim Bronksie), że takich wypowiedzi „otaczających chorobę” nie sposób byłoby uzyskać, posługując się ilościowymi technikami gromadzenia danych. Przyjęta metodologia pozwoliła również ustalić: jakie są cechy społeczno-demograficzne autorów listów, co ich skłoniło do ich wysłania do TVP („na ręce” doktora Kaszpirowskiego), jakie były główne elementy zawartego w listach przekazu etc. Podobnie jak w badaniach Eliota

⁷ W. Piątkowski, J. Jezior, R. Ohme, *Listy do Kaszpirowskiego. Spojrzenie socjologiczne*, Wydawnictwo M. Łoś, Lublin 1993, s. 43–52.

⁸ G. Michalik, *Kaszpirowski. Sen o wszechmocy*, Wydawnictwo Agora, Warszawa 2020, s. 295–305.

⁹ W. Piątkowski, *Beyond Medicine: Non-medical Methods of Treatment in Poland*, Peter Lang, Frankfurt 2012, s. 246–255.

Freidsona, były to materiały uzyskane poza granicami „socjologii ankietowej”, skłaniające się ku podejściu „socjologii rozumiejącej”¹⁰. Tak jak u Freidsona rejestrowano relacje ludzi zdrowych i chorych o stanach swojego organizmu, przekształcające się niekiedy w szersze prezentacje własnych problemów życiowych, przynoszące informacje o ważnych dla autorów rejonach życia osobistego, opisujące kontekst, w jakim formowały się poglądy piszących prezentowane w optyce samych „uczestników zdarzeń”. Było też rzeczą oczywistą, że te „indywidualne portrety” życia zbiorowego mogły zawierać zniekształcenia i miały swoje istotne ograniczenia¹¹.

Narracje zwykłych ludzi na temat zdrowia i choroby ich samych oraz bliskich im osób cieszą się coraz większym zainteresowaniem „nauk okołomedycznych” – historii i filozofii medycyny, antropologii wiedzy medycznej etc. Dlatego opisując charakter naszych projektów, uwzględniano także stanowiska i stan badań innych dziedzin nauki. Zwracając uwagę np. na zjawisko „fermentu” w naukach przyrodniczych wywołanego krytyką pozytywizmu, co pośrednio skierowało uwagę uczonych na słabo znane obszary „nie-nauki” i „nie-medycyny”, gdzie już w połowie XIX wieku rozwijały się orientacje alternatywne wobec akademickich nauk lekarskich (homeopatia, mesmeryzm, brownizm). To z kolei przywróciło znaczenie pomijanej dotąd kategorii jak np. „subiektywna racjonalność” przy podkreślaniu znaczenia społeczno-kulturowego kontekstu poglądów pacjentów na zdrowie i chorobę¹². Jak już wspomniano, inspirowane takimi poglądami ówczesne badania socjomedyczne odwoływały się bezpośrednio do koncepcji *lay referral system*, opisując m.in.: laicki sposób dochodzenia do diagnozy, charakter potocznej wiedzy etiologicznej, cechy „ludowej profilaktyki”. W tym świecie zdarzeń, zachowań i symboli uczestnicy procesu leczenia nadają chorobie własne, autonomiczne sensory i konteksty, są aktywnie zaangażowani w rolę chorego, pełnią funkcję „praktycznych socjologów” życia codziennego¹³.

Innym punktem odniesienia dla projektowanych i realizowanych badań w ramach subdyscypliny były także (po 2008 roku) ogólne dyrektywy „socjologii codzienności”, w ramach których jednym z podstawowych pól badawczych był obszar ciała i zdrowia¹⁴. Założenia i taksonomia tej orientacji są bliskie socjologom medycyny odwołujących się właśnie do „orientacji postfreidso-

¹⁰ E. Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, University of Chicago Press, Chicago 1970, s. 226–228.

¹¹ W. Piątkowski, *Beyond Medicine...*, s. 272.

¹² B. Płonka-Syroka, *Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, Arboretum, Wrocław 2003, s. 22.

¹³ W. Piątkowski, *Życie codzienne jako kategoria badań socjologicznych*, w: *Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, red. B. Płonka-Syroka, Arboretum, Wrocław 2003, s. 135–136.

¹⁴ P. Sztompka, M. Boguni-Borowska, *Socjologia codzienności*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008, s. 12.

nowskiej”, zakładających traktowanie jednostki jako aktywnego podmiotu działającego w ramach szerszej społeczności, aprobowania cykliczności życia codziennego wyznaczonego codziennością biologicznych rytuałów. Dla socjologii choroby życie codzienne to także przestrzeń, w której odgrywane są powtarzalne zachowania zdrowotne np. w ramach samolecznictwa, a więc na obszarze własnego domu czy mieszkania, zachowania te przybierają postać sekwencyjną (np. zwyczajowa, zdroworozsądkowa profilaktyka)¹⁵. Podkreśla się tu, że jednym z najważniejszych kontekstów życia społecznego, oprócz pracy, rozrywki, aktywności rodzinnej, są stany choroby¹⁶. Przy czym przebieg zachowań związanych z chorowaniem obejmuje i rozgrywa się też (niekiedy równolegle) w przestrzeni instytucji: szpitala, przychodni czy ambulatorium. Tak więc choroba i chorowanie, zdrowie i proces zdrowienia stanowią naturalne ramy codziennych doświadczeń zwykłych ludzi (laików).

Chory – choroba – chorowanie w interpretacjach Eliota Freidsona

Rodzaj wstępu do bardziej systematycznych analiz systemu naukowego stworzonego przez Eliota Freidsona może stanowić jego unikalna, mało znana autobiografia naukowa, gdzie w sposób chronologiczny opisał cechy własnego modelu interpretacji zdrowia i choroby¹⁷. Wydaje się, że warto zwrócić uwagę na wybrane fakty z życiorysu Freidsona, które wpłynęły na jego późniejsze wybory, preferencje i kierunki badań. Opisując lata swej wczesnej młodości, wspominał, że zawsze miał tendencję do kwestionowania uznanych autorytetów i unikał tego, co konwencjonalne¹⁸. Już w czasie studiów odkrył, że to właśnie socjologia pozwala przyjmować stanowiska sceptyczne, krytyczne i „outsiderskie”¹⁹. W tym okresie wykrystalizowały się też jego preferencje dotyczące modelu badań terenowych, na ówczesne opinie na ten temat największy wpływ wywierały poglądy Roberta Redfielda. Zdobyte w tym okresie doświadczenia praktyczne skłoniły młodego Eliota do badania i wyjaśniania procesów społecznych przebiegających na poziomie mikrostruktur, już wtedy zainteresował się także wzorami międzyludzkiej komunikacji, nadawaniu sensu społecznym symbolom, problemami barier etnicznych i językowych etc.²⁰. Uczestnicząc w cyklu *field studies* na

¹⁵ P. Sztompka, *Życie codzienne – Temat najnowszej socjologii*, w: *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Boguni-Borowska, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008, s. 25.

¹⁶ Tamże, s. 27.

¹⁷ E. Freidson, *The Development of Design by Accident*, w: *Medical Sociologists at Work*, eds. R. Elling, M. Sokołowska, Transaction Books, New Brunswick 1978, s. 115–133.

¹⁸ Tamże, s. 116.

¹⁹ Tamże, s. 117.

²⁰ Tamże, s. 118.

teren szpitali psychiatrycznych, opisał trudności komunikacji z pacjentami z rozpoznaną schizofrenią, rejestrował sposoby „szukania pomocy” przez rodziców dzieci z „deficytami mentalnymi” chcących uzyskać trafną diagnozę i rozpocząć właściwą terapię. Już w połowie lat pięćdziesiątych stwierdził, że najbliższe jego preferencjom metody gromadzenia danych empirycznych oferuje „miękką socjologia”, a zwłaszcza „obserwacja uczestnicząca”²¹. W poszukiwaniu materiałów do pracy badawczej trafił do Montefiore Hospital w nowojorskiej dzielnicy Bronx, gdzie planował i realizował swoje najśłynniejsze badania terenowe. Jak wspomina, na tym etapie swoich dociekań skonstatował, że o ile literatura socjomedyczna zawiera wiele opisów profesjonalnych ról zawodowych lekarzy, to charakterystyki indywidualnych zachowań pacjentów wywołanych przez kolejne fazy choroby należą do rzadkości, dlatego postanowił oddać głos osobom, które powinny być najważniejsze w procesie leczenia²². Freidson był przekonany, że optymalnym obszarem tego typu badań jakościowych nie jest społeczna przestrzeń szpitala, a naturalny habitat pacjentów – ich domy czy mieszkania, tam właśnie osoby podlegające leczeniu wypowiadały się szczerze, spontanicznie i w sposób najbardziej otwarty. Szybko zdał sobie sprawę, że jego badania w Bronksie mają swoje ograniczenia ze względu na ich lokalny charakter, dlatego zaczął studiować wraz z Jacobem Feldmanem ogólnoamerykańskie rejestry badawcze, zwłaszcza interesowały go wzory interakcji lekarz-pacjent i ich zakłócenia, wyobrażenia chorych na temat ról społecznych lekarza etc. Zebrany materiał został zaprezentowany w słynnej monografii *Patients view of Medical Practice* (1961)²³.

Stopniowo zainteresowania Freidsona zaczęły ewoluować w kierunku całościowych, krytycznych analiz funkcjonowania systemu medycznego, gdzie problem reifikacji pacjentów w procesie leczenia był jednym z przykładów szerszych zjawisk dezorganizacji²⁴. W tym kontekście zauważył możliwość praktykowania przez osoby chore różnych, niemedyceńskich form terapii, nieakceptowanych przez organizację ochrony zdrowia. Zaczął opisywać nie tylko zachowania medyczne, ale też szersze zachowania zdrowotne. Tu użyteczna okazała się pomoc Howarda S. Beckera oraz dyskusja nad wnioskami z jego monografii *Outsiders*²⁵.

Jak już wskazano, wiedza potoczna na temat zdrowia i choroby jest uznawana za ważny komponent postaw, potrzeb i zachowań zdrowotnych oraz wynikających z nich decyzji dotyczących podejmowania prób profesjonalnego leczenia

²¹ Tamże, s. 118–119.

²² Tamże, s. 119.

²³ E. Freidson, *Patients' Views of Medical Practice*, Russell Stage Foundation, New York 1961, s. 122–123.

²⁴ Tamże, s. 123.

²⁵ Tamże.

lub przeciwnie np. praktykowania samolecznictwa. Uniwersalne mechanizmy interpretacji symptomów choroby przez zwykłych ludzi i sposoby wymiany informacji na ten temat stanowiły jedno z ważnych pól zainteresowań Eliota Freidsona. Poddął on opisowi i interpretacji m.in. wzory zachowań związane ze zdrowiem i chorobą oraz znaczenie czynników wpływające na ich kształtowanie, uwzględniając przy tym wpływ społeczności lokalnej oraz role miejscowej kultury bliskiej danej jednostce. Równocześnie w swych badaniach poddawał krytyce wiele mechanizmów i zjawisk dominujących w ówczesnej mu medycynie, m.in. prymat systemów instytucjonalnych czy też supremację i zakres władzy lekarzy²⁶.

Według E. Freidsona np. ból jako częste doświadczenie w procesie leczenia nie jest czynnikiem, który można traktować jako stały element charakteryzujący biologię człowieka czy jednoznacznie definiujący chorobę. Jego zdaniem jest on konsekwencją faktu, że odpowiedź na ból (*response to pain*) może być zależna od pochodzenia etnicznego i sposobu socjalizacji, a także może różnić się w zależności od wcześniejszych, indywidualnych, niepowtarzalnych doświadczeń konkretnej jednostki²⁷. Z kolei, aby zrozumieć mechanizm pozwalający ludziom uznać samych siebie za chorych należy zidentyfikować i zinterpretować sposoby percepcji bólu, gdyż to właśnie reakcje na ból pozwalają nam m.in. trafnie definiować stan naszego zdrowia²⁸.

Dla ujęć Freidsona znamienne jest przy tym wyróżnienie dwóch kryteriów różnicujących zdrowie i chorobę przez laików nieposiadających wykształcenia medycznego. Pierwszym jest aktualność doświadczenia danego zjawiska. Drugie kryterium stanowi stopień i zakres w jakim choroba dezorganizuje lub ogranicza role społeczne w życiu codziennym. Zakłócenie schematu zachowań jednostki skłania ją do refleksji dotyczącej funkcjonowania własnego organizmu, do definiowania się jako osoba chora. Jeśli stopień niesprawności nie przeszkadza w społecznym funkcjonowaniu ciała, jednostka adaptuje się do tego stanu i sama autonomicznie określa się jako zdrowa²⁹. Pacjenci zwykle dzielą się z lekarzem jedynie subiektywnie wybranymi objawami choroby, równocześnie biomedycyna w swym procesie diagnozowania krytykuje fakt, że ludzie mówią w sposób selektywny, nielogiczny i emocjonalny wyłącznie

²⁶ E. Freidson, *Professions and the Occupational Principle*, w: *The Professions and Their Prospects*, ed. E. Freidson, Sage Publications, Beverly Hills/London 1971, s. 30–31; tenże, *Doctoring Together: A Study of Professional Social Control*, Elsevier, New York 1975, s. 6–9; tenże, *Professional Dominance and the Ordering of Health Services: Some Consequences*, w: *The Sociology of Health and Illness*, eds. P. Conrad, R. Kern, St. Martin's Press, New York 1981, s. 184–186.

²⁷ W. Piątkowski, *Beyond Medicine...*, s. 203.

²⁸ E. Freidson, *The sociology of medicine*, "Current Sociology" 1961–62, vol. X/XI, no. 3, s. 126–129; tenże, *Profession of Medicine...*, s. 283; M. Skrzypek, *Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 4, s. 375–376.

²⁹ E. Freidson, *Profession of Medicine...*, s. 283–285.

o ważnych dla nich symptomach. Freidson przypuszczał, że istnieje pewien ogólny system rozumowania laików skłaniający ich do raportowania mniejszej liczby objawów, niż wynika z klinicznej diagnozy. Można to interpretować, odwołując się do różnicy w sposobie percepcji choroby powiązanej z zakresem posiadanej wiedzy biomedycznej z jednej strony przez zwykłych ludzi, z drugiej przez profesjonalistę. Laik może być świadom symptomów choroby, jednak nie przypisuje im tej samej wagi i rangi, co lekarz oraz inaczej je pozycjonuje. Mechanizm identyfikacji symptomów przez laika jest efektem kulturowo i historycznie zmiennego, lokalnego „standardu normalności” ustalonego w życiu codziennym oraz przyjętego w danej społeczności schematu socjalizacji. Słowem, radzenie sobie z chorobą lub jej objawami różni się w zależności od cech społecznych i nie jest w pełni uwarunkowane biologicznie. Należy zaznaczyć, iż choroba może wiązać się ze stygmatyzacją jednostki lub (niekiedy) piętnować także członków rodziny chorego. Piętno choroby częściej i łatwiej przypisuje się ludziom ubogim niż tym o wysokim statusie socjoekonomicznym (SES). Przy czym bywa, że np. „wstydlive” dolegliwości nie są ujawniane przez zwykłych ludzi w procesie diagnostycznym. Zdarza się równocześnie, że potencjalni pacjenci nie zwracają się nigdy o pomoc do specjalistów, albowiem korzystanie z usług medycznych jest w określonych grupach etnicznych (np. u rdzennych Amerykanów, Latynosów) oceniane negatywnie³⁰.

Identyfikacja i cechy koncepcji *lay referral system*

Zrozumienie sposobu i wzorów myślenia laików o zdrowiu i chorobie jest ważne przy poszukiwaniu trafnej socjologicznej oceny tych stanów ujawnianych przez poszczególne jednostki i w konsekwencji przybliża nas do odpowiedzi na pytanie: czy laik w swojej subiektywnej interpretacji społecznej roli chorego podejmie ostatecznie decyzję o kontakcie z lekarzem, czy też nie. Pamiętajmy, że świadomość zagrożenia chorobą oraz znajomość czynników ryzyka nie zawsze prowadzi do korzystania z usług medycznych³¹. Pewne istotne (pomijane przez lekarzy) elementy wcześniejszego laickiego doświadczenia są wyznacznikami wzorów korzystania z usług systemu, zakładając oczywiście, że realnie istnieje istotna „kulturowa odrębność” i niejednoznaczność pojęć: „zdrowia i choroby, wyleczenia i pogorszenia samopoczucia”, osobna w obrębie medycyny, inna na obszarze *lay referral system*³².

³⁰ Tenże, *Patients' Views of Medical Practice...*, s. 145–148; tenże, *Profession of Medicine...*, s. 297–298.

³¹ Tamże, s. 286.

³² W. Piątkowski, *Beyond Medicine...*, s. 23.

Przyjmuje się, że istnieją dwa podstawowe typy relacji medycyny ze społecznościami laickimi. W pierwszym wspólnota może wywierać wpływ na zachowania medyczne jednostki. W drugim oddziaływania grupy są mniej odczuwalne, tu jednostka jest relatywnie wolna od presji i wpływu „współziomków” i podejmuje decyzje bardziej autonomicznie, nie narażając się na negatywne konsekwencje ze strony najbliższego otoczenia. W sytuacji, w której lokalna społeczność wywiera wpływ na chorego, może on przybrać dwojaką postać: społeczność planuje leczenie danej jednostki, sugerując kontakt z profesjonalistą. Inną perspektywę stwarza sytuacja, kiedy „lokalne autorytety” mogą zniechęcać osobę chorą do korzystania z usług medycznych³³. W efekcie wspomnianych wcześniej badań terenowych w nowojorskiej dzielnicy Bronks Freidson opisał cztery modele charakteryzujące postawy osoby chorej wobec profesjonalnych usług lekarskich oraz „laickich” ofert pomocy w chorobie.

W pierwszym z tych wariantów sytuujących się w ramach *lay referral system* pacjenci czerpią wiedzę przede wszystkim z rdzennej kultury własnej grupy etnicznej, która nie jest „kompatybilna” z „kulturą profesjonalnej medycyny”. Freidson uważa, że jeśli pacjenci mają kulturowo determinowaną skłonność do samodiagnozowania to autorytet zawodowy lekarza nie będzie wystarczający do podjęcia przez nich zachowań medycznych, a konkretna, trapiąca ich jednostka chorobowa będzie definiowana odmiennie od tej, ustalonej przez lekarza. Mimo to ludzie chorzy nie będą unikać korzystania z usług medycznych na rzecz diagnostyki u uzdrowiciela posiadającego np. odziedziczony po przodkach dar uzdrawiania duchowego np. w wersji *touch for health*. Istnieje tu, jak wskazano, możliwość realizacji potrzeb zdrowotnych w obrębie medycyny, jednakże proces decyzyjny nie może odbywać się w sekrecie, bez wiedzy i aprobaty społeczności, jednostka musi przy tym chronologicznie wcześniej skorzystać z oferty nieprofesjonalnej. Jest to sytuacja, w której aprobata dla usług profesjonalistów zostanie zaakceptowana przez lokalne autorytety, zakres współpracy z systemem medycznym będzie ograniczony, a zgoda na „opcję laicką” powszechna³⁴.

Drugi rodzaj „systemu nieprofesjonalnego” również odwołuje się do lokalnej kultury, jednakże różnice występują w odmiennym schemacie „wzajemnych rekomendacji, rad, pomocy” i sugestii³⁵. Tu jednostka ma możliwość relatywnie swobodnego działania. Decyzje podejmuje samodzielnie lub konsultuje się jedynie z najbliższym społecznym otoczeniem. Kręgi rodzinne i sąsiedzkie mogą zniechęcać przyszłego pacjenta do wizyty u lekarza. Jednakże system laicki i system medyczny są traktowane względnie komplementarnie, więc

³³ Tamże, s. 292.

³⁴ Tamże, s. 293; E. Freidson, *Doctoring Together...*, s. 46–47.

³⁵ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008, s. 282.

można oczekiwać, iż chory będzie kierował się w stronę systemu usług wcześniej i częściej oferowanych przez instytucje medyczne³⁶.

Schemat działania *lay referral system* występuje też w innym wariacie. Zachodzi on wtedy, gdy kultura laicka i „kultura medyczna” są relatywnie podobne, możliwości korzystania z pomocy leczniczej własnej grupy etnicznej pozostają znikome, a jej wpływ na jednostkę jest ograniczony. Pacjent jest osamotniony, nie może uzyskać wsparcia rodziny, musi opierać się na własnej intuicji i osobistym doświadczeniu wybranych lokalnych uzdrowicieli. Duchowi uzdrowiciele (*spiritual healers*) mogą wspierać lub zniechęcać jednostkę do szukania szpitalnej pomocy. W tym wariacie wiedza i doświadczenie związane z chorobą nie są sprzeczne z „ideologią praktyki lekarskiej”. Jednostka może zatem czuć się kompetentna, by leczyć się sama, ale może też być skłonna do przejścia od samoleczenia (*self healing*) do leczenia szpitalnego. Tylko w sytuacji, gdy system medyczny jest z jakichś powodów niedostępny, a sam pacjent będzie silnie motywowany pogarszającym się stanem zdrowia, zaistnieje konieczność przyjęcia nieprofesjonalnej oferty³⁷.

Kolejny, czwarty wariant aplikacji *lay referral system* opisuje sytuację, w której pacjent jest jeszcze mniej motywowany do korzystania z usług lecznictwa niemedycznego. Jednostka nie jest przywiązana do popularnego w swojej społeczności lokalnego modelu leczenia, więc nie odrzuca lekarskiej oferty i bez wahań utożsamia się z nią³⁸. Bywa, że laik korzystając z profesjonalnej opieki medycznej, traci pewien pożądany, nieformalny status we własnym środowisku kulturowym. Część siły, jaką daje mu wsparcie społeczności, zostaje warunkowo wycofana. Jednostka lecąc się w szpitalu, kulturowo przenosi się do odmiennego *universum* wartości, schematów i rytuałów. Na początku procesu ustalania profesjonalnej diagnozy musi akceptować świeckie koncepcje choroby, etiologii, schematów terapeutycznych, co jest konsekwencją interakcji z lekarzem oraz akceptacji jego dominacji – tu mechanizm formalnego podporządkowania jest jednoznaczny i ostateczny. Na początku wizyty u specjalisty laik jest zmuszony przyjąć nową rolę – „klienta” wchodzącego w interakcję z profesjonalistą, który uzyskuje fachową kontrolę i władzę nad pacjentem i stającego się jednym z obiektów procedur medycznych. Jednak interakcja może niekiedy sprawiać lekarzowi problem, albowiem zdarzają się trudności z kontaktem, wzajemnymi relacjami i skutecznym monitorowaniem jego zachowania w sytuacji, gdy pacjent posiada swoje autonomiczne wyobrażenia na temat zdrowia, choroby i leczenia³⁹.

³⁶ E. Freidson, *Profession of Medicine...*, s. 293.

³⁷ Tamże, s. 293–294.

³⁸ Tamże, s. 294.

³⁹ E. Freidson, *Patients' Views of Medical Practice...*, s. 146–148; tenże, *Profession of Medicine...*, s. 300–301; tenże, *Dilemmas in the Doctor/Patient Relationship*, w: *A Sociology of Medical Practice*, ed. C. Cox, Cassell & Collier-Macmillan Publishers Limited. A. Mead, London 1975, s. 291–292.

Dorobek naukowy E. Freidsona. Próba czasu, próba bilansu

Eliot Freidson oraz Magdalena Sokołowska wymieniani są w światowej literaturze socjomedycznej jako współtwórcy *sociology of health, illness and medicine*⁴⁰. Wzajemne kontakty naukowe oraz więzy emocjonalne łączące Freidsona z Sokołowską sięgają końca lat sześćdziesiątych XX wieku, kiedy poznali się podczas studiów Sokołowskiej na Wydziale Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Columbia w Nowym Jorku w trakcie seminarium prowadzonego przez George'a Rosena. Ich głębokie relacje przetrwały ponad 30 lat. W prywatnym archiwum pozostawionym przez Magdalенę Sokołowską znajduje się 11 książek dedykowanych jej przez Freidsona. Autor *Profession of Medicine* był dla twórczyni polskiej socjologii medycyny jednocześnie mentorem, autorytetem i doradcą w istotnych sprawach naukowych. W dorobku Sokołowskiej widzimy na różnych etapach jej pracy ślady „inspiracji freidsonowskich”, np. gdy pisze o społecznej i poznawczej tożsamości socjologii zdrowia i choroby, charakteryzuje „ideologię dominacji profesjonalnej medycyny”, definiuje kategorię „zachowań otaczających chorobę”, próbuje dokonać adaptacji teorii organizacji do opisu usług zdrowotnych, dąży do zdefiniowania roli socjologa jako niezależnego obserwatora i krytyka systemów medycznych etc. W swojej ostatniej książce omawiając jedno z najważniejszych zagadnień socjomedycznych – rolę społeczną lekarza – Magdalena Sokołowska pisała: „[...] Książka, zaliczana w socjologii medycyny do klasycznych, została napisana przez jednego autora – Eliota Freidsona. Ma ona charakter teoretyczny. Zajmując się rolą, jaką pełnią profesje we współczesnym społeczeństwie, na przykładzie profesji lekarskiej. Wszystkie książki [...] zachowały [...] aktualność”⁴¹.

Prace E. Freidsona inspirowały innych przedstawicieli subdyscypliny, stawiając w centrum doświadczenia laika (zwykłego człowieka), w kontekście wzorów i rytuałów życia codziennego⁴². Już na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku pojawiły się pierwsze teoretyczne rozważania nad „socjologią codzienności”, odnoszące się do koncepcji Eliota Freidsona. W ramach tego ujęcia podkreślano, że socjologowie winni stać się partnerami dla profesjonalistów medycznych w badaniu zachowań medycznych/zdrowotnych. Kompetencje socjologiczne pozwalają wyjaśnić problemy, które wcześniej były ignorowane, w tym opisywać wiedzę potoczną o zdrowiu i chorobie, jest ona bowiem nieustannie na nowo konstruowana podczas codziennych interakcji. W tej perspektywie podkreśla się, że jedynie odwołanie się do koncepcji teoretycznych socjologii ogólnej umożliwi szybki rozwój badań nad zachowa-

⁴⁰ W. Piątkowski, *From Medicine to Sociology. Health and Illness in Magdalena Sokołowska's Research Conceptions*, Peter Lang, Berlin 2020, s. 43.

⁴¹ M. Sokołowska, *Socjologia Medycyny*, PZWL, Warszawa 1986, s. 233.

⁴² M. Skrzypek, *Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych...*, s. 375.

niami i postawami wobec zdrowia i choroby⁴³. W konsekwencji spowoduje to zmianę perspektywy w widzeniu zdrowia i choroby z medykoncentrycznej na socjocentryczną. Biomedyczne widzenie procesu leczenia zostanie wzbogacone np. opisami chorób funkcjonalnych oraz dopiero odkrywanym subiektywnym światem laików w kontekście wzorów życia codziennego⁴⁴. Badacze z tego kręgu dowodzili, że wiedza profesjonalna i potoczna (laicka) winny pozostawać w relacjach synergistycznych. Wiedza medyczna (w tym system medyczny) nie staną się funkcjonalne, jeśli pacjenci (*lay people*) i ich otoczenie nie będą chcieli i mogli aprobować kooperacji i koegzystencji pomiędzy perspektywą profesjonalną a doświadczeniem potocznym⁴⁵.

Inne ujęcie zainspirowane teorią Freidsona polega na analizie potocznej wiedzy dotyczącej chorób nowotworowych. W tym kontekście zwraca się uwagę, że wyższy poziom wykształcenia pacjenta i większa świadomość zdrowotna nie gwarantują racjonalnego podejścia do zagrożenia onkologicznymi czynnikami ryzyka. Jednostka może posiadać wysoki poziom świadomości zdrowotnej i odczuwać potrzebę poddawania się badaniom profilaktycznym, jednak elementy związane z życiem codziennym, w tym brak czasu czy nadmiar obowiązków domowych, stają się aktualnymi okolicznościami stawianymi ponad zachowaniami prozdrowotnymi. Nie istnieje też prosta zależność między poziomem i zakresem wiedzy medycznej a postawami i zachowaniami zdrowotnymi⁴⁶. Te ostatnie zależą bowiem od wielu zmiennych w czasie i działających z różną siłą elementów społeczno-kulturowych. W tej perspektywie wiedza potoczna chorego może być niespójna, a nawet wewnętrznie sprzeczna. Habitat życia codziennego wymusza specyficzne interpretacje i nadaje znaczenia zdrowiu i zachowaniom prozdrowotnym. Niski poziom wiedzy medycznej skłania do utrwalania i tworzenia mitów, stereotypów i uprzedzeń. Niewielkie kompetencje zdrowotne zwykłych ludzi skutkują wyższym poziomem lęku związanego z nowotworami. Wiedza laicka w tym zakresie prowadzi do nieuprawnionych generalizacji oraz umacnia zjawisko kancerofobii⁴⁷. Tego typu wiadomości

⁴³ B. Uramowska-Żyto, *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Instytut Filozofii i Socjologii. Polska Akademia Nauk, Warszawa 1992, s. 95–96.

⁴⁴ Tamże, s. 162; M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, praca doktorska napisana na UMCS pod kierunkiem dr hab. W. Piątkowskiego, prof. ucz., Lublin 2013, s. 32; tenże, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2015, s. 18, 31.

⁴⁵ B. Uramowska-Żyto, *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych...*, s. 163.

⁴⁶ M. Synowiec-Piłat, *Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2020, s. 141.

⁴⁷ Tamże, s. 142; też, *Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych w kontekście lay referral system. Przypadek chorób nowotworowych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica” 2013,

potoczne mają charakter dynamiczny, ewoluują i są zależne od zmieniającego się kontekstu społeczno-kulturowego i wcześniejszych doświadczeń jednostki w kontakcie z medycyną.

Omawiając wyniki badań socjologicznych inspirowanych „podejściem Freidsona”, należy podkreślić, że istotną kwestią jest odpowiedź na pytanie, jakie postawy społeczne wobec nowotworów tworzą swoisty obszar *lay referral system* konkretnej osoby. Pomimo znacznego postępu onkologii klinicznej, nowotwory złośliwe są w potocznej świadomości w dalszym ciągu odbierane przez pryzmat cierpienia, bólu i fatalistycznych rokowań⁴⁸. „Świat życia codziennego” w kontekście zdrowia i choroby ma też wpływ na jakość, zakres i charakter interakcji jednostki z pozostałym personelem medycznym. Codzienne doświadczenia laików determinują interpretację fachowej, medycznej taksonomii oraz wzorów komunikacji lekarz-pacjent. Lekarze są skłonni do przeceniania kompetencji laików w zakresie znajomości terminów medycznych, rozumienia „logiki terapii” itp.; bywa, że dotyka ich syndrom tzw. klątwy wiedzy. Posiadając specjalistyczne, fachowe kompetencje, nie potrafią wykazać się zrozumieniem dla osób, które wiedzy biomedycznej nie posiadają. Pacjent może także błędnie zinterpretować lub nie rozumieć terminów klinicznych dotyczących nowotworu, co w efekcie utrudnia komunikację i wpływa negatywnie na jakość społecznych interakcji. Bariery interakcji mogą równocześnie zniechęcać osoby zdrowe i ludzi z grup ryzyka do badań profilaktycznych⁴⁹. Kształt i charakter optymalnego poziomu i zakresu wiedzy biomedycznej laika jest szczególnie ważny w modelu relacji lekarz-pacjent opartym na partnerstwie. Lekarz wskazuje tu rozwiązania, a pacjent ponosi odpowiedzialność i aktywnie współuczestniczy w procesie leczenia. Dlatego istotne są systematyczne analizy poziomu i jakości wiedzy medycznej laików. Wyniki badań socjologicznych nad laickimi interpretacjami zdrowia i choroby w onkologii mogą posłużyć poprawie komunikacji lekarzy ze zwykłymi ludźmi: „[...] ze zwróceniem szczególnej uwagi na potrzebę dostosowania komunikatów werbalnych do możliwości poznawczych pacjentów wywodzących się z różnych środowisk oraz dysponujących określonym poziomem wiedzy”⁵⁰.

Odmienne interpretacje koncepcji Freidsona akcentują oddziaływanie systemu laików (*lay system*) na charakter procesu diagnostycznego w gabinecie lekarskim, podkreślając, że proces ten zaczyna się wcześniej, już podczas obserwowania przez zwykłego człowieka pierwszych symptomów choroby. Zdarza się, że już na tym etapie ludzie decydują o wzorach poszukiwania po-

nr 45, s. 133; też, *Lay Beliefs on Polish Oncology in the Evaluation of Healthy Individuals*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2017, vol. 24, no. 4, s. 648–649.

⁴⁸ Taż, *Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych...*, s. 137–138.

⁴⁹ Taż, *Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych...*, s. 145.

⁵⁰ Tamże, s. 146.

mocy profesjonalistów⁵¹. W tym ujęciu zwraca się uwagę na zbieżność teorii Freidsona z antropologiczną koncepcją choroby, determinowaną kulturowo. Ujęcie antropologiczno-medyczne ukazuje też wpływ kultury na kształtowanie się zjawiska choroby (*illness*). Wtedy koncepcja *lay referral system* koncentruje się na analizie wpływu społeczności na jednostkę doświadczającą objawów choroby i na mechanizmach ich interpretacji związanych z korzystaniem z profesjonalnej opieki medycznej. Choroba jest traktowana jako „fenomen konstruowany w toku procesów społecznej oceny i interpretacji”⁵². Jest ona „produktem” społeczeństwa, który może być rozpatrywany w kontekście pozamedycznej perspektywy zwykłych ludzi (laików). Takie interpretowanie choroby stwarza możliwość traktowania poglądów jednostki zgodnie z jej własną, osobistą perspektywą widzenia społecznej roli chorego równocześnie z poszanowaniem opinii otoczenia społecznego, w jakim ta osoba żyje. Powstaje przy tym pytanie: co ogranicza znaczenie koncepcji E. Freidsona? Tu dotykamy wspomnianej już sytuacji, w której wpływ społeczności na poglądy laików jest niewielki lub wręcz żaden. Może jednak zdarzyć się sytuacja, że laicy poszukują pomocy jedynie w obrębie systemu nieprofesjonalnego (laickiego)⁵³.

Koncepcja Eliota Freidsona w tej perspektywie jest przeciwstawiana modelowi strukturalno-funkcjonalnemu Talcotta Parsonsa, w której lekarzowi przyznaje się pozycję „biomedycznego monopolisty”. Jednak w społeczeństwie pluralistycznym jednostka posiada coraz więcej komplementarnych opcji uzyskania pomocy, „oferta szpitalna” jest tylko jedną z nich. Dominujący (ale nie monopolistyczny) system medycyny „kreuje chorobę jako oficjalną rolę społeczną”⁵⁴. Eliot Freidson w swoisty sposób „humanizuje” dotychczasowe „uzurpatorskie” podejście medycyny do zdrowia i choroby. Krytykując medykocentryczny dyktat systemu zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia autonomicznego, subiektywnego punktu widzenia chorego w procesie organizacji procesu terapeutycznego⁵⁵.

Referowane koncepcje można odnieść do trwającego dyskursu dotyczącego *e-health* w zakresie wykorzystywania technologii informacyjnych i komunikacyjnych (*information and communication technology – ICT*) w celu transferu informacji o zdrowiu (*health-related information*) wśród konsumentów usług

⁵¹ M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2011, s. 98–99.

⁵² Tamże, s. 101; W. Piątkowski, M. Skrzypek, *Utilization of Non-Medical Healing Methods as a Way of Coping with Life Difficulties in the Socially Deprived 'Losers' of the Systematic Transformation Processes in Poland*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2012, vol. 19, no. 1, s. 151.

⁵³ M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej...*, s. 101.

⁵⁴ Tamże, s. 103.

⁵⁵ E. Freidson, *Professions and the Occupational Principle...*, s. 19; tenże, *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, The University of Chicago Press, Chicago and London 1986, s. 13–15; M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej...*, s. 105.

zdrowotnych oraz innych odbiorców świadczeń⁵⁶. Pacjenci, korzystając m.in. z forów internetowych, stron internetowych, blogów, wymieniają się własnymi, subiektywnymi doświadczeniami i „laickimi” informacjami związanymi z opieką medyczną, jej dysfunkcjonalnością, opcjami leczenia etc.⁵⁷. W tym ujęciu przyjmuje się, że ta tworząca się „alternatywna kultura medyczna” kreuje sieć „elektronicznej kolektywizacji” doświadczeń choroby, które za sprawą medium, jakim jest Internet, stają się zasobem dostępnym dla każdego. Sieci społeczne koncentrując się na problematyce zdrowia i choroby, tworzą wirtualną przestrzeń, wokół której ustalana jest diagnoza, analizowane są opcje leczenia, a także udzielane jest wsparcie. *Social network* sprawia, iż jednostka staje się podmiotem w kontekście choroby i opieki medycznej, odzyskuje poczucie sprawczości oraz pożądaną aktywność⁵⁸.

Zamiast zakończenia

Zdaniem Freidsona „prawdziwy” socjolog medycyny to badacz posiadający cechy niezależności, autonomii, badający rzeczywistość społeczną związaną ze zjawiskami zdrowia i choroby niezależnie od reguł narzucanych przez instytucjonalną medycynę. Eliot Freidson uważał, że sam kierował się tymi priorytetami, co pozwoliło mu na „zewnętrzną krytykę” systemu medycznego oraz zjawisk dysfunkcjonalności w praktyce lekarskiej, wad w zarządzaniu opieką zdrowotną etc. Ta postawa życiowa umożliwiła także prowadzenie unikalnych, nonkonformistycznych badań socjomedycznych, występowanie przeciw lekarskiemu establishmentowi, bycie prawdziwym rzecznikiem zwykłych pacjentów z ubogiego Bronksu. Freidson uzyskał rodzaj „naukowej premii” za odwagę, jego prekursorskie i nowatorskie studia nad nieznanymi dotąd rodzajami zachowań zdrowotnych pacjentów zapewniły mu trwałe miejsce nie tylko w dorobku klasycznej socjologii medycyny, ale też w globalnych dokonaniach socjologii ogólnej.

Mimo upływu prawie sześćdziesięciu lat od chwili publikacji wyników badań prowadzonych przez Eliota Freidsona, jego najważniejsze ustalenia ciągle pozostają aktualne i atrakcyjne dla współczesnych badaczy społecznych.

⁵⁶ Tenże, *Biotechnologiczna orientacja współczesnej medycyny a sposoby doświadczania choroby i relacje lekarz-pacjent*, „European Journal of Medical Technologies” 2015, nr 1 (6), s. 29.

⁵⁷ F. Griffiths, J. Cave, F. Boardman, J. Ren, T. Pawlikowska, R. Ball, A. Clarke, A. Cohen, *Social Networks – the Future for Health Care Delivery*, „Social Science and Medicine” 2012, vol. 75, no. 12, s. 2233; M. Skrzypek, *Biotechnologiczna orientacja współczesnej medycyny...*, s. 105–106.

⁵⁸ Tamże, s. 29–30.

Bibliografia

- Freidson E., *Dilemmas in the Doctor/Patient Relationship*, w: *A Sociology of Medical Practice*, ed. C. Cox, Cassell & Collier-Macmillan Publishers Limited. A. Mead, London 1975, s. 285–298.
- Freidson E., *Doctoring Together: A Study of Professional Social Control*, Elsevier, New York 1975.
- Freidson E., *Patients' Views of Medical Practice*, Russell Stage Foundation, New York 1961.
- Freidson E., *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, University of Chicago Press, Chicago 1970.
- Freidson E., *Professional Dominance and the Ordering of Health Services: Some Consequences*, w: *The Sociology of Health and Illness*, eds. P. Conrad, R. Kern, St. Martin's Press, New York 1981, s. 184–197.
- Freidson E., *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, The University of Chicago Press, Chicago and London 1986.
- Freidson E., *Professions and the Occupational Principle*, w: *The Professions and Their Prospects*, ed. E. Freidson, Sage Publications, Beverly Hills/London 1971, s. 19–38.
- Freidson E., *The Development of Design by Accident*, w: *Medical Sociologists at Work*, eds. R. Elling, M. Sokołowska, Transaction Books, New Brunswick 1978, s. 115–133.
- Griffiths F., Cave J., Boardman F., Ren J., Pawlikowska T., Ball R., Clarke A., Cohen A., *Social Networks – the Future for Health Care Delivery*, "Social Science and Medicine" 2012, vol. 75, no. 12, s. 2233–41.
- Michalik G., *Kaspirowski. Sen o wszechmocy*, Wydawnictwo Agora, Warszawa 2020.
- Nowakowski M., *Medykacja i demedykacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2015.
- Nowakowski M., *Medykacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, praca doktorska napisana na UMCS pod kierunkiem dr hab. W. Piątkowskiego, prof. ucz., Lublin 2013.
- Ostrowska A., Skrzypek M., *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2015.
- Piātkowski W., *Beyond Medicine: Non-medical Methods of Treatment in Poland*, Peter Lang, Frankfurt 2012.
- Piātkowski W., *From Medicine to Sociology. Health and Illness in Magdalena Sokołowska's Research Conceptions*, Peter Lang, Berlin 2020.
- Piātkowski W., Jezior J., Ohme R., *Listy do Kaspirowskiego. Spojrzenie socjologiczne*, Wydawnictwo M. Łoś, Lublin 1993.
- Piātkowski W., *Lecznictwo niemedyczne jako sposób interpretacji kultury*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia” 1999, vol. 24, no. 7, s. 107–118.
- Piātkowski W., *Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku*, Ossolineum, Wrocław 1988.
- Piātkowski W., *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008.
- Piātkowski W., *Obraz choroby w listach do TVP. Próba rekonstrukcji myślenia potocznego*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2018, nr 16 (1), s. 20–25.
- Piātkowski W., Skrzypek M., *Utilization of Non-Medical Healing Methods as a Way of Coping with Life Difficulties in the Socially Deprived 'Losers' of the Systematic Transformation Processes in Poland*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2012, vol. 19, no. 1, s. 147–157.
- Piātkowski W., Zalewska P., *Laickie diagnozy. Metody rozpoznawania chorób przez nieprofesjonalnych terapeutów*, w: *Diagnoza w wymiarze jednostkowym i społecznym*, red. S. Banaszak, J. Śmietarska, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2019, s. 119–130.

- Piątkowski W., *Życie codzienne jako kategoria badań socjologicznych*, w: *Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, red. B. Płonka-Syroka, Arboretum, Wrocław 2003, s. 30–39.
- Płonka-Syroka B., *Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, Arboretum, Wrocław 2003.
- Skrzypek M., *Biotechnologiczna orientacja współczesnej medycyny a sposoby doświadczania choroby i relacje lekarz-pacjent*, "European Journal of Medical Technologies" 2015, nr 1 (6), s. 24–32.
- Skrzypek M., *Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 4, s. 375–376.
- Skrzypek M., *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2011.
- Sokołowska M., *Socjologia Medycyny*, PZWŁ, Warszawa 1986.
- Synowiec-Piłat M., *Lay Beliefs on Polish Oncology in the Evaluation of Healthy Individuals*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2017, vol. 24, no. 4, s. 648–649.
- Synowiec-Piłat M., *Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych w kontekście lay referral system. Przypadek chorób nowotworowych*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica” 2013, nr 45, s. 131–145.
- Synowiec-Piłat M., *Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2020.
- Sztompka P., Boguni-Borowska M., *Socjologia codzienności*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008.
- Sztompka P., *Życie codzienne – Temat najnowszej socjologii*, w: *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Boguni-Borowska, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008, s. 15–52.
- Uramowska-Żyto B., *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Instytut Filozofii i Socjologii. Polska Akademia Nauk, Warszawa 1992.