

ADAM OSTOLSKI   
Uniwersytet Warszawski

## ROLA WYOBRAŹNI SOCJOLOGICZNEJ W KOMUNIKACJI LEKARZA Z PACJENTEM

### Streszczenie

Artykuł poświęcony jest znaczeniu wyobraźni socjologicznej w komunikacji lekarza z pacjentem. Pojęcie wyobraźni socjologicznej, wprowadzone przez Charlesa W. Millsa w 1959 r., służyło podkreśleniu wkładu socjologii w debatę publiczną i kształtowaniu samowiedzy nowoczesnego człowieka. Jego zastosowanie na przecięciu socjologii i medycyny wymagało swoistego przekładu z idiomu socjologii publicznej na kategorię socjologii praktycznej. Na przykładzie autorów stosujących pojęcie wyobraźni socjologicznej w polu medycznym pokazują, że efektem tej operacji jest utrzymujące się twórcze napięcie między publicznym a praktycznym użytkowaniem wyobraźni socjologicznej. Analiza wybranych tekstów dotyczących kształtowania wyobraźni socjologicznej na studiach medycznych pozwala wydobyć jej znaczenie jako kompetencji komunikacyjnej. Następnie omawiam, w jaki sposób wyobraźnia socjologiczna wpływa na praktykę medyczną: po pierwsze, dając lekarzowi krytyczny dystans do obiegowych wyobrażeń na temat życia społecznego, po drugie zaś, dostarczając mu „skrzynki z narzędziami”, uwrażliwiającej na społeczne aspekty zachowań i problemów zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** socjologia medycyny, wyobraźnia socjologiczna, komunikacja medyczna, ochrona zdrowia, analiza dyskursu

### KOMUNIKACJA MEDYCZNA A SOCJOLOGIA

W 2019 r. na łamach czasopisma „Medical Teacher” ukazał się list do wydawcy, sygnowany przez czwórkę londyńskich studentów medycyny. W reakcji na opublikowane wcześniej w tym samym piśmie wskazówki dotyczące nauczania

socjologii na studiach medycznych autorzy listu postanowili podzielić się własnymi refleksjami na temat tego, jak wiedza socjologiczna pomaga im w rozwijaniu kompetencji zawodowych. „W przypadku pacjentów z gruźlicą ze wschodniego Londynu” – piszą – „przykładamy większą wagę do tego, by zapytać ich o warunki mieszkaniowe, podróże i szczepienia czy inne aspekty życia, które podpowiada nam nasze humanistyczne przygotowanie”. Według autorów listu wiedza o społecznych uwarunkowaniach zdrowia pomaga im „rozwijać praktykę kliniczną”, zwłaszcza w obszarze „przeprowadzania wywiadu z pacjentem” czy „podejmowania decyzji klinicznych”. Zarazem wskazują, że ewentualne „negatywne reakcje” studentów medycyny na obecność socjologii w programie kształcenia wynikają z faktu, że „wielu studentom może być trudno od razu docenić, w jaki sposób przekazywane informacje byłyby im bezpośrednio przydatne” [Farooq i in. 2019: 1209].

Problem odpowiedniej komunikacji między lekarzem a pacjentem cieszy się w ostatnich latach rosnącym zainteresowaniem. W programach studiów medycznych zwraca się uwagę na potrzebę kształtowania umiejętności komunikacyjnych przyszłych lekarzy, wydawane są podręczniki i opracowania tego tematu oraz organizowane warsztaty i szkolenia. Komunikacja medyczna jako interdyscyplinarny obszar badań rozwija się i instytucjonalizuje, o czym świadczą coraz liczniejsze publikacje i konferencje naukowe, a także powoływanie towarzystw naukowych tworzących forum współpracy osób zainteresowanych tą dziedziną. W indywidualizującym się społeczeństwie rośnie także społeczna świadomość komunikacyjnych aspektów praktyki medycznej, zaś kompetencje (lub deficyty) lekarzy w tym względzie stają się obiektem publicznego zainteresowania, czego wyrazem jest formułowanie różnych, często opartych na stereotypach, opinii, np. że „lekarze nie umieją rozmawiać z pacjentami”.

Jednak mimo że badania nad komunikacją medyczną mają charakter interdyscyplinarny, zaś socjologia medycyny podejmuje problematykę komunikacji od początków swego istnienia, socjologia wydaje się zajmować w nich miejsce w najlepszym razie peryferyjne. Przegląd wydanych w ostatnich latach w Polsce podręczników komunikacji medycznej wskazuje, że ich treść jest zorganizowana zgodnie z punktem widzenia instytucji medycznych, według kategorii pacjentów bądź typów sytuacji medycznych, zaś przekazywana w nich wiedza koncentruje się głównie na psychologii i pragmatyce komunikacji, czasami również na aspektach prawnych bądź etycznych. Z rzadkimi wyjątkami, do których należy książka pod redakcją Antoniny Ostrowskiej *Jak rozmawiać z pacjentem?* [Ostrowska 2017], perspektywa socjologiczna wydaje się nieobecna lub marginalna.

Czy to w ogóle ma znaczenie? Socjologowie pracujący w instytucjach kształcenia medycznego często podkreślają rolę perspektywy socjologicznej w praktyce lekarskiej. Miejsce edukacji socjologicznej w programie studiów medycznych tradycyjnie legitymizowane jest w kategoriach praktycznych – poprzez pokazanie, że stanowi ona nie tyle zasób wiedzy ogólnej, uzupełniającej czysto zawodowe kształcenie lekarzy, ile nieodzowny element ich przygotowania zawodowego, ułatwiający np. kontakt z pacjentem. Socjologia jako zasób wiedzy o świecie staje się więc podstawą kształtowania wyobraźni socjologicznej, traktowanej jako składowa profesjonalnej kompetencji lekarza. Tak jak w przykładzie z cytowanego wyżej listu studentów medycyny: dopiero świadomość faktu, że ich pacjenci są mieszkańcami biedniejszych dzielnic Londynu w powiązaniu z wiedzą o społecznych uwarunkowaniach zdrowia pozwala zadać odpowiednie pytania i zaproponować adekwatne leczenie, które musi uwzględniać nie tylko aspekty biomedyczne, lecz także sytuację życiową pacjenta.

W artykule tym przyglądam się zagadnieniu obecności i nieobecności wyobraźni socjologicznej w myśleniu medycznym z trzech różnych, lecz powiązanych ze sobą perspektyw. Moim celem jest wykazanie roli wyobraźni socjologicznej jako ważnej składowej kompetencji komunikacyjnych lekarza, a w szczególności wskazanie powodów, dla których lekarzom przydatna jest nie tylko instrumentalna, lecz także refleksyjna wiedza socjologiczna. W tym celu najpierw omawiam problem wyobraźni socjologicznej w edukacji medycznej, biorąc na warsztat wybrane podręczniki socjologii dla kierunków medycznych oraz artykuły podejmujące wprost kwestię roli socjologii w edukacji medycznej (przegląd literatury). W kolejnej części proponuję własną systematyzację tego, co wiedza socjologiczna może wносить do kompetencji komunikacyjnych lekarza, porządkując użyteczne w praktyce medycznej pojęcia i wglądy socjologiczne na osi wiedza instrumentalna–wiedza refleksyjna. Na koniec próbuję zastosować wyobraźnię socjologiczną do samego problemu komunikacji między lekarzem a pacjentem, przyglądając się oddziałującym na sytuacje komunikacyjne strukturom dyskursywnym. W tym celu analizuję dwie próbki dyskursu o potrzebach zdrowotnych pod kątem wpływu obecności i nieobecności wyobraźni socjologicznej na kształtowanie instytucjonalnych ram komunikacji między lekarzem a pacjentem. W podsumowaniu zarysowuję potencjalne obszary, w których zmiany społeczne, technologiczne i ekologiczne mogą wpływać na przekształcenia kontekstów komunikacji medycznej w przyszłości.

W poniższych rozważaniach skupiam się przede wszystkim na relacji lekarz–pacjent, choć zastosowania wyobraźni socjologicznej w komunikacji medycznej są oczywiście znacznie szersze. Jest to pewne ograniczenie prowadzonego tu

wyvodu, sędzę jednak, że komunikacja między lekarzem a pacjentem jest na tyle specyficzna, że uzasadnia to odrębne potraktowanie tego tematu, zaś inne zawody i konteksty medyczne zasługują na odrębną analizę, która odda sprawiedliwość także ich własnej specyfice.

## WYOBRAŹNIA SOCJOLOGICZNA W POLU MEDYCZNYM

Charles Wright Mills, który wprowadził do słownika nauk społecznych pojęcie wyobraźni socjologicznej, prawdopodobnie nie przewidywał, że może być ona przydatna lekarzom. Wśród zawodów potencjalnie zainteresowanych rozwijaniem tej „jakości umysłu” wymienił dziennikarzy, wydawców, badaczy, naukowców, artystów i publiczność [Mills 2007: 52]. Wyobraźnia socjologiczna przyczyniać się miała do budowania samoświadomości współczesnego człowieka, zaś podstawowe dla niej rozróżnienie na „osobiste troski” (ang. *personal troubles*) jednostek i „publiczne problemy występujące w strukturze społecznej” (ang. *public issues of social structure*) miało uczyć dostrzegania tego, jak wielkie procesy społeczne odzwierciedlają się w życiu codziennym konkretnych ludzi [Mills 2007: 55].

Przeanalizowanie podanych przez Millsa przykładów osobistych trosk i publicznych problemów (jak np. bezrobocie, wojna, małżeństwo i życie wielkiego miasta) pozwala dostrzec głębokie powiązania obu tych wymiarów. Rozróżnienie na troski i problemy nie wskazuje więc na dwie odrębne kategorie zjawisk, lecz na dwa aspekty obecne w wielu doświadczeniach społecznych. I choć w książce Millsa nie ma ani słowa o lekarzach, zdrowiu czy medycynie, nic nie stało na przeszkodzie, by do tej listy dopisać zdrowie i chorobę. To spotkanie socjologii i nauk medycznych spowodowało osobliwe przesunięcie: kategoria stworzona po to, by uzasadniać publiczne powołanie socjologii, zaczęła być stosowana do legitymizacji roszczeń socjologii do użyteczności praktycznej. Wyobraźnia socjologiczna miała przydawać się już nie tylko w debacie publicznej, lecz także w gabinecie lekarskim. Jak zauważają Dorothy Broom, Cathy Banwell i Don Gardner, „nauki społeczne wkroczyły do medycyny za sprawą przekonania, że wyobraźnia socjologiczna wnosi istotny wkład do medycznej praktyki, edukacji i badań” [Broom, Banwell, Gardner 2013: 17]. Frederic W. Hafferty i Brian Castellani wskazują, że dla części socjologów zajmujących się problematyką zdrowia i medycyny takie określenie zadań subdyscypliny jest problematyczne, gdyż przypisuje socjologii funkcję odpowiadania na pytania osadzone w pozasocjologicznych strukturach istotności. Na przykład oczekiwanie, że socjologia pomoże w rozwiązaniu „problemu stosowania się przez pacjenta do zaleceń

lecarskich”, oznacza przyjęcie definicji sytuacji narzuconej przez perspektywę medyczną i odsunięcie na bok fundamentalnych pytań dotyczących np. roli ekspertów czy społecznego zarządzania ryzykiem [Hafferty, Castellani 2007: 334].

Odwołując się do zaproponowanych przez Michaela Burawoya kategorii „podziału pracy socjologicznej” (socjologia akademicka, krytyczna, publiczna i praktyczna), można zauważyć, że podobnie jak fundamentalnym rysem socjologii medycyny jest nieodzowne napięcie między jej wcieleniem akademickim (autonomicznym) a praktycznym („socjologia, której cel zdefiniowany jest przez klienta”), tak i pojmowanie wyobraźni socjologicznej w polu medycznym cechuje trwałe napięcie między jej oryginalną funkcją publiczną a praktycznym zastosowaniem [Burawoy 2009: 533]. Wbrew wyrażanym niekiedy obawom nie dochodzi jednak do jednoznacznej „kolonizacji” socjologii przez nauki medyczne, lecz raczej do powstania twórczego napięcia między różnymi rozumieniami – i różnymi sposobami praktykowania – socjologii w relacji z medycyną [Pescosolido 2011].

A jak to wygląda od strony nauk medycznych? Wyszukiwanie w bazie PubMed artykułów zawierających wyrażenie „sociological imagination” daje 20 wyników z lat 1994–2019, w tym tylko 8 tekstów związanych z tematyką medyczną (dla porównania, wyszukiwanie „sociological perspective” daje dla tego samego okresu 140 wyników). Trzy z nich poruszają temat kształcenia w zawodach medycznych, z czego dwa odnoszą się do edukacji pielęgniarek, a jeden – lekarzy, pozostałe dotyczą m.in. epidemiologii, opieki interprofesjonalnej i bioetyki. Oczywiście samo występowanie lub nieobecność terminu „wyobraźnia socjologiczna” o niczym nie przesądza. Klasyczne podręczniki socjologii adresowane do studentów kierunków medycznych, np. Davida Armstronga czy Hannah Bradby, bez wątpienia kształtują wyobraźnię socjologiczną, choć w wielu z nich nie pojawia się nawet słowo „wyobraźnia” [np. Armstrong 1989; Bradby 2009]. W innych przypadkach wyobraźnia socjologiczna jest przywoływana hasłowo, w bibliografii pojawia się obowiązkowo klasyczna pozycja Millsa, ale samo pojęcie ani nie jest poddawane nowemu opracowaniu, ani nie pracuje jako kategoria analityczna. Jedynym wyjątkiem, na który udało mi się trafić, jest podręcznik Hinote’a i Wassermana *Social and behavioral science for health professionals* [Hinote, Wasserman 2017]<sup>1</sup>.

Poniżej przyjrzyć się bliżej trzem tekstom, w których pojęcie wyobraźni socjologicznej zostało nie tylko przywołane, lecz także zoperacjonalizowane w kontekście kompetencji medycznych. Jeden z nich to fragment z podręcznika pielęgniarstwa, zaś dwa pozostałe dotyczą kształcenia przyszłych lekarzy.

<sup>1</sup> Dziękuję Annie Dudkowski-Sadowskiej za tę sugestię bibliograficzną.

W opublikowanym w 2018 r. przez Association for Medical Education in Europe (AMEE) przewodniku dotyczącym kształcenia socjologicznego na studiach medycznych autorzy (Kathleen Kendall i in.) definiują wyobraźnię socjologiczną jako „żywą świadomość tego, jak osobiste doświadczenia, w tym doświadczenia zdrowia, choroby czy opieki zdrowotnej, są kształtowane przez czynniki społeczne” [Kendal i in. 2018: 1205]. W ślad za A. Thomasem wskazują, że wyobraźnia socjologiczna jest „pojęciem progowym” (ang. *threshold concept*), działającym jak „portal do świeżego sposobu myślenia” i kwestionującym potoczny światopogląd, zakładający „indywidualizowanie problemów społecznych”. Podkreślają, że wyobraźnia socjologiczna pozwala uniknąć dwóch symetrycznych pułapek: postrzegania ludzi jako „kukielek społecznych” i jako „całkowicie autonomicznych podmiotów”, w zamian umożliwiając dostrzeżenie dynamicznego współistnienia indywidualnej sprawczości i ciężenia struktur społecznych. Autorzy omawiają to na przykładzie społecznych wzorów konsumpcji alkoholu: młody człowiek może oddawać się okazjonalnemu pijaństwu (ang. *binge drinking*) pod wpływem presji rówieśniczej i kampanii reklamowych producentów alkoholu, „jednak w przypadku innej osoby te same wpływy może ograniczać jej wiara lub rodzina” [Kendal i in. 2018: 1202].

Z kolei w artykule opisującym eksperymentalny program nauczania socjologii na jednym z australijskich uniwersytetów Simon Kitto definiuje wyobraźnię socjologiczną jako „sposób wnikliwego przyglądania się strukturze społeczeństwa, poznawania biografii jednostek i historii społeczeństwa oraz związków między nimi, a także rozumienie «różnorodności mężczyzn i kobiet», którzy stanowią społeczeństwo i aktywnie je współtworzą” [Kitto 2004: 76].

Kształcenie wyobraźni socjologicznej ma być według niego kształtowaniem świadomości, dzięki której przyszedli lekarze zdolni będą do krytycznego myślenia i działania w zgodzie z zasadą społecznej sprawiedliwości. W podawanych przez autora przykładach, obejmujących wpisane w program kursu efekty uczenia się, przewijają się trzy wątki: ucieleśnienie (ang. *embodiment*), różnorodność i refleksyjność. *Ucieleśnienie* dotyczy tego, w jaki sposób struktury społeczne takie jak niepełnosprawność, epidemia czy dyskryminacja odzwierciedlają się w życiu codziennym jednostek. *Różnorodność* to m.in. świadomość zróżnicowania społecznych perspektyw postrzegania zdrowia, choroby i praktyki medycznej, znajomość społecznych uwarunkowań zdrowia związanych z czynnikami takimi jak miejsce zamieszkania, płeć, pozycja społeczna, etniczność, ekologia czy dostęp do ochrony zdrowia, a także zdolność dostosowania praktyki medycznej do różnorodnych okoliczności społecznych i kulturowych [Kitto 2004: 75–76]. Wreszcie *refleksyjność* to w przypadku studentów medycyny m.in. świadomość



asymetrycznych relacji władzy między lekarzem a pacjentem [Kitto 2004: 84] czy umiejętność krytycznego spojrzenia na to, jak ich własna biografia i doświadczenia wpływają na ich podejście do medycyny [Kitto 2004: 76]. Student medycyny powinien również „doceniać, że spojrzenie na problemy z różnych perspektyw wzbogaca jego zrozumienie tych problemów i przyszłe kompetencje lekarskie” [Kitto 2004: 78].

Oparta na takich założeniach edukacja nie polega tylko na przekazywaniu wiedzy, lecz przede wszystkim na wzbogacaniu społecznego doświadczenia studentów. Dlatego w opisywanym przez Kitto kursie poczesne miejsce zajmowały spotkania z różnymi „interesariuszami” (ang. *stakeholders*) ochrony zdrowia, w tym z pacjentami występującymi w roli „ucieleśnionych ekspertów”. Dodatkowo pozwalało to zaburzyć „obiektywizujące” podejście do ciała pacjenta związane ze „spojrzeniem klinicznym” i tymczasowo odwrócić asymetrię władzy, sytuując doświadczonego pacjenta w pozycji przewodnika i nauczyciela przyszłych lekarzy [Kitto 2004: 77].

Chociaż w obu tych tekstach widać silny nacisk na praktyczne zastosowania wyobraźni socjologicznej, rozłożenie akcentów jest odmienne: dla Kendall i in. wyobraźnia socjologiczna jest przede wszystkim kompetencją intelektualną, Kitto traktuje ją jako ucieleśnioną kompetencję komunikacyjną. Inaczej rozkładają się też relacje między publicznym a praktycznym rozumieniem wyobraźni socjologicznej: u Kendall i in. dominacja wymiaru praktycznego jest niemal zupełna, natomiast wedle Kitto praktyczny użytek z wyobraźni socjologicznej wymaga, aby była ona podszyta właściwą dla socjologii publicznej refleksyjnością.

Do wyobraźni socjologicznej odwołuje się także Benny Goodman w podręczniku *Psychology and sociology in nursing* [Goodman 2019: 16–18]. Rozwiniętą wersję tych samych rozważań można znaleźć w opublikowanym przez autora w Internecie skrypcie z wykładu [Goodman 2015]. Autor nie proponuje własnej definicji pojęcia, trzymając się klasycznych sformułowań Millsa, jednak w inspirujący sposób dookreśla je za pomocą przykładów: mężczyzna w średnim wieku doznaje ataku serca, młoda dziewczyna cierpi na zaburzenia odżywiania, nastolatek spędza noc na SOR z powodu zatrucia alkoholem po pijackim wieczorze z kumplami (ang. *binge drinking*). Goodman analizuje, jak w takich przypadkach osobiste troski wiążą się z publicznymi problemami wynikającymi ze struktur społecznych. Jednocześnie pokazuje powierzchowność narzucających się rozsądkowych interpretacji tych sytuacji w kategoriach jednostkowych, takich jak indywidualny styl życia, specyficzne potrzeby psychiczne czy wreszcie niemoralne prowadzenie się i/lub zaniedbania wychowawcze. Wyjaśnienia te mogą wskazywać na istotne czynniki, ale poprzestawanie na nich oznaczałoby

ignorowanie szerszego kontekstu społecznego, który dla skutecznej interwencji może mieć kluczowe znaczenie. Styl życia mężczyzny w średnim wieku (palenie, tłuste jedzenie itp.) staje się mniej zagadkowy, jeśli dostrzeżemy, że należy on do klasy robotniczej i odtwarza charakterystyczne dla niej wzory konsumpcji, że w okresie dojrzewania był eksponowany na natarczywe kampanie reklamowe koncernów tytoniowych i że jego zachowania mogą odpowiadać społecznie obowiązującym wzorom męskości. Autodestrukcyjne tendencje młodej dziewczyny (potrzeba kontroli obrazu własnego ciała) mogą się wiązać ze społecznie obowiązującymi wzorami kobiecości oraz nasyceniem współczesnej przestrzeni wizualnej obrazami bardzo szczupłych kobiet. Pijackie epizody nastolatka łatwiej zrozumieć przy uwzględnieniu presji grupy rówieśniczej, dostępności taniego alkoholu oraz oczywiście tego, że brawurowe picie może być traktowane jako „potwierdzenie” męskości.

W kontekście tych przykładów Goodman podkreśla, że wyobraźnia socjologiczna pozwala „wykroczyć poza nadmiernie upraszczające analizy zachowań zdrowotnych, doświadczeń i decyzji pacjentów, klientów i oczywiście nas samych”. Przestrzega, że brak takiej wyobraźni może oznaczać, że „poprzestaniemy na odpowiedziach [...], które będą w najlepszym razie częściowe, w najgorszym zaś nieadekwatne, osądzające lub niebezpieczne” [Goodman 2015: 1]. Przywoływane w tekście ilustracje takich częściowych wyjaśnień obejmują woluntarystycznie pojmowany „styl życia”, wyizolowaną z kontekstu społecznego psychologię czy pseudosocjologiczne interpretacje w kategoriach moralistycznych. Funkcja wyobraźni socjologicznej w ochronie zdrowia jest tedy dwojaka. Po pierwsze, wyczuła ona na szersze i czasami nieoczywiste konteksty zachowań i problemów zdrowotnych, po drugie zaś, immunizuje na obiegowe wyobrażenia i dyskursy, które mogą utrudnić lub wręcz uniemożliwić adekwatną odpowiedź na te problemy.

Jak zobaczymy poniżej, oba wyróżnione aspekty wyobraźni socjologicznej mogą odgrywać istotną rolę w komunikacji lekarza z pacjentem, choć każdy z nich w inny sposób. Wcześniej jednak warto przyjrzeć się temu, jakich narzędzi może dostarczać lekarzowi socjologia.

### **SOCJOLOGICZNA „SKRZYŃKA Z NARZĘDZIAMI”**

Wyobraźnia socjologiczna w medycynie nie jest techniką czy zbiorem technik, opiera się natomiast na szeregu pojęć i teorii tworzących swoistą „skrzynkę z narzędziami”. Pojęcia te uwrażliwiają na istotne zjawiska i mechanizmy, które dla niezbrojonego w socjologiczne kategorie oka pozostałyby niewidoczne. Na ową



„skrzynkę z narzędziami” składają się trzy typy wiedzy. Po pierwsze, konkretne wskazówki i zalecenia dotyczące prowadzenia konsultacji, urzędnika gabinetu itp. – wiedza instrumentalna. Po drugie, pojęcia i teorie wypracowane w obrębie socjologii medycyny (teorie średniego zasięgu), które dają się zastosować do konkretnych sytuacji, ale nie zawsze w sposób automatyczny. Po trzecie wreszcie, koncepcje socjologii ogólnej, dotyczące m.in. zróżnicowania społecznego, problemów dyskryminacji i uznania, zmiany społecznej czy społecznego tworzenia wiedzy. Koncepcje te dostarczają lekarzowi wiedzy refleksyjnej, która często nie daje się przełożyć na konkretne wskazówki do działania, ale ma wpływ zarówno na sposób prowadzenia praktyki medycznej, jak i na jej rezultaty.

Jak zwraca uwagę Antonina Doroszevska, socjologia w pierwszej kolejności dostarcza lekarzowi socjologicznej analizy komunikacji z pacjentem. Chodzi o świadomość istnienia (i zmieniającej się treści) ról społecznych lekarza i pacjenta, znajomość różnych istniejących modeli komunikacji medycznej i ich konsekwencji oraz rozpoznanie społecznego kontekstu komunikacji (obejmującego różnorodne zjawiska – od skutków organizacji przestrzeni w gabinecie po społeczne postawy i opinie na temat lekarzy) [Doroszevska 2014]. Wiedza o tych czynnikach nie tylko ułatwia wybór sposobu komunikacji z konkretnym pacjentem, lecz także może inspirować do reorganizacji przestrzeni i funkcjonowania placówek medycznych w sposób przyjazny dla udanej komunikacji. Te elementy socjologicznej „skrzynki z narzędziami”, które omawia Doroszevska, często pozwalają na sformułowanie konkretnych wskazówek odnośnie do tego, co warto robić, a czego lepiej unikać: od ogólnych zaleceń, by wysłuchać historii pacjenta, po bardziej szczegółowe sugestie dotyczące tego, jakich obrazów lepiej nie wieszać na ścianie gabinetu. Taką listę zaleceń dotyczących tego, jak prowadzić konsultację medyczną, przedstawia też Beata Tobiasz-Adamczyk: od stworzenia odpowiedniej atmosfery po dzielenie się odpowiedzialnością za decyzje [Tobiasz-Adamczyk 2002: 56].

W słowniku socjologii medycyny znajduje się ponadto szereg pojęć takich jak „perspektywa pacjenta”, „problem pacjenta”, „kliniczna góra lodowa” czy „wejściówka na konsultację”. Pojęcia te uwrażliwiają lekarza na społeczne motywy zachowań i decyzji pacjenta, umożliwiają dostrzeżenie odmienności punktów widzenia, słowników i struktur istotności partnerów interakcji („perspektywa pacjenta”), uświadamiają, że z punktu widzenia pacjenta choroba jest tylko częścią problemu, z którym przychodzi do lekarza, i że jeśli zaproponowana terapia tego nie uwzględni, to może okazać się nieskuteczna („problem pacjenta”), uwrażliwiają na to, że (i dlaczego) większość istotnych medycznie symptomów nie jest zgłaszana lekarzowi w profesjonalnej ochronie zdrowia

(„kliniczna góra lodowa”) i że pierwszy zadeklarowany przez pacjenta podczas wizyty symptom niekoniecznie będzie tym, który jest rzeczywistym powodem wizyty („wejściówka na konsultację”) [Armstrong 1989]. To tylko kilka z dłuższej listy wypracowanych w obrębie socjologii medycyny pojęć, które nie zawsze przekładają się bezpośrednio na wskazówki do działania, lecz pełnią raczej funkcję uwrażliwiającą, przygotowując lekarza na spotkanie z „wyzwaniem różnicy” [Andrzejewski 2017].

Poza specjalistycznym obszarem socjologii medycyny w gruncie rzeczy cały obszar zainteresowania socjologii może mieć znaczenie dla praktyki medycznej. Jak wskazuje David Mechanic, zakres socjologii jest bardzo szeroki, dlatego „lepiej zademonstrować, jak socjologowie myślą, niż silić się na podsumowanie całości podejmowanych przez nich tematów” [Mechanic 1990: 93]. Jako ilustracja socjologicznego sposobu myślenia posłuży nam pojęcie dyskryminacji. W języku potocznym słowo „dyskryminacja” kojarzy się z sytuacją, gdy ktoś traktuje gorzej osoby należące do określonej kategorii społecznej, np. dlatego, że jest do nich uprzedzony. W słowniku nauk społecznych jest to bardziej złożone pojęcie. Rozpatruje się różne wymiary dyskryminacji: prawny, ekonomiczny, językowy, społeczny czy psychologiczny. Fundamentalną rolę odgrywa rozróżnienie na dyskryminację bezpośrednią, gdy ktoś jest traktowany gorzej, ponieważ stosuje się do niego inne reguły niż do pozostałych, i dyskryminację pośrednią – gdy ktoś jest w gorszym położeniu, ponieważ stosuje się do niego te same reguły co do wszystkich, ignorując jego lub jej specyficzne potrzeby czy sytuację (co nazywa się „falszywą uniwersalnością”). W literaturze wyróżnia się ponadto dyskryminację krzyżową, dotyczącą ludzi, którzy należą jednocześnie do kilku dyskryminowanych kategorii. Z socjologicznego punktu widzenia dyskryminacja – bezpośrednia, pośrednia czy krzyżowa – jest przede wszystkim pewną strukturą społeczną, która wyraża się w działaniach jednostek i relacjach między nimi, nie musi być efektem złej woli czy świadomym wyborem. Ostatecznie te same mechanizmy dyskryminacji coraz częściej zauważa się w przypadku działania sztucznej inteligencji, używanej w ochronie zdrowia do diagnozowania chorób, szacowania rokowań czy zarządzania kolejkami [Noor 2020].

Jak to się ma do komunikacji medycznej? W książce *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo* Claire M. Renzetti i Daniel J. Curran opisują szeroko problemy związane z diagnozowaniem i leczeniem chorób serca u kobiet. Omawiają odmienną epidemiologię chorób serca, związaną ze stylem życia, dominującym typem osobowości, gospodarką hormonalną i wpływem tradycyjnych ról płciowych zarówno kobiet, jak i mężczyzn na ryzyko choroby wieńcowej i zawału [Renzetti, Curran 2005: 512–517]. Podkreślają, że choroby serca mają inny przebieg u kobiet

i mężczyzn, „ale wiedza na ten temat nadal nie jest duża”, ponieważ „do niedawna badania nad chorobami serca obejmowały wyłącznie mężczyzn”, choć ich wyniki uogólniano na obie płcie, co potwierdzało stereotypowe przekonanie, że kobiety są w mniejszym stopniu zagrożone chorobami serca [Renzetti, Curran 2005: 516]. W dalszej części autorzy przyjrzeni się szeregowi różnic w odniesieniu do terapii. Zauważyli, że „większość lekarzy nie reaguje tak zdecydowanie na symptomy choroby serca u kobiet, jak czyni to w wypadku mężczyzn” oraz że „narzekania kobiet na swój stan zdrowia są nierzadko trywializowane”, co skutkuje opóźnionym i mniej skutecznym leczeniem [Renzetti, Curran 2005: 533–534].

Polski przekład książki oparty jest na piątym wydaniu amerykańskim z 2003 r., od czasu jej publikacji minęły więc prawie dwie dekady. Tym, co się niewątpliwie zmieniło, jest przede wszystkim fakt dostrzeżenia problemu i intensyfikacja badań nad różnicami symptomów kardiologicznych u kobiet i mężczyzn, a także nad tym, w jakim stopniu odmiennosc symptomów wyjaśnia dysproporcje w diagnozie i leczeniu – co samo w sobie jest dobrym przykładem synergii między naukami społecznymi i medycznymi. Jednak rzut oka na nowsze publikacje dotyczące sytuacji w różnych krajach pokazuje, że większość z podnoszonych przez autorów problemów pozostaje aktualna. Na przykład w niedatowanym tekście Marianny Janion, omawiającym historię i działalność Sekcji Chorób Serca u Kobiet, działającej od 1997 r. przy Polskim Towarzystwie Kardiologicznym, obok sukcesów w postaci znaczącej redukcji śmiertelności autorka wskazuje też na utrzymujące się problemy. Chodzi przede wszystkim o niedostateczną reprezentację kobiet w badaniach klinicznych, na podstawie których wyznacza się standardy leczenia, brak informacji o tym, jak działanie leku zależy od płci w przypadku ponad 30% leków dopuszczonych przez amerykańską FDA czy brak informacji o tym, jak różnicować dawkowanie leków, nawet w przypadku tych leków, które cechują „istotne różnice we wchłanianiu, metabolizmie, wydalaniu u kobiet i mężczyzn” [Janion b.d.]. Problem wydaje się mieć zasięg uniwersalny. W komunikacie ogłoszonym przez Uniwersytet w Leeds w 2016 r. czytamy, że kobiety są o połowę bardziej narażone na to, że początkowa diagnoza (typu zawał serca) będzie błędna, co nie pozostaje bez wpływu na rokowania (badania przeprowadzono w 243 szpitalach w Anglii i Walii w latach 2004–2013). Dostosowanie testów troponinowych do specyfiki kobiecego organizmu łagodzi problem, ale go nie rozwiązuje. Jeden z autorów omawianego badania skomentował to w następujący sposób: „Musimy mocniej pracować nad obiegową opinią, że zawał to problem, który dotyczy tylko określonego typu osób” [University of Leeds 2016]. Kilka lat później, w 2019 r., „Journal of the American Heart Association” donosił, że kobiety po zawale „nadal są bardziej narażone na niepełną diagnozę i niedostateczną

terapię wskutek nierozpoznania wczesnych symptomów” [Chadi Alraies, Piña 2019]. Co istotne, w przywoływanych badaniach ustalono, że kobiety były częściej od mężczyzn diagnozowane błędnie także wtedy, gdy prezentowały typowe symptomy oraz niezależnie od tego, czy w diagnozowaniu stosowane były standardy ogólne czy zróżnicowane ze względu na płeć.

Nie ulega wątpliwości, że do poprawnej komunikacji potrzebna jest lekarzowi aktualna fachowa wiedza (np. o typowych i atypowych symptomach zawału), a także ogólna umiejętność porozumiewania się z pacjentem. Potrzebna jest jednak także świadomość, że pacjent nie jest „człowiekiem w ogóle”, lecz mężczyzną lub kobietą. Oznacza to, że komunikacja lekarza z pacjentką odbywa się w kontekście wyznaczonym przez istnienie w społeczeństwie stereotypowych wyobrażeń związanych z płcią, co może skutkować nieświadomą dyskryminacją bezpośrednią, a także w kontekście utrzymującej się „fałszywej uniwersalności” wiedzy medycznej w odniesieniu do chorób serca u kobiet, co może skutkować dyskryminacją pośrednią.

Podobnie w przypadku starszych pacjentów – dzięki wyobraźni socjologicznej lekarz może uświadomić sobie istnienie stereotypowych wyobrażeń związanych z wiekiem (dyskryminacja bezpośrednia), wziąć pod uwagę, że większość starszych pacjentów to w istocie starsze pacjentki, co oznacza, że na stereotypy na temat osób starszych nakładają się problemy związane z dyskryminacją kobiet (dyskryminacja krzyżowa), czy uwzględnić, że jeśli w procesie kształcenia lekarz otrzymał tylko ogólne podstawy wiedzy geriatrycznej, to niemożność zdiagnozowania u pacjenta konkretnej choroby nie musi oznaczać, że jej nie ma (dyskryminacja pośrednia).

Uprzytomnienie sobie dzięki wyobraźni socjologicznej tych mechanizmów – w odniesieniu do kobiet, osób starszych czy innych grup narażonych na dyskryminację – nie rozwiązuje oczywiście automatycznie wszystkich problemów, ale tworzy kontekst, w którym komunikacja i praktyka medyczna może być bardziej owocna.

Socjologiczna „skrzynka z narzędziami” kieruje uwagę lekarza na różnorodność społeczną pacjentów (w tym na zróżnicowanie klasowe, będące przedmiotem zainteresowania socjologii medycyny od jej zarania [por. Skrzypek 2012]), a w szczególności na różnorodne potrzeby zdrowotne i złożone motywacje do leczenia. Stosowanie tych narzędzi nie jest jednak tylko kwestią przygotowania i dobrej woli. Nie tylko po stronie pacjenta, lecz również po stronie lekarza jednostkowa biografia uwikłana jest w publiczną historię, zaś stosowanie wyobraźni socjologicznej może być wspierane lub ograniczane przez rozmaite struktury społeczne.

## DYSKURS O POTRZEBACH ZDROWOTNYCH: Z WYOBRAŹNIĄ I BEZ WYOBRAŹNI

Jedną z owych struktur społecznych kształtujących komunikację między lekarzem a pacjentem jest dyskurs o potrzebach zdrowotnych. W dyskursie dominującym w debacie publicznej i nierzadko kształtującym też myślenie potoczne niektóre potrzeby zdrowotne (lub potrzeby zdrowotne niektórych kategorii pacjentów) uznawane są za prawomocne i ważne, innym zaś odmawia się realności [Dunin 2010]. Ma to wpływ na postawy zarówno lekarzy, jak i pacjentów, a także na ich wzajemne oczekiwania. Wyobraźnia socjologiczna powinna wyposażać w zdolność dystansowania się od obiegowych wyobrażeń i uzyskiwania szerszego obrazu sytuacji, brak wyobraźni zwiększa natomiast ryzyko powielania dominujących schematów myślowych.

Poniżej postaram się to pokazać na przykładzie analizy dwóch próbek dyskursu o potrzebach zdrowotnych, inspirowanej krytyczną analizą dyskursu, a konkretnie badaniami Normana Fairclougha. Nazwa krytyczna analiza dyskursu obejmuje różnorodne podejścia badawcze, które łączy kilka podstawowych założeń, ale różnicuje m.in. podejmowana problematyka czy odmienny nacisk na socjologiczne, względnie lingwistyczne aspekty analizy [Fairclough, Wodak 2006; Kopytowska, Kumięga 2017]. Odwołuję się tu do wersji krytycznej analizy dyskursu sformułowanej przez Fairclougha w książce *Critical discourse analysis* [Fairclough 1995] i doprecyzowanej przez Marianne Jørgensen i Louise Phillips w *Discourse analysis as theory and method* [Jørgensen, Phillips 2002: 60–95]. Podejście Fairclougha wydaje się szczególnie użyteczne przy badaniu dyskursów o potrzebach medycznych ze względu na zainteresowanie autora powiązaniem między dyskursem a relacjami władzy w obszarze tworzenia tożsamości społecznych, relacji społecznych oraz systemów wiedzy i znaczenia – co daje narzędzie do przyglądania się temu, jak w dyskursie i poprzez dyskurs konstruowane są tożsamości „lekarza” i „pacjenta”, a także modelowa relacja między nimi i systemy wiedzy dotyczącej potrzeb medycznych i motywacji aktorów. Warto podkreślić, że sam Fairclough stosował swoją metodę m.in. do analizy wywiadu lekarskiego [Fairclough 1995: 91–111] czy marketyzacji dyskursu na temat edukacji wyższej [Fairclough 1995: 130–166].

Jak podkreślają Jørgensen i Phillips, „w większości podejść do analizy dyskursu [...] nie istnieje ustalona procedura wytwarzania materiału czy analizy: schemat badania powinien być skrojony na miarę potrzeb wynikających ze specyfiki projektu badawczego” [Jørgensen, Phillips 2002: 76]. W przypadku podejścia Fairclougha wskazują jednak na sześć zalecanych kroków badawczych: (1) wybór

problemu badawczego, (2), sformułowanie pytań badawczych, (3) wybór materiału, (4) transkrypcję (jeśli ma zastosowanie), (5), analizę, (6) wyniki. Szczególną uwagę warto zwrócić na krok ostatni – wyniki, których celem powinno być wytworzenie „krytycznej świadomości językowej”, uwrażliwiającej czytelnika na zamaskowane w dyskursie relacje władzy [Jørgensen, Phillips 2002: 88–89] oraz na charakterystyczne podejście do formułowania pytań badawczych. W tym nurcie krytycznej analizy dyskursu istotną rolę odgrywa założenie, że praktyka dyskursywna jest zawsze częścią określonej praktyki społecznej, obejmującej również aspekty niedyskursywne. Dlatego punktem wyjścia analizy jest praktyka społeczna, zaś dyscypliny, które ową praktykę badają, np. politologia, historia czy socjologia, umożliwiają oparcie analizy na tym, co „pozadyskursywne” [Jørgensen, Phillips 2002: 78].

Problemem, któremu chcę się przyjrzeć, jest to, jak wyobraźnia socjologiczna bądź jej brak wpływa na sposób mówienia o potrzebach zdrowotnych pacjentów, ich rozpoznawanie (bądź nierozpoznawanie) przez lekarzy oraz motywacje różnych aktorów w systemie ochrony zdrowia. Jednym słowem, interesuje mnie to, jak wyobraźnia socjologiczna wpływa na instytucjonalny kontekst komunikacji między lekarzem a pacjentem. Konstruując szczegółowe pytania – kryteria analizy – opieram się na omówionych wcześniej cechach wyobraźni socjologicznej. Przyjmuję, że wypowiedzi pozbawione wyobraźni socjologicznej (które oznaczać będą jako dyskurs w0) charakteryzować będą takie właściwości, jak: indywidualizacja problemów społecznych, oscylacja między traktowaniem ludzi na przemian jako „społeczne kukielki” i jako całkowicie autonomiczne podmioty, zawężająco ekonomiczne ujęcie motywacji aktorów społecznych, ignorowanie możliwości, że aktorzy społeczni mogą kierować się motywacją zdrowotną, moralistyczne ujęcie problematycznych zachowań i wreszcie dyskryminacyjne wyobrażenia o całych kategoriach pacjentów. Opowieść zakorzeniona w wyobraźni socjologicznej (dyskurs w1) będzie natomiast kładła nacisk na ukazanie trosk jednostek w kontekście publicznych problemów struktury społecznej, społeczne zakorzenienie decyzji ekonomicznych (ang. *moral economy*), znaczenie motywacji zdrowotnej w decyzjach aktorów społecznych, empatyczne podejście do problematycznych zachowań i wreszcie kwestię zróżnicowania społecznego pacjentów i fakt, że ich potrzeby medyczne mogą ściśle wiązać się z potrzebami pozamedycznymi.

Za materiał do analizy posłużą mi dwie próbki dyskursu o potrzebach zdrowotnych. Pochodzą one z wywiadów opublikowanych na przełomie 2010 i 2011 r. odpowiednio w „Gazecie Wyborczej” [Wyborcza.pl 2010] na temat leczenia biednych dzieci (w1) i w czasopiśmie „POgłos” [„POgłos” 2011] na temat funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce (w0). Pierwszy tekst jest klarownym



przykładem tego, jak oświetlony wyobraźnią socjologiczną dyskurs o potrzebach i motywacjach może wpływać na faktyczną praktykę lekarską, drugi tekst ma charakter postulatywny, mówi o tym, jak lekarze i osoby zarządzające ochroną zdrowia powinny myśleć o potrzebach i motywacjach. Teksty te reprezentują diametralnie różne spojrzenia na ten sam obszar praktyki społecznej, zarazem jednak mają pewne cechy, które uzasadniają ich porównanie. Oba mają charakter wywiadu, w którym nadawca dyskursu objaśnia dziennikarzowi świat (ta sama forma retoryczna), a także oba odnoszą się do tego samego świata („pozadyskursywnego” stanu rzeczy), jako że pochodzą z tego samego okresu. Przywołując tu cytaty z obu źródeł, unikam podkreślania tożsamości konkretnych osób, od których pochodzą. W poststrukturalistycznej teorii dyskursu przyjmuje się założenie o „śmierci autora”, tj. nieistnieniu poprzedzających dyskurs tożsamości, czy to indywidualnych, czy zbiorowych. Celem analizy nie jest odkrycie jakiejś prawdy na temat wypowiadającego się podmiotu (jego intencji, interesów itp.), lecz odsłonięcie struktur dyskursu, a tym samym struktur władzy.

Przyjrzyjmy się kolejno, jak w analizowanych tekstach uwidoczniają się te alternatywy.

Indywidualizacja problemów społecznych	Widzenie trosk jednostek w kontekście publicznych problemów struktury społecznej
<p><i>[w0] Jeśli ktoś zaoszczędzi i nie „wychoruje” swoich pieniędzy, może w kolejnym roku nie płacić składek na swoje konto. To sprawia, że każdy pacjent bierze odpowiedzialność za własne zdrowie.</i></p>	<p><i>[w1] Zaczęliśmy więc szukać matki. Okazało się, że to szwaczka. Pracuje całymi dniami. Wstaje do pracy o piątej rano, wraca wieczorem. Musi sobie radzić, bo sama wychowuje kilkoro dzieci. W rodzinie nie ma alkoholu, ale nie ma też ojca. Matka pracuje, ale grosze zarabia. Czy to patologia? No przecież kobieta się stara, tylko wszystkiego nie może ogarnąć.</i></p>

W dyskursie w0 zdrowie i choroba są kwestią indywidualnego wyboru o charakterze konsumenckim – jak to ujmuje David Mechanic, „dla wielu ekonomistów nabywanie opieki zdrowotnej nie różni się fundamentalnie od kupowania marchewki czy aparatu fotograficznego” [Mechanic 1990: 93]. Finansowa motywacja do ograniczania wizyt u lekarza rodzinnego i niewykonywania badań morfologicznych (obecna w systemie singapurskim) ma przekonać pacjenta do tego, by poczuł się odpowiedzialny za własne zdrowie. W dyskursie tym człowiek traktowany jest jako abstrakcyjna jednostka ujmowana zgodnie z modelem *homo oeconomicus* – „każdy pacjent” – zaś choroba jest jego indywidualną troską.

W dyskursie w1 także dostrzega się jednostki, ale ukazywane są one jako osoby mające swoje społeczne usytuowanie: „okazało się, że to szwaczka”. Brak oparcia w abstrakcyjnym modelu jednostki oznacza, że konieczne może być zainteresowanie się, kim jest konkretny pacjent (wskazuje na to słowo „okazało się”). Osobiste troski tych jednostek nie są czymś oderwanym od szerszych problemów, takich jak ubóstwo, sytuacja na rynku pracy czy model rodziny. Nie zakłada się, że są to jednostki w pełni autonomiczne, zdolne zmienić swoją sytuację aktem woli, ale nie uważa się też, że są w pełni sterowalne przez zachęty i sankcje ekonomiczne czy inne środki dyscyplinujące.

Ekonomizacja wg modelu <i>homo oeconomicus</i>	Dostrzeganie społecznego zakorzenienia decyzji ekonomicznych
<p>[w0] <i>Pacjent, który zaniedba własne zdrowie, za chwilę będzie musiał wydać więcej.</i></p> <p>[w0] <i>Dlaczego robimy teraz tak dużo cesarskich cięć? Ano dlatego, że oplaca się je robić.</i></p> <p>[w0] <i>A chodzi o to, żebyśmy znaleźli takie zbilansowane wyceny, żeby lekarz przy podejmowaniu decyzji o wyborze świadczenia kierował się dobrem pacjenta, a nie wyceną.</i></p>	<p>[w1] <i>Jeśli dziecko ma astmę albo padaczkę i regularnie bierze leki, to jest święty spokój. Żadnych ataków. Po roku rodzic zapomina, jak kiedyś było źle, i myśli, czyby na lekach nie przyszczędzić, skoro jest tak dobrze. Przystaje je dawać i nic się nie dzieje. Ale po jakimś czasie dzieciak dostaje takiego ataku, że ląduje w szpitalu. Rozmawiamy z rodzicami i wszystko wychodzi. A nawet jak idą w zaparte, wiemy, jak było naprawdę, wystarczy, że zrobimy badania. No i pytamy, dlaczego tych leków nie dawali, a oni spuszczaają głowę i tłumaczą, że były w domu inne potrzeby.</i></p>

W dyskursie w0 przyjmuje się, że zachowaniami pacjentów, lekarzy oraz działaniami placówek medycznych kieruje wąska ekonomiczna racjonalność. Pacjent dba o zdrowie, bo nie chce wydawać pieniędzy. Lekarze robią cesarskie cięcia, bo dostają za to pieniądze. Odpowiedzią na niepożądane konsekwencje zbudowania systemu na motywacjach ekonomicznych jest jeszcze więcej motywacji ekonomicznych – stąd fantazja o wycenie, której władza zakończy panowanie wyceny. W dyskursie w0 nie dostrzega się, jak wskazuje David Mechanic, „tego, w jakim stopniu przebieg choroby oraz zachowania pacjentów i pracowników ochrony zdrowia zależą od czynników pozaekonomicznych” [Mechanic 1990: 94–95].

W dyskursie w1 dostrzega się rolę pieniądza i wpływ sytuacji ekonomicznej na zachowania pacjentów, ale nie zakłada się, że „każdy pacjent” kieruje się wyłącznie ekonomicznym rachunkiem. Zauważa się natomiast, że decyzje o sposobach wydawania pieniędzy podejmowane są w kontekście zróżnicowanych potrzeb,

wśród których potrzeby medyczne nie zawsze są pierwszoplanowe – co nie znaczy, że wybory ekonomiczne pacjentów są ze zdrowotnego punktu widzenia nieracjonalne – w końcu zakup żywności, odzieży zimowej czy opału nie pozostaje bez wpływu na zdrowie. Przede wszystkim jednak dostrzega się, że pacjent niekoniecznie funkcjonuje jak firma, nastawiona na minimalizację wydatków i maksymalizację zysku, lecz działa w obrębie innego rodzaju ekonomii, która może polegać np. na zarządzaniu ubóstwem.

Ignorowanie motywacji zdrowotnej	Docenianie motywacji zdrowotnej
<p>[w0] Świadczenia zdrowotne [...] tanie, wykonywane stosunkowo często i powszechnie, jak porady u lekarza pierwszego kontaktu, badania morfologiczne [...]. Jeśli ktoś zaoszczędzi i nie „wychoruje” swoich pieniędzy, może w kolejnym roku nie płacić składek na swoje konto.</p> <p>[w0] Szpital [...] będzie z czasem leczyć skutecznie. Bo inaczej będzie leczyć dłużej, np. powikłania. A to nie będzie się szpitalowi opłacało.</p>	<p>[w1] Jest taka grupa, która łąduje w szpitalu, bo rodzice nie wykupili recepty od lekarza pierwszego kontaktu, gdy to jeszcze było tylko przeziębienie.</p> <p>[w1] Ludzie żyją tam w strasznych warunkach: bez łazienek, centralnego ogrzewania, z grzybami na ścianach. Ich dzieci chorują z biedy. Były takie sytuacje, że matka oddawała dziecko do szpitala i z góry mówiła, że nie wykupi lekarstw. Dlatego lepiej, żeby się u nas maluch przeleczył.</p>

W dyskursie w0 uderza nieobecność znaczenia troski o zdrowie jako motywacji do podejmowania działań medycznych – czy to troski pacjenta o własne zdrowie, czy troski lekarza o zdrowie pacjenta, czy o zdrowie jako podstawowy cel działalności placówek leczniczych. Pacjent ma dbać o zdrowie, bo to pozwoli mu zmniejszyć koszty składek, szpital ma być zmotywowany do leczenia pacjentów, bo to mu się będzie opłacać. Dyskurs ten nie obejmuje hipotezy, że zdrowie może być dla ludzi wartością samą w sobie albo że szpital może być nastawiony na leczenie, a nie tylko kalkulowanie opłacalności. Tak samo w przywołanym wcześniej cytacie na temat cesarskich cięć ich wysoki odsetek wyjaśniany był jedynie chciwością lekarzy, zaś czynniki takie jak oczekiwania i potrzeby pacjentek w ogóle nie mieściły się w obrazie.

W dyskursie w1 dostrzega się znaczenie motywów i potrzeb zdrowotnych, które są przez aktorów społecznych – pacjentów, lekarzy i placówki ochrony zdrowia – negocjowane z ich możliwościami ekonomicznymi.

Moralizacja	Empatia
<p><i>[w0] Mamy też niedostatki w jeszcze jednym elemencie [...] jest nim etyka lekarska.</i></p> <p><i>[w0] System niestety skłania do poszukiwania nieetycznych rozwiązań.</i></p> <p><i>[w0] To kolejny przykład braku i zarazem potrzeby monitoringu.</i></p> <p><i>[w0] W Stanach Zjednoczonych 12 proc. nakładów na służbę zdrowia to koszty sprawdzania świadczeniodawców. [...] Tam nie jest tak, że każdy lekarz może zlecić dowolne badanie.</i></p>	<p><i>[w1] Zalatwiliśmy jej operację kręgosłupa w Zakopanem – jedynym ośrodku, który robił takie zabiegi. Trzeba ją tam zwieźć. Matka przyszła i powiedziała, że przeprasza, ale ona nie jest w stanie być – choć jeden dzień – na tyle trzeźwa, żeby zawieźć dziecko do szpitala na drugim końcu Polski.</i></p>

W dyskursie w0 w sytuacji, w której motywacja ekonomiczna prowadzi do decyzji i działań problematycznych z punktu widzenia celów ochrony zdrowia, wkracza dyskurs moralistyczny. Działania takie interpretowane są wyłącznie w kategoriach moralnych, nawet jeśli dostrzega się, że w istocie jest to skutek dostosowania się do presji systemu, w którego optyce zarówno pacjent, jak i pracownik służby zdrowia to przede wszystkim „nośnik kosztów” [Charkiewicz 2009: 5]. Rozwiązaniem wygenerowanych w ten sposób problemów ma być nasilona kontrola, której koszty – w przeciwieństwie do kosztów zaspokajania potrzeb medycznych, np. badań – uważane są za bezdyskusyjnie uzasadnione.

W dyskursie w1 zauważa się problematyczne zachowania, które interpretowane są w kontekście całokształtu sytuacji życiowej człowieka i traktowane z empatią.

Dyskryminacyjne wyobrażenia o kategoriach pacjentów	Dostrzeganie różnicowania pacjentów i ich potrzeb pozamedycznych
<p><i>[w0] Znam dyrektora szpitala, który [...] zamierza zwozić ludzi z domu spokojnej starości, bo tam właściwie każdy kwalifikuje się na operację biodra. Tylko jaki jest sens wykonywania takiej operacji u 85-latka, który nie chodzi i nie będzie chodzić, bo się nie zrehabilituje?</i></p> <p><i>[w0] Np. starsi ludzie przyzwyczajeni do traktowania wizyty u lekarza co dwa tygodnie jako rozrywki.</i></p>	<p><i>[w1] Mieliśmy też grupkę stałych pacjentów – kilka osób. Zawsze trafiali do nas na święta. I rodzice mówili nam wprost, że przyprowadzają dzieci, żeby się trochę podpały. Oczywiście nie przyjmowaliśmy do szpitala zdrowych. Oni po prostu byli przewlekle chorzy, tak że zawsze można było znaleźć pretekst do hospitalizacji.</i></p>

Kolejną właściwością dyskursu w0 jest obecność dyskryminacyjnych wyobrażeń o określonych kategoriach pacjentów (np. osobach starszych) i skłonność do traktowania osób, które szczególnie potrzebują ochrony zdrowia jako tych, które jej nadużywają. Oznacza to zarówno odmawianie realności niektórym potrzebom medycznym, jak i niedostrzeganie obecności i znaczenia potrzeb pozamedycznych.

Dyskurs w1 unika dyskryminacyjnych wyobrażeń o kategoriach pacjentów (np. osobach ubogich, samotnych matkach), gdyż dostrzega społeczne zróżnicowanie pacjentów i ich potrzeb. Pozwala to na zauważenie, że choroba (problem medyczny w ścisłym sensie) może być z punktu widzenia pacjenta tylko częścią jego bądź jej rzeczywistego problemu („problem pacjenta”) i że rozpoznanie tego problemu może mieć kluczowe znaczenie dla zaproponowania terapii odpowiedniej do potrzeb i możliwości pacjenta.

Chociaż przywołane tu cytaty stanowiące próbki analizowanych dyskursów pochodzą z prasy, dyskursy te są obecne nie tylko w obiegu medialnym. Jak już pisałem, cyrkulują one w całym ciele społecznym i mogą kształtować również myślenie lekarzy i pacjentów, tworząc niepomijalny kontekst komunikacji między nimi. Dyskurs narzucający określone znaczenia i interpretacje bez wątpienia nie jest jedynie prywatną sprawą jednostek – to problem publiczny, wynikający ze struktury społecznej. Nie jest to oczywiście jedyna rama określająca komunikację medyczną – inne struktury, które Fairclough określiłby jako „pozadyskursywne”, takie jak poziom finansowania ochrony zdrowia czy organizacja pracy zawodów medycznych, również odgrywają istotną rolę. Jednak „krytyczna świadomość językowa” nie jest pozbawiona wartości. Uzbrojony w wyobraźnię socjologiczną lekarz będzie lepiej przygotowany do tego, by rozpoznać oddziaływanie dyskursu i zniwelować jego potencjalnie negatywny wpływ na komunikację z pacjentem.

### **PODSUMOWANIE:**

#### **MEDYCYNA, KOMUNIKACJA I ZMIANA SPOŁECZNA**

Jak próbowałem pokazać, wyobraźnia socjologiczna pełni w praktyce lekarskiej podwójną rolę. Dostarcza „skrzynki z narzędziami”, które ułatwiają dostrzeżenie szerszych kontekstów zachowań i problemów zdrowotnych, lecz także uodparnia na wpływy laickich „teorii” na temat zjawisk społecznych. Bez odpowiedniego przygotowania lekarzowi grozi wszak, że w praktyce nieświadomie odwoływać się będzie do obiegowych koncepcji dotyczących wpływu struktur społecznych na doświadczenia zdrowia i choroby.

Pewnym ograniczeniem zaproponowanej tu analizy jest to, że skupiłem się na roli wyobraźni socjologicznej w komunikacji lekarza z pacjentem. Jest to oczywiście tylko wąski wycinek większego tematu. Ta sama „jakość umysłu” znajduje zastosowanie i w innych sektorach komunikacji medycznej, np. w praktyce pielęgniarstwa, komunikacji w zespole medycznym czy projektowaniu kampanii informacyjnych w ramach zdrowia publicznego – każdy z tych obszarów zasługuje na odrębne studium. Zakres przydatności wyobraźni socjologicznej w medycynie nie kończy się zresztą na komunikacji, lecz obejmuje także m.in. badania epidemiologiczne, organizację pracy w placówkach medycznych, projektowanie i ewaluację systemów ochrony zdrowia czy publiczną debatę nad kształtem polityki zdrowotnej – obszary, które trudno zaliczyć do komunikacji medycznej, ale które tworzą dla niej istotne ramy i punkty odniesienia.

Osobliwością wyobraźni socjologicznej jest to, że jej wąsko rozumiana praktyczna użyteczność zależy od zdolności utrzymania szerszej perspektywy, wykraczającej poza praktyczne zastosowania – tzn. zakorzenienia w socjologii akademickiej i publicznej. Wpisana w nauki społeczne „epistemologiczna niepewność” sprawia, że nie zawsze mogą one sprostać zrozumiałemu w świecie medycznym oczekiwaniu, że dostarczą klarownych wskazówek do działania [Edgley, Timmons, Crosbie 2009]. Jednak właśnie dzięki temu przydają się w sytuacji kontaktu z tym, co nieprzewidziane – czy mówimy o nieprzebranej różnorodności pacjentów, czy o nowych wyzwaniach towarzyszących zmianie społecznej.

Jest to szczególnie istotne, gdy weźmiemy pod uwagę, jak głębokie są przemiany współczesnego świata. Ostatecznie samo wyłonienie się komunikacji medycznej jako obszaru badań i nauczania jest efektem szeregu przeobrażeń w życiu społecznym, prowadzących do przekształcenia relacji między lekarzem a pacjentem w kierunku bardziej partnerskim. Antonina Doroszevska wymienia szereg takich procesów: specjalizacja medycyny wskutek postępu wiedzy i technologii, potrzeba większego zaangażowania chorych w proces leczenia w związku z rosnącym znaczeniem chorób przewlekłych, standaryzacja decyzji klinicznych w efekcie upowszechnienia się medycyny opartej na dowodach, wreszcie wzrost świadomości pacjentów, większy konsumeryzm w stosunku do ochrony zdrowia, spadek zaufania do lekarzy i bezprecedensowy dostęp pacjentów do informacji za sprawą Internetu [Doroszevska 2019: 246–248]. Zmiany te nie tylko wymuszają przyznanie większej roli komunikacji w praktyce medycznej, lecz także określają kształt, jaki ta komunikacja przybiera.



A przecież nie jest to proces zakończony. Na przyszły kształt komunikacji medycznej wpływać będą takie zjawiska, jak rozwój nowych technologii komunikacyjnych, rosnące znaczenie pracy zespołowej w medycynie czy większe trudności w zapewnieniu podstawowej opieki zdrowotnej społecznościom wiejskim. Nadzieje związane z telemedycyną czy eksperymenty ze współprodukcją usług zdrowotnych w społecznościach lokalnych wskazują na nowe obszary rozwoju praktyki medycznej, a tym samym medycznej komunikacji. Komunikacja medyczna jutra nie będzie identyczna jak dziś, podobnie jak jej współczesne formy nie są już takie same jak w przeszłości.

Dwa obszary, na które z pewnością warto już dziś zwrócić uwagę, to kryzys klimatyczny i transhumanizm. Z jednej strony katastrofa klimatyczna wraz z jej ekologicznymi, społecznymi i zdrowotnymi konsekwencjami, z drugiej zaś coraz szersze wkraczanie w życie społeczne aktorów pozaludzkich, takich jak roboty, algorytmy czy sztuczna inteligencja, już dziś głęboko zmieniają relacje społeczne, w tym doświadczenia zdrowia i choroby, i tworzą nowe konteksty komunikacji w ochronie zdrowia. Nauki społeczne nie pozwalają wprawdzie przewidzieć ze wszystkimi detalami wyłaniającego się kształtu świata, ale wyobraźnia socjologiczna jest najlepszym, czym dysponujemy, by możliwie wcześniej rozpoznać nowe wyzwania i się do nich przygotować.

## BIBLIOGRAFIA

- Andrzejewski Łukasz.** 2017. Pacjenci są różni, czyli pochwała i wyzwanie różnicy. W: *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, A. Ostrowska (red.), 55–81. Warszawa: Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem i Wyd. IFiS PAN.
- Armstrong David.** 1989. *An outline of sociology as applied to medicine*, wyd. III. London–Boston–Singapore–Sydney–Toronto–Wellington: Wright.
- Bradby Hannah.** 2009. *Medical sociology: An introduction*. Los Angeles–London–New Delhi–Singapore–Washington D.C.: SAGE.
- Broom Dorothy, Cathy Banwell, Don Gardner.** 2013. Antecedents of culture-in-health research. In: *When Culture Impacts Health: Global Lessons for Effective Health Research*, C. Banwell, S. Ulijaszek, J. Dixon (eds.), 15–22. Cambridge: Academic Press.
- Burawoy Michael.** 2009. O socjologię publiczną. Przemówienie prezydenckie z roku 2004. W: *Nowe perspektywy teorii socjologicznej. Wybór tekstów*, A. Manterys, J. Mucha przy współpracy M. Kaczmarczyka (red.), 525–561. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Chadi Alraies M., Ileana L. Piña.** 2019. “Closing the gap on sex disparity in acute coronary syndrome: Is it time to reconsider our definitions of ‘typical’?”. *Journal of the American Heart Association* 8(17): e013739.
- Charkiewicz Ewa.** 2009. Pielęgniarki: Permanentny kryzys finansowy od 20 lat. Wprowadzenie do raportu. W: J. Kubisa, *Pielęgniarki. Protesty pielęgniarek i położnych w kontekście reform ochrony zdrowia*. Raport Think Tanku Feministycznego 3/2009.

- Doroszevska Antonina.** 2014. Socjologiczne aspekty komunikacji z pacjentem. W: *Porozumienie z pacjentem: Relacje i komunikacja*, J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski (red.), 64–84. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Doroszevska Antonina.** 2019. Stary zawód – nowe (?) umiejętności. Kompetencje komunikacyjne w zawodzie lekarza. W: *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana*, A. Majchrowska, J. Pawlikowski, W. Piątkowski (red.), 243–254. Kraków: Universitas.
- Dunin Kinga.** 2010. Przemilczane potrzeby, czyli o sposobach odmawiania realności potrzebom zdrowotnym. W: *Cudze problemy. O ważności tego, co nieważne. Analiza dyskursu publicznego w Polsce*, M. Czyżewski, K. Dunin, A. Piotrowski (red.), 233–251. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Edgley Alison, Stephen Timmons, Brian Crosbie.** 2009. “Desperately seeking sociology: Nursing student perceptions of sociology on nursing courses”. *Nurse Education Today* 29(1): 16–23.
- Fairclough Norman.** 1995. *Critical discourse analysis: The critical study of language*. London–New York: Longman.
- Fairclough Norman, Ruth Wodak.** 2006. Krytyczna analiza dyskursu, przeł. A. Ostolski. W: *Współczesne teorie socjologiczne*, wybór i opracowanie: A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski, t. 2, 1047–1056. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Farooq Zia, Sahil Chandra, Vijay Gogna, Dilen Patel.** 2019. “A student’s perspective: Teaching sociology to undergraduate medical students”. *Medical Teacher* 41(10): 1209–1210.
- Goodman Benny.** 2019. *Psychology and sociology in Nursing*, 3<sup>rd</sup> edition. London–Thousand Oaks–New Delhi–Singapore: SAGE.
- Goodman Benny.** 2015. The sociological imagination and health. [https://www.academia.edu/1676732/The\\_Sociological\\_Imagination\\_and\\_Health](https://www.academia.edu/1676732/The_Sociological_Imagination_and_Health) [access: 23.03.2022].
- Hafferty Frederic W., Brian Castellani.** 2007. *Medical sociology*. In: *21st Century sociology: A reference handbook*, C.D. Bryant, D.L. Peck (eds.), 331–338. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Hinote Brian P., Jason Adam Wasserman.** 2017. *Social and behavioral science for health professionals*. Lanham–Boulder–New York–London: Rowman & Littlefield.
- Jørgensen Marianne, Louise Phillips.** 2002. *Discourse analysis as theory and method*, London – Thousand Oaks–New Delhi: SAGE.
- Janion Marianna.** b.d. Informacja o Sekcji Chorób Serca u Kobiet, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, [http://www.ptkardio.pl/pobierz\\_zalacznik/e11ff6665ef9e7af0bd92784951930722/](http://www.ptkardio.pl/pobierz_zalacznik/e11ff6665ef9e7af0bd92784951930722/) [dostęp: 08.03.2020].
- Kendall Kathleen, Tracey Collett, Anya de Jongh, Simon Forrest, Moira Kell.** 2018. “Teaching sociology to undergraduate medical students”. *Medical Teacher* 40(12): 1201–1207.
- Kitto Simon C.** 2004. “Strategies for teaching the sociological imagination to medical students: The role of embodiment”. *Health Sociology Review* 13(1): 74–86.
- Kopytowska Monika, Łukasz Kumiega.** 2017. Krytyczna analiza dyskursu: Konteksty, problemy, kierunki rozwoju. W: *Analiza dyskursu publicznego. Przegląd metod i perspektyw badawczych*, M. Czyżewski, M. Otrocki, T. Piekot, J. Stachowiak (red.), 177–207. Warszawa: Wydawnictwo Sedno,
- Mechanic David.** 1990. “The role of sociology in health affairs”. *Health Affairs* 9(1): 85–97.
- Mills Charles Wright.** 2007. *Wyobrażenia socjologiczne*, przeł. Marta Bucholc. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- POgłos.** 2011. „Najciekawiej w Singapurze” (z Joanną Muchą rozmawiała Aldona Toczek) 2(40): 12.
- Noor Poppy.** 2020. “Can we trust AI not to further embed racial bias and prejudice?”. *BMJ* 368: m363.

- Ostrowska Antonina** (red.). 2017. *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*. Warszawa: Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem i Wyd. IFiS PAN.
- Pescosolido Bernice A.** 2011. Taking “the promise” seriously: Medical sociology’s role in health, illness, and healing in a time of social change. In: *Handbook of the sociology of health, illness, and healing: A blueprint for the 21st century*, B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (eds.), 3–20. New York–Dordrecht –Heidelberg–London: Springer.
- Renzetti Claire M., Daniel J. Curran.** 2005. *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, przeł. Agnieszka Gromkowska-Melosik. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Skrzypek Michał.** 2012. „Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny”. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 18(4): 371–378.
- Tobiasz-Adamczyk Beata.** 2002. *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- University of Leeds.** 2016. Heart attacks in women more likely to be missed, 30.08.2016. [http://www.leeds.ac.uk/news/article/3905/heart\\_attacks\\_in\\_women\\_more\\_likely\\_to\\_be\\_missed](http://www.leeds.ac.uk/news/article/3905/heart_attacks_in_women_more_likely_to_be_missed) [access: 23.03.2022].
- Wyborcza.pl.** 2010. „Dzieci chore z biedy” (z Krzysztofem Zemanem rozmawiał Adam Czerwiński), 7 grudnia 2010. [http://wyborcza.pl/akcje\\_spoleczne/1,154092,8783691,Dzieci\\_chore\\_z\\_biedy.html](http://wyborcza.pl/akcje_spoleczne/1,154092,8783691,Dzieci_chore_z_biedy.html) [dostęp: 23.03. 2022].

*Adam Ostolski*

## ON THE USES OF SOCIOLOGICAL IMAGINATION IN DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION

### Abstract

The article is devoted to the role of sociological imagination in doctor-patient communication. The concept of “sociological imagination” was introduced in 1959 by Charles W. Mills in order to put in focus the input of sociology to the public debate and to the self-understanding of modern men and women. To apply the concept at the intersection of sociology and medicine has required it to be translated from the idiom of public sociology into policy sociology. Reading authors who applied the concept of sociological imagination in medical field, I show that this operation results in a persistent creative tension between public and policy uses of the concept. An analysis of selected texts concerning ways in which sociological imagination can be taught at medical schools demonstrates its relevance as a communication competence. Further, I discuss two ways in which sociological imagination is able to influence medical practice. First, it helps the doctor acquire a critical distance to conventional wisdom regarding social life. Second, it provides them with a “toolbox” of concepts that makes them more sensitive to social aspects of health behaviour and health issues.

**Keywords:** medical sociology, sociological imagination, medical communication, health care, discourse analysis