

Biotechnologiczna orientacja współczesnej medycyny a sposoby doświadczania choroby i relacje lekarz–pacjent

Biotechnological orientation of contemporary medicine and the ways of experiencing illness, and doctor-patient relationships

Michał Skrzypek

Instytut Socjologii, Wydział Nauk
Społecznych, Katolicki Uniwersytet
Lubelski Jana Pawła II, Lublin, Polska

Zakład Dietetyki Klinicznej, Wydział
Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie, Polska

Streszczenie

Przedmiotem artykułu są społeczne konsekwencje technologizacji współczesnej medycyny w obszarze opieki medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem relacji lekarz–pacjent, a także doświadczeń osób chorych. Autor omawia wybrane szczegółowe wątki analityczne, mieszczące się w tym obszarze problemowym, dotyczące depersonalizacji opieki medycznej, zagadnień e-zdrowia, z uwzględnieniem wpływu technologii informacyjnych i komunikacyjnych

**European Journal
of Medical Technologies**
2015; 1(6): 24-32

Copyright © 2015 by ISASDMT
All rights reserved
www.medical-technologies.eu
Published online 30.06.2015

Adres do korespondencji:

Zakład Dietetyki
Klinicznej, Wydział Nauk
o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 1, pok.
162, 20-093 Lublin
tel. +48 81 448 69 02
e-mail: michal.
skrzypek@umlub.pl

Słowa kluczowe:

technologie medyczne,
Internet, relacje lekarz–
pacjent, doświadczenie
choroby

(*information and communication technology* – ICT) na podmiotowość chorych w procesach leczenia medycznego, a także wpływu nowoczesnych technologii na sposoby doświadczania choroby. Socjomedyczne analizy o takim profilu dokumentują znaczącą rekonstrukcję interakcji społecznych związanych ze sprawowaniem opieki medycznej, a także redefinicję szeregu pojęć kluczowych w obszarze problemowym zdrowia, choroby i opieki medycznej, będącą efektem aplikowania w medycynie nowoczesnych technologii.

Abstract

The subject of the article is social consequences of the technologization of modern medicine in the field of medical care, taking into special account doctor-patient relationships and the experience of patients. The author discusses selected detailed analytical themes in this problem area, concerning the depersonalization of medical care and e-health issues, taking into consideration the impact of information and communication technologies on the empowerment of patients in the processes of medical treatment as well as the influence of modern technologies on the ways of experiencing illness. Such sociomedical analyses document a significant reconstruction of social interactions associated with medical care, and redefinition of a number of concepts crucial in the problem area of health, illness and medical care as the result of application of modern technologies in medicine.

Key words:

medical technologies, Internet, doctor-patient relationships, illness experience

Wstęp: paradygmat współczesnej medycyny w ujęciu nauk społecznych

Francisa Fukuyamy określenie „rewolucja biotechnologiczna w medycynie” [1] zwraca uwagę, że oblicze współczesnej medycyny współkształtują aplikacje nowoczesnych biotechnologii [zob. 2]. Cechujący medycynę „technologiczny imperatyw” (*technological imperative*) [3] w istotny sposób wpływa na jej podstawy paradygmatyczne w taki sposób, że zdecydowaną dominację zdobywają na tym terenie stricte biologiczne interpretacje zdrowia i choroby człowieka. Opinię taką prezentuje amerykański socjolog medycyny Peter Conrad, którego zdaniem w ramach „genetycznego paradygmatu” (*genetic paradigm*), będącego efektem aplikowania nowoczesnych

technologii w genetyce, zdrowie i choroba człowieka są objaśniane przede wszystkim „na [...] poziomie rzeczywistości biologicznej” [4]. Także wiodący niemiecki socjolog medycyny Johannes Siegrist zwraca uwagę, że „paradygmat molekularnej medycyny” (*paradigm of molecular medicine*) implikuje „ściśle biologiczną i genetyczną koncepcję” tych zjawisk [5]. Badacz ten podkreśla zarazem, że biogenetyczna koncepcja zdrowia zdobywa dominację wbrew przekonującym dowodom na socjokulturowe uwarunkowania tego fenomenu. Dowodów takich dostarczają obserwacje zdrowotnych skutków społecznej dezintegracji, zmian ekonomicznych oraz migracji, a zwłaszcza udokumentowane w społeczeństwach rozwiniętych społeczne nierówności w zdrowiu, będące konsekwencją oddziaływania społecznych czynników o charakterze strukturalnym [5]. Obie przywołane opinie zwracają uwagę na pozytywistyczną,

a zarazem naturalistyczną orientację współczesnej medycyny, a także biologiczne i molekularne zakorzenienie takiego podejścia.

W związku ze stale poszerzającymi się aplikacjami nowoczesnych biotechnologii zarówno w podstawowych naukach medycznych, jak i w medycynie klinicznej wyłania się szereg problemów podejmowanych na terenie nauk społecznych. Przedmiotem niniejszego opracowania będą wybrane społeczne konsekwencje technologizacji współczesnej medycyny dotyczące interakcyjnej warstwy praktyki klinicznej, a także sfery doświadczania choroby przez pacjentów. Rozległość tej problematyki narzuca konieczność selektywnego wyboru nurtów analitycznych, które zostaną omówione w ramach tego opracowania. Artykuł nie aspiruje do całościowego ujęcia podejmowanej problematyki, a jego celem jest prezentacja wybranych zagadnień dotyczących społecznych skutków technologizacji medycyny.

Spoleczne konsekwencje technologizacji medycyny jako inspiracja rozwoju nowych subdyscyplin nauk społecznych: socjologii genetyki oraz socjologii ciała

Spoleczne konsekwencje zastosowań nowoczesnych biotechnologii w genetyce, skutkujące dynamicznym rozwojem tej dziedziny oraz poszerzającym się zakresem możliwych jej zastosowań w medycynie klinicznej, są przedmiotem badań realizowanych na terenie nowej subdyscypliny socjologicznej – socjologii genetyki (*sociology of genetics*). Podejmuje się tu m.in. zagadnienia profesjonalnej tożsamości konsultantów genetycznych (*genetic counselling as a profession*), dylematy etyczne związane z interakcjami konsultant genetyczny–pacjent, analizuje się specyfikę laickiego dyskursu dotyczącego kwestii genetycznych, wskazując na różnice pomiędzy laickimi i profesjonalnymi sposobami rozumienia problemów dziedziczności. Przedmiotem analiz na terenie tej dziedziny są także społeczne konsekwencje testów genetycznych, możliwości wykorzystywania informacji genetycznej

jako metody kontroli społecznej, a także zagadnienia komercjalizacji genetycznej biotechnologii [por. 6]. Z kolei na terenie socjologii ciała (*sociology of the body*) analizuje się społeczne skutki aplikowania nowoczesnych technologii do ciała ludzkiego, zwracając uwagę na konsekwencje interwencji mających na celu korekty wyglądu zewnętrznego, ale także zmierzające w kierunku zastępowania elementów składowych ludzkiego organizmu (kazuś Oscara Pistoriusa posługującego się zaawansowanymi technologicznie protezami nóg) lub wzmacniania jego funkcji, w tym funkcji rozrodczych (techniki wspomaganego rozrodu). Socjologia ciała jako relatywnie nowa subdyscyplina nauk społecznych podejmuje zagadnienia granic i sposobów definiowania ludzkiego ciała, zainspirowana tym, że ugruntowane rozstrzygnięcia tych kwestii ulegają modyfikacji w efekcie ingerencji biotechnologicznych [3]. W socjologii ciała sformułowano tezę, że narastające wykorzystywanie biotechnologii na ciele człowieka można interpretować jako przejaw zacierania się granic pomiędzy ciałem człowieka a społeczeństwem, a także tego, że ciało jest w rosnącym stopniu kształtowane przez społeczeństwo. Przedstawiciele tej dziedziny nauki proponują alternatywny wobec naturalistycznego sposób rozumienia ciała, nawiązujący do założeń socjologicznej teorii konstrukcjonizmu społecznego, w którym jest ono traktowane jako społeczny konstrukt, efekt oddziaływań społecznych i kulturowych, zachodzących m.in. na drodze zastosowań nowoczesnych biotechnologii, ale także poprzez określone indywidualne praktyki zdrowotne, modelujące ciało zgodnie z kanonem społecznym i kulturowym [3, 7].

Technologizacja medycyny a miejsce narracji chorych w procesach leczenia medycznego

Profesor Antoni Horst (1915-2003), wybitny fizjolog i genetyk, analizując biotechnologiczne inspiracje rozwoju medycyny pisał, że „odkrycia biologii molekularnej i jej żywiołowy rozwój powodują równie wielki i żywiołowy rozwój nauk medycznych” [8].

Zwracał zarazem uwagę na konsekwencje tej sytuacji, podkreślając, że „stając się bardziej instrumentalnymi [nauki medyczne], coraz bardziej odsuwają chorego od osobistego kontaktu z lekarzem” [8]. Profesor Horst stawia zatem tezę, że postępy medycyny, powiązane z procesami jej technologizacji, mogą prowadzić do ugruntowania zdehumanizowanych podejść do chorego w praktyce medycznej. Analogiczne tezy zostały sformułowane także w naukach społecznych. Zdaniem antropologa medycyny Horacego Fabregi charakterystyczną cechą procesów diagnostyczno-leczniczych we współczesnej medycynie funkcjonującej w ramach biologiczno-technologicznego układu odniesienia jest postępująca eliminacja relacji słownych. Tendencja ta manifestuje się tym, że lekarze w coraz większym stopniu opierają się na obiektywnych wskaźnikach struktury lub funkcji biologicznej i przede wszystkim na tej podstawie podejmują decyzje kliniczne, a słowne relacje chorych odgrywają relatywnie malejącą rolę [wg 9]. Także Heath i wsp. uważają, że jedną z konsekwencji technologizacji medycyny jest alienacja i depersonalizacja chorych w kontaktach z medycyną [10]. Przywołane opinie zgodne są w konstatacji, że cechą współczesnej medycyny jest ograniczanie zakresu zainteresowania medycyny do tych kwestii, o których może się ona kompetentnie wypowiadać w oparciu o wiedzę z zakresu nauk przyrodniczych, z relatywnie mniejszym naciskiem na tzw. „miękkie” parametry choroby i chorowania, w tym specyfikę podmiotowego doświadczenia choroby.

W kontekście tych uwag należy odnotować szereg naukowych inicjatyw, które nakierowane są na propagowanie szerszej obecności narracji osób chorych w praktyce medycznej. Za najbardziej wpływową inicjatywę o takim profilu należy uznać koncepcję biopsychospołecznego modelu zdrowia i choroby George’a L. Engela [11], która zainspirowała wyłonienie się szeregu późniejszych koncepcji promujących zhumanizowane podejścia kliniczne w medycynie. Określane są one zbiorczo jako skoncentrowane na pacjencie (*patient-centered*) czy też skoncentrowane na relacji lekarz–pacjent (*relationship-centered*). Ich wspólną cechą jest dążenie do większego dowartościowania doświadczeń i narracji osób chorych w praktyce klinicznej [12]. W panoramie inicjatyw

o takim profilu mieści się także koncepcja spersonalizowanej medycyny (*personalized medicine*), akcentująca podmiotowość oraz indywidualne charakterystyki chorych, zwracająca uwagę, że zrozumienie różnic pomiędzy chorymi powinno modelować lekarskie postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne, przy czym powinno się tu uwzględniać nie tylko psychospołeczne, ale także genetyczne cechy chorych [13]. Przedmiotem szczególnie szerokiej recepcji stała się koncepcja Rity Charon medycyny narracyjnej (*narrative medicine*), która była wielokrotnie dyskutowana na łamach prestiżowych periodyków medycznych [np. 14, 15]. W jej ramach znacząco dowartościowuje się procesy kreowania i komunikowania przez chorych narracji o chorobie (*illness narratives*), sugerując poszerzenie klasycznego wywiadu klinicznego w taki sposób, aby w jego ramach powstała przestrzeń dla ich prezentacji. Zdaniem Rity Charon konieczne jest wyposażenie lekarza w umiejętność uważnego słuchania (*attentive listening*) [16], gdyż większa otwartość na narracje chorych warunkuje jej zdaniem bardziej efektywne zastosowanie uniwersalnej wiedzy biomedycznej do konkretnego chorego [17]. Odrębnej, krytycznej refleksji wymaga rzeczywista możliwość aplikowania tych tez w praktyce klinicznej opierającej się na zasadach EBM.

Internetowe zasoby wiedzy o zdrowiu a podmiotowość chorych w procesach leczenia medycznego

Według danych amerykańskich z roku 2013 około 60% użytkowników Internetu wykorzystuje to medium komunikacyjne w celu poszukiwania informacji o zdrowiu [18]. Nawet jeśli założymy, że duża część uzyskiwanych tą drogą informacji ma charakter quasi-profesjonalnej wiedzy o zdrowiu, generowanej np. przez wirtualne społeczności podejmujące problematykę o takim profilu w ramach wymiany laickich doświadczeń z tego zakresu [19], to Internet stanowi także z pewnością obszerny rezerwuar eksperckiej wiedzy medycznej, która na niespotykaną

dotychczas skalę stała się w ten sposób dostępna dla osób niebędących profesjonalistami medycznymi. W socjologii medycyny stawia się tezę, że tę sytuację można interpretować w kategoriach demokratyzacji wiedzy medycznej [20,21], podkreślając zarazem, że efektem tego procesu jest zakwestionowanie wyłączności medycyny w obszarze profesjonalnej wiedzy o zdrowiu [22], a zarazem rosnące upodmiotowienie laików w kwestiach zdrowia (*empowerment*). Laicy, zarówno zdrowi, jak i chorzy, w wirtualnej przestrzeni zyskują kompetencje, dzięki którym mogą odgrywać aktywną rolę w procesach opieki zdrowotnej i podejmować dialog z profesjonalistami medycznymi. W efekcie zmienia się rozkład władzy w relacji lekarz–pacjent, w której w świetle badań socjologicznych dokonuje się przesunięcie w kierunku modelu partnerskiego, cechującego się zmniejszeniem dominacji lekarzy nad pacjentami [23]. Zapotrzebowanie na taką formułę relacji terapeutycznej zwiększają skutki dominacji niezakaźnych chorób przewlekłych (*chronic noncommunicable diseases*) w strukturze zagrożeń zdrowotnych współczesnych społeczeństw. Chorzy cierpiący z powodu chorób należących do tej kategorii dzięki rosnącej kompetencji biomedycyny zyskali szansę „życia z chorobą”, albo „życia pomimo choroby”. Implikuje to określone konsekwencje w obszarze tożsamości i życia codziennego chorych (szczegółowo opisane na terenie socjologii doświadczenia choroby), a także w zakresie leczenia medycznego i monitorowania jego skutków, gdzie medyczna specyfika tego rodzaju chorób wymusza aktywną partycypację chorych (cukrzyca, astma oskrzelowa itp.). Warto w tym kontekście dodać, że w świetle wyników badań socjologicznych procesy upodmiotowienia laików w kwestiach zdrowia i choroby w znacznie mniejszym stopniu dotyczą osób należących do najniższych warstw społecznych. Jest to m.in. konsekwencją cyfrowego wykluczenia lub szerzej: wykluczenia informacyjnego osób o niskiej pozycji socjoekonomicznej, a także jest to związane ze specyfiką kultury zdrowotnej tej części społeczeństwa, która wyraża się akceptacją fatalistycznych interpretacji zdrowia, w których kontekście racjonalna jest nie tyle aktywność czy autokreacja zdrowia, ale raczej bierność w sprawach zdrowia, profilaktyki zdrowotnej itp. [24].

Nowe technologie w leczeniu a sposoby doświadczania choroby

Zwróćmy z kolei uwagę na transformację sposobów doświadczania choroby w związku z wykorzystywaniem nowoczesnych biotechnologii w leczeniu. Kwestia ta zostanie przeanalizowana na przykładzie leczenia choroby Parkinsona metodą głębokiej stymulacji mózgu (*deep brain stimulation* – DBS) [25]. Ta nowoczesna technologia leczenia wykorzystująca technologię implantów mózgowych umożliwia uwolnienie chorych od objawów choroby (na etapie, kiedy ujawniają się ograniczenia farmakoterapii), ale zarazem stawia ich w nowej psychologicznie sytuacji. Kwestii tej dotyczyły badania Elsy Gisquet, która w oparciu o analizy narracji opisała specyfikę doświadczania choroby przez pacjentów leczonych metodą wszczepienia implantów stymulujących tkankę mózgową [25]. Doświadczeniu wyzwolenia od uciążliwych objawów choroby i konieczności regularnego przyjmowania leków towarzyszyła obawa o prawidłowe działanie stymulatora, a także lęk przed sytuacją, gdy objawy choroby nawrócą w sytuacji awarii stymulatora. Po zastosowaniu DBS zmienia się u chorych poczucie kontroli nad chorobą i jej leczeniem, gdyż nie jest już możliwe dostosowywanie schematu leczenia do planu codziennych aktywności. Pojawia się u chorych poczucie zależności od medycyny, a osobista perspektywa interpretacji choroby zostaje zdominowana przez perspektywę medyczną. Wprowadzenie urządzenia biotechnologicznego do struktur organizmu wzbudza dylematy dotyczące osobowej tożsamości (kim jestem?) inspirowane poczuciem, że ciało uległo dehumanizacji, stając się hybrydą ludzko-technologiczną (*I am an electronic doll; I'm under remote control*) [25: 1848-1849]. Znamienne przesunięcie dokonuje się także w obszarze życia codziennego chorych, polegające na tym, że przestaje ono być obligatoryjnie zogniskowane na walce z chorobą i konieczne staje się wypracowanie nowych jego interpretacji. Badania Gisquet zwracają także uwagę, że medyczna interwencja wykorzystująca implanty mózgowie wpływa na te wykładniki psychofizycznego statusu chorych, na których bazie konstruuja

oni koncepcję osobowej tożsamości [25]. Cytowana praca wypełnia lukę w stanie wiedzy na temat sposobów doświadczania technologii przez pacjentów (*patients' experiences of technology*). Dalszych badań wymagają społeczne skutki aplikowania w leczeniu także innych technologii neuromodulacyjnych, bezpośrednio wpływających na tkanki mózgowe, z pominięciem mechanizmów biochemicznych będących podstawą działania leków (np. *transcranial magnetic stimulation* w leczeniu depresji). Dalsze intensywne badania tej problematyki są potrzebne także z tego względu, że kontakt z nowoczesną biotechnologią, która jest dla profesjonalistów medycznych elementem codziennej rutyny klinicznej, dla chorych jest potencjalnie źródłem stresu i może generować doświadczenie lęku i traumy [26]. Jest to kwestia tym bardziej istotna z perspektywy psychicznego dobrostanu chorych, że wysycenie medycyny nowoczesną technologią zwiększa ryzyko dehumanizacji relacji lekarz–pacjent, które w takiej sytuacji mogą zamykać się na narracje dotyczące doświadczenia choroby. W kontekście tych spostrzeżeń zwróćmy uwagę na wyniki badań nad doświadczeniami chorych leczonych kardiochirurgicznie z powodu choroby wieńcowej. Wskazują one, że wykorzystywane w chirurgicznym leczeniu serca nowoczesne technologie zyskują centralną pozycję w strukturze *illness narratives*. Pod ich wpływem dokonuje się znamienna zmiana dotycząca podmiotowości chorych, która polega na tym, że poczucie sprawstwa zostaje ulokowane niejako „na zewnątrz” (*externalization of agency*). W emocjonalnej warstwie doświadczeń osób chorych pojawia się lęk związany z brakiem kontroli nad własnym ciałem, sytuacją itp. w trakcie leczenia szpitalnego (podobnie jak w doświadczeniach osób leczonych metodą DBS), który przeplata się z poczuciem ulgi, że odpowiedzialność za efekty interwencji ponosi zespół profesjonalistów medycznych [26]. Przywołane ustalenia mają określone implikacje kliniczne, polegające na tym, że chorzy przed wypisaniem ze szpitala powinni otrzymać interwencję psychologiczną wspierającą odtworzenie poczucia sprawstwa w tym celu, aby mogli aktywnie włączyć się w proces rehabilitacji [26].

Nowe technologie informacyjne i komunikacyjne a sposoby doświadczania choroby

Socjomedyczna koncepcja *lay referral system* Eliota Freidsona zwraca uwagę na współistnienie dwóch systemów reagowania w chorobie – laickiego i profesjonalnego. W takim ujęciu podkreśla się, że „system laików” (*lay system*) pełni rolę układu referencyjnego, w którym zapada szereg decyzji dotyczących wzorów poszukiwania pomocy w chorobie. Koncepcję Freidsona można odnieść do problematyki *eHealth*, która dotyczy wykorzystywania technologii informacyjnych i komunikacyjnych (*information and communication technology – ICT*) w celu transferu informacji o zdrowiu (*health-related information*) wśród konsumentów oraz podmiotów świadczących usługi zdrowotne [27]. Po stronie konsumentów usług zdrowotnych na bazie ICT (za pomocą stron www, forów internetowych, blogów itp.) ma miejsce wymiana informacji dotyczących różnych aspektów zdrowia, choroby i leczenia, w tym m.in. sposobów doświadczania choroby, dostępnych opcji leczenia, doświadczeń związanych z opieką medyczną, jej dysfunkcjonalności itd. [19]. W wirtualnej przestrzeni wokół problematyki zdrowotnej ogniskują się wyspecjalizowane w tym zakresie sieci społeczne (*online social networking for health*) [19]. Warto zwrócić uwagę na niektóre społeczne przejawy i konsekwencje aktywności wirtualnych społeczności, składających się z osób cierpiących z powodu chorób zdiagnozowanych medycznie (w odniesieniu do tego socjologicznego fenomenu A. Jutel [28] używa frazy *diagnosis-focused internet communities*). Są one interpretowane w kategoriach alternatywnej „kultury medycznej”, przypisującej wysoką rangę podmiotowemu doświadczeniu choroby [28]. W związku z ich aktywnością obserwować można swoistą „elektroniczną kolektywizację” doświadczenia choroby, które w Internecie przestaje być jednym z najbardziej intymnych ludzkich doświadczeń i staje się kwestią publiczną. Doświadczenie choroby jest tu

jednocześnie społecznie rekonstruowane w tym sensie, że efektem wirtualnej komunikacji dotyczącej tej kwestii jest wyłanianie się nowych rozwiązań problemu osobowej tożsamości w sytuacji przewlekłego chorowania [29]. Upowszechnianie doświadczenia choroby w Internecie modeluje postawy społeczne wobec osób chorych. Dokumentując w wirtualnej przestrzeni wielorakie strategie normalizacyjne, skierowane na życie pomimo choroby, chorzy przewlekłe dowodzą, że są pełnoprawnymi i aktywnymi uczestnikami życia społecznego, przeciwstawiając się w ten sposób społecznym reakcjom o charakterze stygmatyzującym, implikującym wykluczenie i dyskryminację. Społeczności internetowe są także rezerwuarem wsparcia społecznego, które tą drogą stało się dostępne także dla chorych cierpiących z powodu chorób rzadkich, w których przypadku ograniczone są (lub nie istnieją) konwencjonalne możliwości wymiany doświadczeń z innymi chorymi [zob. 30]. Warto podkreślić, że wirtualne sieci społeczne zogniskowane wokół zdrowia i choroby dysponują silnym potencjałem krytyczno-demaskatorskim wobec medycyny, który manifestuje się na ogół nieskrępowanym obnażaniem przejawów jej dysfunkcyjności zarówno w relacjach lekarz–pacjent, na terenie instytucji medycznych, jak i w obszarze rozwiązań systemowych. Kontestacja zastanych form opieki medycznej jest punktem wyjścia postaw aktywistycznych i reformatorskich. Zadanie takie podejmują ruchy społeczne zogniskowane wokół zdrowia (*health social movements*), które próbują wymuszać optymalizację usług zdrowotnych bądź też zmianę stanowiska medycyny w kwestiach genezy, diagnozowania, leczenia czy też prewencji chorób [31]. Pomijając szczegółową egzemplifikację wskazanych kwestii, szczegółowo omawianych w anglojęzycznym piśmiennictwie socjomedycznym [np. 30, 31], nie mamy wątpliwości, że sieci społeczne zogniskowane wokół problematyki zdrowia stają się ważnym aktorem na arenie opieki zdrowotnej. Tworzą społeczną przestrzeń, w której negocjowana jest diagnoza, dyskutowane są opcje terapeutyczne, ma miejsce dzielenie się doświadczeniami związanymi z chorobą i leczeniem, udziela się wsparcia, a także w której dokonuje się upodmiotowienie chorych w relacjach klinicznych [21].

Technologizacja opieki medycznej w ujęciu nauk społecznych – próba rekapitulacji

Podejmując badania dotyczące nowoczesnych technologii medycznych, nauki społeczne koncentrują się nie tyle na technologiach jako takich, ale na otaczających je praktykach społecznych, a także osobach, do których są one aplikowane. Przedmiotem szczególnie uważnych analiz jest ich wpływ na sposoby sprawowania opieki medycznej [32: str. 123]. Badania o takim profilu (wybrane przykłady zostały zaprezentowane w artykule) są inspirowane tym, że – jak pisze S. Timmermans – „technologie wchodzą w interakcje z jej użytkownikami na wielu różnych poziomach” i „oddziałują na sposoby, które nie były zamierzone przez ich twórców [...]” [33]. Konsekwencje interakcji pomiędzy człowiekiem a technologią (*human-technology interactions*) obejmują jego zdaniem „redefiniowanie dotychczas traktowanych jako oczywiste założeń dotyczących natury, kultury, zdrowia, ciała, profesjonalnego autorytetu medycyny, życia i śmierci człowieka”. Aplikacje technologii w medycynie „wpływają [także] na sposoby rozumienia ludzkiej cielesności i tożsamości” [33]. Wszystkie te kwestie lokują społeczne konsekwencje medycznych zastosowań technologii w centrum uwagi badaczy społecznych. Stworzenie kompletnego rejestru społecznych konsekwencji zastosowań nowoczesnych technologii w medycynie wykracza poza ramy tej analizy, pomyślanej jako inspiracja dla dalszych eksploracji określonej problematyki na łamach *European Journal of Medical Technologies*.

Piśmiennictwo

1. Fukuyama F. Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej, Znak, Kraków, 2004: 33-63.
2. Vetulani J. Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice. HOMINI, Kraków, 2011.
3. Nettleton S. The sociology of health and illness. Polity Press, Cambridge 2006: 2, 104-136.

4. Conrad P. Medicalization, genetics, and human problems. [In:] Bird CE, Conrad P, Fremont AM. [eds.]. Handbook of medical sociology. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey 2000: 325.
5. Siegrist J. Medical sociology and molecular medicine: is there a case for cross-cutting disciplinary boundaries? *Soz Präventivmed* 2005; 50(1): 4-5.
6. Conrad P, Gabe J. Introduction: sociological perspectives on the new genetics: an overview. *Soc Health Ill* 1999; 21(5): 505-516.
7. Macionis JJ, Plummer K. Sociology. A global introduction. Prentice Hall, New Jersey 1998: 574-576.
8. Horst A. Refleksje na temat rozwoju badań medycznych. [In:] Komender J. [ed.]. *Medycyna doświadczalna i kliniczna w II połowie XX wieku*. Wyd. VI Nauk Medycznych PAN, Warszawa, 1997: 20, 26.
9. Dingwall R. Aspects of illness. Ashgate, Aldershot, 2001: 43-44.
10. Heath C, Luff P, Svensson MS. Technology and medical practice. *Soc Health Ill* 2003; 25, Silver Anniversary Issue: 75-96.
11. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196 (4286): 129-136.
12. Salmon P, Hall GM. Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Soc Sci Med* 2003; 57: 1969080.
13. Barranco Morris MR, Moris B. Personalized medicine and patient-centric learning: a core requirement for informed decision making. *Personalized Medicine* 2008; 5(3): 265-271. www.medscape.com (dostęp 30.12.2009).
14. McLellan MF. Literature and medicine: narratives of physical illness. *Lancet* 1997; 349: 1618-1620.
15. Kamill P. Narrative-based medicine. *Br J Gen Pract* 2003; 53(489): 326.
16. Charon R. Narrative medicine: attention, representation, affiliation. *Narrative* 2005; 13 (3): 261-270.
17. Avrahami E, Reis S. Narrative medicine. *Israel Med Assoc J* 2009; 11: 335-338.
18. Thackeray R, Crookston BT, West JW. Correlates of health-related social media use among adults. *J Med Internet Res* 2013; 15 (1): e21 (dostęp 28.12.2013).
19. Griffiths F, Cave J, Boardman F, Ren J, Pawlikowska T, Ball R, Clarke A, Cohen A. Social networks – the future for health care delivery. *Soc Sci Med* 2012; 75(12): 2233-41.
20. Gałuszka M. Nowe zjawiska w relacji lekarz-pacjent w kontekście rozwoju Internetu. *Przeegl Socjol* 2012; 61(2): 119-54.
21. Timmermans S, Oh H. The continued social transformation of the medical profession. *J Health Soc Beh* 2010; 51(Suppl. 1): S94-S106.
22. Hardey M. Doctor in the house: the internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. *Soc Health Ill* 1999; 21(6): 820-835.
23. Ostrowska A. Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między lekarzami a pacjentami w Europie. [In:] Domański H, Ostrowska A, Sztabiński PB [ed.]. *W środku Europy? Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego*, IFiS PAN, Warszawa, 2006: 185-200.
24. Ostrowska A. Zdrowie w pułapce ubóstwa. Racjonalność profilaktyki ginekologicznej wśród polskich kobiet żyjących w biedzie. [In:] Penkala-Gawęcka D, Main I, Witeska-Młynarczyk A. [eds.]. *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*. Wyd. Biblioteka Tęgłte, Poznań 2012: 199-200, 203-204.
25. Gisquet E. Cerebral implants and Parkinson's disease: a unique form of biographical disruption? *Soc Sci Med* 2008; 67(7): 1847-1851.
26. Lapum J, Angus JE, Peter E, Watt-Watson J. Patients' narrative accounts of open-heart surgery and recovery: authorial voice of technology. *Soc Sci Med* 2010; 70: 754-762.
27. Kreps GL, Neuhauser L. Editors' introduction. Ehealth and the delivery of health care. *Journal of Computer-Mediated Communication* 2010; 15(3): 364-66.
28. Jutel A. Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Soc Health Ill* 2009; 31(2): 278-299.
29. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Beh* 2010; 51 (Suppl. 1): S67-S79.
30. Goldstein DE. Communities of suffering and the Internet. In: Packard RM, Brown PJ, Berkelman RL, Frumkin H. [ed.]. *Emerging illnesses and society. Negotiating the public health agenda*. The John Hopkins University Press, Baltimore, London, 2004: 121 -138.
31. Brown P, Morello-Frosch R, Zavestoski S, Senier L, Gasior AR, et al. Health social movements: advancing traditional medical sociology concepts. [In:] Pescosolido BA, Martin JK, McLeod JD, Rogers A. [ed.]. *Handbook of the sociology of health, illness,*

- and healing. A Blueprint for the 21st century. Springer, New York, 2011: 117-137.
32. Casper MJ, Morrison DR. Medical sociology and technology: critical engagements. *J Health Soc Beh* 2010; 51: S120-S132.
 33. Timmermans S. Technology and medical practice. [In:] Bird CE, Conrad P, Fremont AM. [eds.]. *Handbook of medical sociology*. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey 2000: 318.
 34. Skrzypek M. Biotechnologiczny paradygmat zdrowia i choroby w świetle socjologii medycyny (...). [In:] Adamczyk T, Mazur J. OSPPE [eds.]. *Caritas in veritate* zasadą polityki społecznej. Refleksje na kanwie encykliki Benedykta XVI o integralnym rozwoju ludzkim. Wyd. KUL, Lublin, 2011: 225-251.
 35. Skrzypek M. Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny w ujęciu socjomedycznym. [In:] Skrzypek M. [ed.]. *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*. Wyd. KUL, Lublin, 2013: 63-83.
 36. Skrzypek M. Central analytical category of contemporary medical sociology: laymen's actions in illness and health. *Soc Sci Bull* 2013; 2(17): 105-119.
 37. Skrzypek M. Dominacja i autorytet medycyny w realiach współczesnej opieki zdrowotnej. W nurcie dyskusji nad Roberta Strausa koncepcją socjologii medycyny. [In:] Fel S, Wódka M. [ed.]. *Godność osoby ludzkiej w społeczeństwie i gospodarce*. Księga pamiątkowa ku czci śp. Księdza Profesora Franciszka J. Mazurka. Wyd. KUL, Lublin, 2014: 341-355.