
Spis treści

| | |
|---|-----------|
| Table of contents | 8 |
| Wprowadzenie | 11 |
| Preface | 12 |
| Część I. Przedmiot i charakter socjologii zdrowia i medycyny | 13 |
| 1.1. Geneza i przedmiot socjologii medycyny | 15 |
| Historyczny kontekst powstawania dyscypliny. Wybrane problemy | 15 |
| Socjologia medycyny w Polsce. Rozwój problematyki | 18 |
| Przedmiot socjologii medycyny. | 20 |
| 1.2. Choroba jako zjawisko socjologiczne. | |
| Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych. | 23 |
| Choroba jako dewiacja | 24 |
| Choroba jako płaszczyzna konfliktu | 25 |
| Choroba jako piętno (<i>stigma</i>) | 26 |
| Choroba jako źródło zależności. | 26 |
| Inne perspektywy w socjologicznej interpretacji choroby. | 27 |
| 1.3. Zdrowie jako zjawisko społeczne | 29 |
| Socjologiczne sposoby badania problematyki zdrowotnej. | 30 |
| Badanie postaw. | 32 |
| Badanie zachowań. | 34 |
| Perspektywy badań nad zdrowiem | 37 |
| 1.4. Promocja zdrowia. Wybrane aspekty socjologiczne | 39 |
| Socjologia wobec historycznej ewolucji promocji zdrowia | 39 |
| Działania promujące zdrowie – rola socjologii | 40 |
| 1.5. Psychosocjosomatyka – ewolucja, przedmiot badań, funkcje | 43 |
| Od psychomatyki do psychosocjosomatyki. Perspektywy i kierunki rozwoju. | 43 |
| Korzenie filozoficzne i rys historyczny rozwoju psychosomatyki | 44 |
| Psychosomatyka – współczesne rozumienie pojęcia i przedmiot badań | 46 |
| Wybrane koncepcje teoretyczne i obszary zainteresowań | 47 |
| Funkcje | 56 |
| Część II. Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą | 61 |
| 2.1 Zachowania w zdrowiu i chorobie | 63 |
| Styl życia a zachowania w zdrowiu | 63 |
| Wzory zachowań związanych ze zdrowiem. | 65 |
| Uwarunkowania zachowań w zdrowiu | 68 |
| Zachowania w chorobie | 70 |
| 2.2. Rola społeczna chorego | 75 |
| Cechy roli chorego | 75 |
| Obowiązki, prawa i przywileje chorego | 77 |
| Rola pacjenta | 79 |
| 2.3. Choroba jako rodzaj dewiacji społecznej. | 82 |
| Pojęcie dewiacji społecznej | 82 |
| Choroba jako dewiacja społeczna w koncepcji naznaczenia społecznego | 83 |

| | |
|--|------------|
| 2.4. Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie | 89 |
| Płeć i wiek a zdrowie | 90 |
| Stan cywilny a zdrowie | 91 |
| Miejsce zamieszkania a zdrowie | 92 |
| Pozycja społeczno-ekonomiczna a zdrowie | 92 |
| Wykształcenie a zdrowie | 93 |
| Sytuacja materialna a zdrowie | 94 |
| 2.5. Uwarunkowania zdrowia związane | |
| ze środowiskiem życia i wykonywaną pracą | 97 |
| Uwarunkowania zdrowia związane ze środowiskiem życia człowieka | 98 |
| Uwarunkowania psychospołeczne | 100 |
| Choroby zawodowe | 101 |
| 2.6. Rodzina a problemy zdrowia i choroby | 105 |
| 2.7. Wybrane zagadnienia rehabilitacji osób niepełnosprawnych | 116 |
| Idea rehabilitacji | 116 |
| Rehabilitacja – rodzaje i cele | 117 |
| Niepełnosprawność – skala zjawiska | 119 |
| Psychospołeczna sytuacja osoby niepełnosprawnej. | 121 |
| Indywidualne i społeczno-środowiskowe | |
| uwarunkowania skuteczności procesu rehabilitacji | 124 |
| Część III. Instytucje i zawody medyczne | 129 |
| 3.1. Szpital jako instytucja społeczna | 131 |
| Instytucja społeczna. Typologia pojęcia | 131 |
| Socjologiczna charakterystyka instytucji | 133 |
| Szpital jako instytucja społeczna | 134 |
| 3.2. Funkcjonalność i dysfunkcjonalność instytucji medycznych | 136 |
| Pojęcie biurokracji. | 137 |
| Teoria biurokracji w ujęciu R.K. Mertona | 138 |
| Dysfunkcjonalność instytucji biurokratycznej na przykładzie szpitala | 139 |
| Szpital jako instytucja totalna – koncepcja E. Goffmana | 140 |
| 3.3. Zawody medyczne | |
| jako przedmiot zainteresowania socjologii medycyny | 142 |
| Uwagi wprowadzające | 142 |
| Badania socjologiczne zawodów medycznych | 144 |
| 3.4. Socjologiczna charakterystyka wybranych zawodów medycznych | 147 |
| Zawód lekarza | 147 |
| Lekarz stomatolog – wyznaczniki roli zawodowej | 152 |
| 3.5. Przyszłość zawodów medycznych | 155 |
| Lekarz rodzinny – rola społeczna i zawodowa | 155 |
| Elementy roli zawodowej lekarza pracownika hospicjum | 156 |
| 3.6. Interakcja lekarz – pacjent | 158 |
| Interakcja a społeczne role lekarza i pacjenta | 158 |
| Wybrane modele relacji lekarz – pacjent | 160 |
| 3.7. Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem | 162 |
| Istota komunikowania się lekarza z pacjentem | 162 |
| Bariery w komunikowaniu się lekarza z pacjentem. | 164 |

| | |
|--|------------|
| Techniki i zasady usprawniające rozmowę lekarza z pacjentem | 165 |
| 3.8. Działania jatrogenne. Urazy jatrogenne. Jatropatogenia | 168 |
| 3.9. Błąd lekarski. Błąd medyczny. | |
| Odpowiedzialność prawna i zawodowa lekarza | 174 |
| 3.10. Umieranie i śmierć w instytucjach | |
| medycznych – instytucjonalizacja śmierci | 182 |
| Instytucjonalizacja i medykalizacja umierania i śmierci | 183 |
| Umieranie i śmierć w szpitalu | 184 |
| Komunikowanie się z umierającym | 189 |
| Hospicja i opieka paliatywna | 192 |
| Część IV. Zdrowie, choroba i medycyna | |
| w kontekście przemian systemowych | 197 |
| 4.1. Reforma opieki zdrowotnej | |
| – w poszukiwaniu nowych funkcji | 199 |
| Ewolucja systemu | 200 |
| Nowa definicja funkcji | 203 |
| Percepcja społeczna | 213 |
| Konsekwencje | 217 |
| 4.2. Zachowania zdrowotne w warunkach biedy | 223 |
| Zachowania zdrowotne – przegląd koncepcji teoretycznych | 224 |
| Bieda – rosnący problem społeczny | 225 |
| Zachowania zdrowotne społeczeństwa polskiego – wybrane problemy | 227 |
| 4.3. Lecznictwo niemedyczne w społeczeństwie | |
| pluralistycznym. Wybrane aspekty socjologiczne | 235 |
| Kontekst i społeczne przyczyny | |
| korzystania z usług lecnictwa niemedycznego | 236 |
| Spółeczna akceptacja niekonwencjonalnych metod leczenia | 238 |
| Wnioski z badań nad „socjologią lecnictwa niemedycznego” | 241 |
| Bibliografia | 243 |
| Nota o autorach | 255 |
| Indeks nazwisk | 256 |

Table of contents

| | |
|--|-----------|
| Preface | 11 |
| Part I. The scope and nature of sociology of health and medical sociology | 13 |
| 1.1 The origin and scope of medical sociology | 15 |
| The historical context of the branch origin. Selected issues | 15 |
| Medical sociology in Poland. Historical development | 18 |
| The subject of medical sociology | 20 |
| 1.2 Sickness as a social phenomenon. | |
| Introduction to selected research perspectives | 23 |
| Sickness as deviance | 24 |
| Sickness as source of conflict | 25 |
| Sickness as stigma. | 26 |
| Sickness as source of addiction. | 26 |
| Other perspectives of sociological approach to illness | 27 |
| 1.3. Health as a social phenomenon | 29 |
| Sociological methods of researching health-related issues | 30 |
| Attitude pattern research | 32 |
| Behaviour pattern research | 34 |
| Outlook for health research | 37 |
| 1.4. Health promotion. Selected sociological aspects | 39 |
| Sociology vs. historical development of health promotion | 39 |
| Health promoting activities – the role of sociology. | 40 |
| 1.5. Psychosociosomatics – evolution, scope and functions | 43 |
| From psychosomatics to psychosociosomatics. | |
| Outlook and key trends in development | 43 |
| Philosophical roots and outline history of psychosomatics | 44 |
| Psychosomatics – modern sense of the term and research scope. | 46 |
| Selected theoretical perspectives and interest areas. | 47 |
| Functions | 56 |
| Part II. Behaviour connected with health and illness | 61 |
| 2.1 Health and illness behaviour patterns | 63 |
| Lifestyle vs. health behaviour patterns | 63 |
| Health-related behaviour patterns | 65 |
| Constraints on health-related behaviour patterns | 68 |
| The sick role behaviour | 70 |
| 2.2. The sick role | 75 |
| Key features of the sick role. | 75 |
| The duties, rights and privileges of the sick person. | 77 |
| The role of the patient. | 79 |
| 2.3. Disease as social deviation | 82 |
| The concept of social deviation | 82 |
| Illness as social deviation in social labeling | 83 |

| | |
|---|--------------|
| 2.4. Social diversification and inequalities vs. health | . 89 |
| Gender and age vs. health | . 90 |
| Marital status vs. health | . 91 |
| Place of residence vs. health. | . 92 |
| Social and economic position vs. health | . 92 |
| Education vs. health | . 93 |
| Financial situation vs. health | . 94 |
| 2.5. Work and habitat related constraints on health | . 97 |
| Human habitat related constraints on health | . 98 |
| Psychosociological constraints | . 100 |
| Occupational illness | . 101 |
| 2.6. The family and health and illness problems | . 105 |
| 2.7. Selected issues of the rehabilitation of the disabled | . 116 |
| The idea of rehabilitation | . 116 |
| Rehabilitation – types and goals | . 117 |
| Disability – scope of the phenomenon. | . 119 |
| The psychosocial position of a disabled person | . 121 |
| Individual and social constraints on the efficiency of the rehabilitation process | . 124 |
| Part III. Medical professions and institutions | . 129 |
| 3.1. The hospital as a social institution | . 131 |
| Social institutions. Typology of the concept | . 131 |
| Sociological characteristics of the institution | . 133 |
| The hospital as a social institution | . 134 |
| 3.2. Functionality and dysfunctionality of medical institutions | . 136 |
| The concept of bureaucracy | . 137 |
| R.K. Merton's theory of bureaucracy | . 138 |
| Bureaucratic institution dysfunctionality as exemplified by the hospital | . 139 |
| E. Goffman's concept of the hospital as a total institution. | . 140 |
| 3.3. Medical professions as a subject of interest for medical sociology. | . 142 |
| Introductory remarks | . 142 |
| Sociological research on medical professions | . 144 |
| 3.4. Sociological characteristics of selected medical professions | . 147 |
| The physician | . 147 |
| The dentist and determinants of his profession | . 152 |
| 3.5. The future of medical professions | . 155 |
| The family doctor – his social and professional role | . 155 |
| Components of the professional role of the doctor in a hospice | . 156 |
| 3.6. Doctor – patient interaction | . 158 |
| Interaction vs. the social role of the doctor and patients | . 158 |
| Selected models of the doctor – patient relationship | . 160 |
| 3.7. Selected aspects of doctor – patient communication | . 162 |
| The essence of doctor – patient communication | . 162 |
| Barriers in doctor – patient communication | . 164 |
| Techniques and principles enhancing doctor – patient communication. | . 165 |

| | |
|---|------------|
| 3.8. Iatrogenic activities. Iatrogenic trauma. Iatropathogenesis | 168 |
| 3.9. Doctor's error. Medical malpractice. | |
| Legal and professional liability of the doctor | 174 |
| 3.10. Death and dying in medical institutions | |
| – the institutionalisation of death | 182 |
| Institutionalisation and medicalisation of death and dying | 183 |
| Death and dying in the hospital | 184 |
| Communicating with the dying patient | 189 |
| Hospices and palliative care | 192 |
| Part IV. Health, disease and medicine in the context | |
| of economic and political transformations. | 197 |
| 4.1. Health care reform – in search of new functions | 199 |
| Evolution of the system | 200 |
| New functional definitions | 203 |
| Social response. | 213 |
| Consequences | 217 |
| 4.2. Health-related behavioral patterns in poverty conditions | 223 |
| Health-related behavioral patterns – a review of theoretical positions | 224 |
| Poverty – a growing social problem | 225 |
| Health-related behavioral patterns in Polish society – selected issues | 227 |
| 4.3. Non-medical health care in a pluralistic society. | |
| Selected sociological aspects | 235 |
| The context and social reasons for selecting non-medical health care services | 236 |
| Social acceptance of unconventional treatment methods | 238 |
| Conclusions from the research into the sociology of non-medical health care | 241 |
| Bibliography | 243 |
| A note on the authors | 255 |
| Name index | 256 |