

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

w Lublinie

Wydział Filozofii i Socjologii
Instytut Socjologii

mgr Patrycja Zalewska-Blechar

LECZNICTWO NIEMEDYCZNE
JAKO KONSTRUKT SPOŁECZNY

Praca doktorska napisana pod kierunkiem:

Prof. dr. hab. Włodzimierza Piątkowskiego

promotor pomocniczy dr Michał Nowakowski

Lublin 2023

SPIS TREŚCI

I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA.....	12
1. PODSTAWY TEORETYCZNE BADAŃ WŁASNYCH	12
1.1. Społeczny konstruktywizm	12
1.2. Medykalizacja, przemedycyzowanie (<i>overmedicalization</i>) i demedykalizacja.....	23
1.3. Krytyczna socjologia medycyny w ujęciu Vicente Navarro i Howarda Waitzkina	32
1.4. Czy medycyna może szkodzić zdrowiu? Próba rekonstrukcji koncepcji Ivana Illicha	38
1.5. Wkład Eliota Freidsona w badania „socjologii życia codziennego”	43
2. USTALENIA TAKSONOMICZNE	49
2.1. Uwagi wprowadzające	49
2.2. „Chaos terminologiczny” w opisie metod leczenia pozostających poza systemem medycyny akademickiej i próby jego przezwyciężenia.	50
2.3. Rozwiązania taksonomiczne przyjmowane w ramach polskiej socjologii medycyny	60
2.4. Medycyna oparta na dowodach (EBM) a leczenie niemedyczne (CAM)	65
2.5. <i>Casus</i> akupunktury - praktyka o niejasnym statusie	75
2.6. Podsumowanie	77
II. CZĘŚĆ METODOLOGICZNA	79
1. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE	79
1.1. Cel badań i problemy badawcze.....	79
1.2. Uzasadnienie stosowania metodologii jakościowej	82
1.3. Metodologia teorii ugruntowanej jako podstawa analizy danych (Założenia teoretyczne a przyjęta metodologia)	83
1.4. Metoda i technika badawcza- eksploracyjny wywiad ekspercki	92
1.5. Dobór próby- metoda kuli śniegowej.....	102
1.6. Badacz w procesie zbierania i analizowania danych.....	108
1.7. Realizacja projektu badawczego	111
1.8. Trudności związane z rekrutacją i prowadzeniem wywiadów	112
III. CZĘŚĆ BADAWCZA.....	120
1. KONSTRUOWANIE <i>UNIVERSUM</i> LECZNICTWA NIEMEDYCZNEGO W NARRACJACH PRAKTYKÓW STOSUJĄCYCH METODY WCHODZĄCE W SKŁAD LECZNICTWA NIEMEDYCZNEGO.....	120
1.1. Kontekst i forma działalności praktyków.....	120
1.2. Ocena efektywności pracy z pacjentem	132
1.3. Stosunek do definiowania własnej praktyki przy zastosowaniu pojęcia „leczenie niemedyczne”	137
1.4. Definiowanie terminu „choroba”	141
1.5. Definiowanie terminu „zdrowie”	146
1.6. Relacje łączące praktyków CAM z reprezentantami zawodów medycznych	149
1.7. Powody korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego (CAM)	156
1.8. Efekty korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego (CAM).....	163

1.9. Obserwowane trudności w pracy z pacjentem w ramach terapii CAM.....	167
1.10. Zmiany w sposobie postrzegania przez społeczeństwo zjawiska lecznictwa niemedycznego (CAM)	169
1.11. Relacje lecznictwa niemedycznego (CAM) z medycyną akademicką	172
1.12. Optymalna relacja lecznictwa niemedycznego (CAM) z medycyną akademicką	175
1.13. Doświadczenia innych krajów jako postulowany wzór współpracy	177
1.14. Wpływ pandemii na lecznictwo niemedyczne (CAM).....	180
1.15. Prognozy dotyczące przyszłość lecznictwa niemedycznego (CAM)	181
2. KONSTRUOWANIE <i>UNIVERSUM</i> LECZNICTWA NIEMEDYCZNEGO W OPARCIU O NARRACJE EKSPERTÓW	186
2.1. Trudności i bariery w procesie badania lecznictwa niemedycznego (CAM) w Polsce	187
2.2. Taksonomia: próby definiowania terminu - „lecznictwo niemedyczne”	189
2.3. Definiowanie pojęć: „zdrowie” i „choroba”	196
2.4. Powody korzystania z metod i technik lecznictwa niemedycznego (CAM)	198
2.5. Klasyfikacja i próba oceny efektów korzystania z metod i technik lecznictwa niemedycznego (CAM)	204
2.6. Zmiany w sposobie postrzegania zjawiska lecznictwa niemedycznego (CAM)	210
2.7. Lecznictwo niemedyczne vs. medycyna akademicka. Rodzaje i charakter relacji	213
2.8. Modele optymalnych relacji lecznictwa niemedycznego z medycyną akademicką (CAM)	217
2.9. Prognozy dotyczące przyszłość lecznictwa niemedycznego (CAM)	221
3. PODSUMOWANIE CZĘŚCI BADAWCZEJ.....	226
3.1. Kontekst i forma działalności praktyków	226
3.2. Praca naukowa w obszarze lecznictwa niemedycznego (CAM) w narracjach ekspertów	227
3.3. Ocena efektywności pracy z pacjentem	228
3.4. Definiowanie pojęcia „lecznictwo niemedyczne”	229
3.5. Definiowanie pojęć „zdrowie” i „choroba”	230
3.6. Relacje łączące praktyków CAM i lekarzy	230
3.7. Motywacje do korzystania z metod i technik lecznictwa niemedycznego (CAM).....	231
3.8. Skutki korzystania z metod i technik lecznictwa niemedycznego (CAM)	231
3.9. Obserwowane trudności w pracy z pacjentem	232
3.10. Zmiany w sposobie społecznego postrzegania lecznictwa niemedycznego (CAM)	232
3.11. Relacje lecznictwa niemedycznego (CAM) z medycyną akademicką	233
3.12. Optymalny model relacji lecznictwa niemedycznego (CAM) z medycyną akademicką	233
3.13. Complementary and Alternative Medicine (CAM) vs. Evidence Based Medicine (EBM). Doświadczenia innych krajów jako wzór współpracy.....	234
3.14. Wpływ pandemii na lecznictwo niemedyczne (CAM).....	234
3.15. Przyszłość lecznictwa niemedycznego (CAM).....	235
ZAKOŃCZENIE	236
BIBLIOGRAFIA	242
ANEKS	261
I. Kwestionariusz wywiadu eksperckiego	261
II. Oznaczenie praktyków uczestniczących w wywiadach eksperckich	262
III. Oznaczenie ekspertów uczestniczących w wywiadach eksperckich	262

IV. Spis ilustracji.....	262
--------------------------	-----

WSTĘP

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat leczenie niemedyczne staje się istotnym, trwałym sposobem realizacji potrzeb zdrowotnych, w Polsce, i krajach zachodnich.^{1,2} Moja decyzja o podjęciu badań nad tym zagadnieniem, wynika z kilku powodów.

Pierwszym z nich jest szeroki, społeczny zakres zjawiska oraz rosnące zainteresowanie pacjentów tego typu metodami. Liczba osób korzystających z niekonwencjonalnego leczenia na całym świecie systematycznie rośnie, ta tendencja dotyczy to również Polski. W 1990 r. OBOP przeprowadził sondaż na temat zachowań Polaków w sytuacji choroby. Okazało się, iż ponad połowa respondentów (59%) leczy się samodzielnie, a tylko 31% badanych od razu, udaje się po poradę lekarską, zaś co dziesiąty respondent (11%) przyjmuje leki dostępne w aptece bez recepty (OTC).³ Z kolei według sondażu CBOS (1998 r.) 52% ankietowanych „stosuje wypróbowane domowe sposoby”, a 45% respondentów kupuje leki OTC.⁴ Z kolei Raport GUS (2018 r.) ukazuje skalę leczenia we własnym zakresie suplementami diety, ponad 60% badanych korzysta z „innych” leków, natomiast 50% z suplementów.⁵ Jak wynika z doniesień medialnych w 1995 roku, Polacy zakupili 65 mln opakowań witamin i związków mineralnych, a sześć lat później (2001 r.) liczba ta uległa podwojeniu.⁶

Obok samolecznictwa drugim zorganizowanym „systemem” praktykowanym „poza medycyną” są praktyki współczesnych uzdrowicieli. Wyniki badań wskazują, iż 35% badanych wskazuje, że oni sami lub ktoś z ich najbliższej rodziny „leczył się u osoby nie będącej lekarzem

¹ Piątkowski W.: *Leczenie niemedyczne w społeczeństwie pluralistycznym. Wybrane aspekty socjologiczne*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Oficyna Wydawnicza „Atut”, Wrocław 2002, s. 235.

² Piątkowski W., Zalewska P.: *Laickie diagnozy. Metody rozpoznawania chorób przez nieprofesjonalnych terapeutów*, [w:] S. Banaszak, J. Śmiateńska (red. nauk.), *Diagnoza w wymiarze jednostkowym i społecznym*. Wydawnictwo naukowe UAM, Poznań 2019, s. 120.

³ *Co robi chory Polak*, Raport z badań, OBOP, Warszawa, luty 1996.

⁴ *Leczenie się domowymi sposobami*. Komunikat z badań CBOS. BS/52/52/98. Warszawa, kwiecień 1998, s. 2.

⁵ GUS: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, Warszawa 2018 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r-,2,6.html>, s. 35 /wejście 3.04.2023/

⁶ Winnicka E: *Odchodzi baba od lekarza*. „Polityka” 2002, 40, s. 81.

medycyny”.⁷ W latach 1990-1992 ponad połowa badanych Polaków (59%) deklarowała⁸, iż ogląda programy niekonwencjonalnego terapeuty Anatolija M. Kaszpirowskiego, ich średnia oglądalność wahała się pomiędzy 9-10 mln widzów.⁹ Według danych GUS z 1997 r., regularnie z usług uzdrowicieli korzystało 1,3 mln Polaków.¹⁰ Z kolei z raportu tygodnika „Polityka” wynika, iż na początku XXI wieku w Polsce było oficjalnie zarejestrowanych co najmniej 50 tys. uzdrowicieli. 11% ankietowanych odpowiedziało, iż raz leczyli się u osoby, nie będącej lekarzem medycyny, 20%- kilka razy, 4%- wiele razy. Równocześnie ponad połowa badanych (64%) stwierdziła, że nigdy nie leczyla się u uzdrowicieli.¹¹ Informacje te można uzupełnić badaniami A. Szlagowskiej-Papuzińskiej, z których wynika, że 10,8% badanych twierdziło, iż „kiedykolwiek w przeszłości korzystało z usług znachorów, zielarzy, uzdrowicieli, itd.”; dodajmy przy tym, że 4,08% osób posiadało zdecydowanie negatywny stosunek do praktyk znachorskich. Równocześnie 19,7 % osób niezdecydowanych w swoich opiniach o leczeniu niemedycznym sygnalizowała, że słyszała o takich praktykach w swojej okolicy.¹² Według sondażu CBOS (2011 r.), co czwarty badany (24%) przyznaje, iż on sam lub ktoś z jego rodziny zetknął się z niekonwencjonalnymi metodami leczenia.¹³ Warto pamiętać, że roku 2016 liczba gospodarstw domowych korzystających z „usług medycyny niekonwencjonalnej, takich jak: akupresura, akupunktura, apiterapia, bioenergoterapia, fitoterapia, homeopatia i kręgarstwo” oscylowała na poziomie 405 tysięcy.¹⁴ Zaś w roku 2020 odsetek zwolenników tego typu praktyk kształtował się na poziomie 2,2% (dla porównania w latach

⁷ Piątkowski W.: Lecznictwo niemedyczne. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno-prawne. *Konteksty Społeczne* 2014, t. 4, nr 2, s. 9 za *Leczenie się domowymi sposobami*. Komunikat z badań CBOS. Warszawa, kwiecień 1998.

⁸ Erenkfeit K: *Społeczny kontekst działalności Anatolija Kaszpirowskiego*, [w:] A. Anczyk (red. nauk.), *Medicina magica. Oblicza medycyny niekonwencjonalnej*. Wydawnictwo Instytutu Pracy i Zdrowia Środowiskowego. Seria „Szkice z nauk o zdrowiu” t. III, Sosnowiec 2011, s. 141.

⁹ Piątkowski W.: Lecznictwo niemedyczne. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno-prawne, *Konteksty Społeczne* 2014, t. 4, nr 2, s. 9 za *Telewizyjne spotkania z A. Kaszpirowskim*. Komunikat z badań OBOP. Warszawa, marzec 1990.

¹⁰ Rocznik Statystyczny GUS, Warszawa 1997.

¹¹ Winnicka E: *Odchodzi baba...*, op. cit., s. 78-81.

¹² Szlagowska-Papuzińska A.: *Mityzacja choroby. Choroba jako konstrukt społeczny i kulturowy*. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2021, s. 125, 127- 128.

¹³ CBOS: *Horoskopy, wróżby, talizmany - czyli magia wokół nas - Raport z badań*. Warszawa, październik 2011, s. 9.

¹⁴ GUS: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach...* 2016, op. cit., s. 56

2016 i 2013- 3,0%), z tego powodu „klienci CAM” ponosili dość znaczne wydatki- około 537 zł rocznie,¹⁵ w porównaniu do 2016 r., gdy takie koszty utrzymywały się na poziomie 446 zł.¹⁶

Rezultaty przytoczonych badań wskazują, iż znaczna część Polaków leczy się poza oficjalnym, formalnym systemem medycznym, a tendencja do korzystania z usług znajdujących się poza medycyną akademicką ma stabilną tendencję wzrostową. Zatem można sądzić, że leczenie niemedyczne stanowi trwałą i ważny element zachowań społecznych i zdrowotnych Polek i Polaków. Fenomen leczenia niemedycznego jest zjawiskiem dynamicznym, którego akceleratorem stał się m.in. Internet. Według badania CBOS z 2016 r., co drugi użytkownik Internetu (50%) odwiedza strony internetowe lub blogi poświęcone zdrowiu, problemów z nim związanych i leczeniu. Niewielki odsetek respondentów tj. 3% robi to regularnie, jedna czwarta (25%) korzysta z nich od czasu do czasu, a 22%- sporadycznie. Z kolei ponad jedna dziesiąta (13%) badanych deklaruje, iż odwiedza portale dotyczące zdrowia. Biorąc pod uwagę aktywność na internetowych forach lub w grupie dyskusyjnej, można stwierdzić, iż 10% ankietowanych czyta wpisy innych użytkowników, dotyczących problemów związanych ze zdrowiem oraz charakterem poszczególnych dolegliwości. Internet jako źródło wiedzy i informacji o charakterze medyczno-zdrowotnym może sprzyjać „domowemu samoleczeniu”, opóźnianiu wizyt u lekarzy, a tym samym przedłużeniu czasu koniecznego na postawienie trafnej diagnozy oraz zmniejszeniu efektywności leczenia. Informacje o lekach w postaci reklam mogą budzić pragnienie kupna leku czy preparatu, którego nie potrzebujemy lub który może nam zaszkodzić.¹⁷

W syndromie zmian transformacyjnych można wyróżnić szereg kulturowych wątków, które nie tylko są korelatami zdrowia i choroby, ale także bezpośrednio wiążą się z rozwojem niekonwencjonalnych metod leczenia. Szczególnie istotne są te, które odnoszą się do renesansu tych metod, co odzwierciedla zwiększające się zainteresowanie ludzi alternatywnymi sposobami

¹⁵ GUS: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*, Kraków 2022, s. 59. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2020-r-,2,7.html> /wejście 3.04.2023/

¹⁶ GUS: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach...* 2016, op. cit., s. 56.

¹⁷ Wiczorkowska M.: Zdrowie i choroba w sieci- o przejawach i konsekwencjach popularyzacji wiedzy medycznej w Internecie. *Człowiek i Społeczeństwo* 2015, T. XL, s. 152-154.

leczenia. Tak więc temat lecznictwa niemedycznego jest obecny w treści współczesnych przekazów kulturowych. Przykładem istnienia tego wątku w popkulturze jest niesłabnąca popularność filmu „Znachor” (1981) w reżyserii Jerzego Hoffmana, opartego na motywach powieści Tadeusza Dołęgi-Mostowicza. W 2023 roku serwis Netflix zdecydował o powstaniu nowej wersji tego melodramatu. Decyzja ta może być wskaźnikiem społecznego zainteresowania praktykami tradycyjnego, polskiego lecznictwa ludowego, w którym poświęca się dużo czasu pacjentowi, w epoce w której medycyna akademicka była dla zwykłych ludzi niedostępna ze względu na wysokie koszty leczenia, brak możliwości korzystania z ubezpieczeń zdrowotnych, dominujące nierówności społeczne w zdrowiu etc.

Zainteresowanie socjologii medycyną komplementarną i alternatywną można dostrzec już od lat 60-tych w XX wieku. Początkowo nie było całościowych opracowań dotyczących lecznictwa występującego poza medycyną oficjalną, dominowały raczej rozproszone prace przyczynkarskie.

Talcott Parsons twierdził, iż tylko lekarze, według własnych kryteriów i w oparciu o swoje naukowe kompetencje mogli rozstrzygać o uznaniu człowieka za osobę chorą lub zdrową. W takim modelu teoretycznym skoncentrowanym na lekarzu i medycynie (*doctor-centered*) nie było tu miejsca na opis i interpretację innych opinii, niż diagnozy lekarzy. Parsons zwracał uwagę na kooperację pomiędzy lekarzem a pacjentem w dążeniu do wspólnego celu, tj. osiągnięciu szybkiego wyzdrowienia, a w dalszej perspektywie do wzmocnienia niezakłóconego sposobu funkcjonowania systemu społecznego. Rola społeczna chorego tworzy ramy, które umożliwiają lekarzom wykorzystanie ich profesjonalnych kompetencji w procesie terapeutycznym. Jednakże w przedstawionym modelu medycyny opartym na przekonaniach „strukturalno-funkcjonalnych” zabrakło miejsca do korzystania z metod pozostających poza medycyną akademicką. Wybór innego wariantu leczenia był postrzegany jako niezgodny z panującą normą oraz standardami obowiązującymi w systemie medycznym i nieaprobowany.^{18,19}

¹⁸ Parsons T.: *Struktura społeczna a osobowość*. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969, s. 340.

¹⁹ Parsons T.: *System społeczny*. Nomos, Kraków 2009, s. 379.

Z kolei A. Giddens był zdania, iż socjologia medycyny odchodzi od swej wyjściowej, medykoncentrycznej orientacji badawczej, w której dokonywano społecznych interpretacji mechanizmów poszukiwania pomocy w chorobie, odnosząc je do dominujących norm cywilizacyjnych i kulturowych. Uważa, że „rozwój medycyny alternatywnej stawia przed socjologami szereg interesujących pytań.”²⁰ Taki punkt widzenia w badaniu społecznej rzeczywistości otaczającej zdrowie i chorobę, dowartościowuje pozamedyczny, socjokulturowy kontekst tych zjawisk. Giddens dostrzegł fakt, że leczenie niemedyczne rozwija się dynamicznie, a techniki i metody nieprofesjonalnych terapeutów są w różnym stopniu odmienne od paradygmatów medycyny akademickiej. Giddens zwraca uwagę, że „w społeczeństwie nowoczesnym przeżywają rozkwit alternatywne metody leczenia, pozostające poza obszarem oficjalnego systemu opieki zdrowotnej lub tylko częściowo z nim zbieżne.”²¹ Chorzy coraz częściej zwracają się ku medycynie komplementarnej i alternatywnej ze względu na nieakceptowaną przez nich asymetrię w relacjach między lekarzem a pacjentem. Występuje deficyt „wiedzy behawioralnej studentów wydziałów lekarskich (a późniejszych lekarzy), w tym niedostatek kompetencji miękkich o charakterze socjo-psychologicznych.”²² Z kolei w relacji uzdrowiciel-pacjent komunikacja jest niezwykle ważna, oraz powinna być możliwie głęboka i trwała. Postawa ta powoduje pozyskanie zaufania pacjenta oraz zasobu cennych informacji dotyczących m.in.: choroby i jej przyczyn, wcześniejszego leczenia w placówkach ochrony zdrowia, poglądów pacjenta, jego religijności czy też stosunku do CAM.²³

William C. Cockerham zauważył istnienie trendu, polegającego na stopniowej konwergencji pomiędzy medycyną akademicką, a niektórymi metodami i technikami leczenia, które do niedawna uważane były za „pozamedyczne”. Np. osteopatia, która przez długi czas była postrzegana jako metoda alternatywna, a nie jako część medycyny akademickiej obecnie jednak

²⁰ Giddens A.: *Socjologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 398.

²¹ Ibidem, s. 396.

²² Piątkowski W.: „Lecznictwo” niemedyczne- wyzwania dla współczesnej medycyny, [w:] A. Ostrowska (red. nauk.), *Jak rozmawiać z pacjentem. Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*. Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2020, s.140.

²³ Ibidem, s. 133-134.

coraz więcej medycznych szkół i uczelni włącza ją w swoje programy nauczania. Praktyki te stają się coraz bardziej uznawane i akceptowane przez medycynę. Cockerham zwrócił również uwagę, że socjologia medycyny ciągle w małym stopniu interesuje się niekonwencjonalnymi metodami leczenia.²⁴ Popularność tych praktyk w społeczeństwie powiązana jest głównie ze skuteczniejszym zaspokojeniem potrzeb emocjonalnych i socjopsychosomatycznych pacjentów przez nieprofesjonalnych terapeutów.²⁵

Rezultatem ewolucji pola badawczego socjologii medycyny w kierunku niemedykocentrycznej orientacji badawczej jest stworzenie socjologii zdrowia oraz socjologii zdrowienia. Ten dział opiera się na założeniu, że instytucjonalna medycyna jest tylko jednym z różnorodnych czynników powiązanych ze zdrowiem jednostek i społeczeństwa. Podniesienie rangi problematyki „uzdrawiania” – można zauważyć już w tytule podręcznika socjologii zdrowia i choroby autorów G.L. Weiss i L.E. Lonnquist: „The Sociology of Health, Healing and Illness”.²⁶ A jedną z pierwszych prób kompleksowej interpretacji praktyk uzdrawiania w kontekście socjologii zdrowia był rozdział w podręczniku z 1977 roku -*Types of healers*. Autorstwa współtwórców „sociology of health” A.C. Twaddle`a i R.M.Hesslera.²⁷

W socjologii ogólnej i jej subdyscyplinach Anna Kubiak podkreśla np. znaczenie własnej odpowiedzialności za zdrowie i chorobę oraz zdolność do bycia niezależnym od medycyny, tam, gdzie jest to tylko możliwe.²⁸ Z kolei Andrzej Siciński zauważa, że nie jest odosobnionym przypadkiem stosowanie metod i technik wchodzących w skład lecznictwa niemedycznego- „[...] chorzy korzystają też niejednokrotnie z pomocy osób praktykujących leczenie poza medycyną

²⁴ Cockerham W.C.: *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*, [w:] W.C. Cockerham: *Medical Sociology*, 9th ed., *Medical Sociology*. 9th Edition. Prentice Hall, Upper Saddle River, New York 2004, s. 110, 167.

²⁵ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2008, s. 110.

²⁶ Zob. rozdział: *Complementary and alternative medicine*, [w:] G.L. Weiss i L.E. Lonnquist, *The Sociology of Health, Healing and Illness* 2006, s. 219- 243.

²⁷ Zob. Twaddle A.C., Hessler R. M.: *Types of healers*, [w:] *A Sociology of Health*, Mosby CO., S. Luis 1977, s. 139-159.

²⁸ Kubiak A.E.: *Jednak New Age*. Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza, Warszawa 2005, s. 44.

oficjalną.”²⁹ Siciński sygnalizuje, iż wzrost popularności metod spoza medycyny oficjalnej jest jedną z konsekwencji przemian stylach życia Polaków.

W społeczeństwie ponowoczesnym mogą narastać dylematy dotyczące wyboru sposobu leczenia: tradycyjnego, związanego z medycyną kliniczną lub niekonwencjonalnego.³⁰

Magdalena Sokołowska zwraca uwagę iż chorzy postępują logicznie szukając każdego rodzaju pomocy w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia, a więc ważne potrzeby emocjonalne pacjentów są przynajmniej po części zaspokajane w kontakcie z „niemedycznym uzdrowicielem.”³¹ Sokołowska akcentuje potrzebę holistycznego podejścia do pacjenta i uwzględnienia jego potrzeb emocjonalnych i duchowych, obok potrzeb fizycznych realizowanych poza medycyną akademicką. Z kolei Anna Titkow jest zdania, że „w nowoczesnych społeczeństwach [...] najbardziej rozpowszechnione są formy częściowej dewiacji zachowań w chorobie. Za taką dewiację uważamy unikanie dopóki można medycyny oficjalnej bądź też niekonsekwentne z niej korzystanie.”³² Ta sama socjolożka w 2008 roku uznała, iż problematyki lecznictwa niemedycznego nie powinno się dłużej omijać jako przedmiotu badań socjologicznych. Titkow zwróciła uwagę, że w dzisiejszej Polsce lecznictwo niemedyczne jest wciąż obecne i odgrywa znaczącą rolę.³³ Istotną rolę w rozwoju „socjologii lecznictwa niemedycznego” wniósł m.in. Włodzimierz Piątkowski, który na przestrzeni kolejnych dekad regularnych badań w tym obszarze stworzył naukowe podstawy tej subdyscypliny.³⁴

Z kolei Barbara Uramowska-Żyto proponuje by socjologowie szukali takich płaszczyzn, schematów czy teorii, które będą pomocne w opisie zjawisk związanych z lecznictwem

²⁹ Siciński A.: *Styl życia-Kultura-Wybór. Szkice*. Wyd. IFiS PAN. Warszawa 2002, s. 123.

³⁰ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin 2008, s. 11-12. Za P. Sztompka: *Trauma kulturowa. Druga strona zmiany społecznej*, [w:] A. Kojder, K. Sowa (red.), *Los i wybór. Dziedzictwo i perspektywy społeczeństwa polskiego*. Pamiętnik XI Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.

³¹ Sokołowska M.: Interpretacja socjologiczna zjawiska Clive’a Harrisa, [w:] M. Sokołowska, *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*. KAW, Gdańsk 1978, s. 103.

³² Titkow A.: *Zachowania i postawy zdrowotne wobec zdrowia*. PWN, Warszawa 1983, s. 67.

³³ Titkow A. Recenzja wydawnicza monografii W. Piątkowskiego: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin 2008.

³⁴ Piątkowski W.: „Lecznictwo” niemedyczne- wyzwania dla współczesnej medycyny..., op. cit., s. 128-129.

niemedycznym, „umożliwiają skoncentrowanie się na innych nieformalnych miejscach związanych z zachowaniem zdrowia i leczeniem choroby.”³⁵

Jestem zdania, że obowiązkiem socjologa jest **systematyczne** badanie, opis i interpretacja tego ważnego społecznie zjawiska, czego próbuję dokonać na kartach mojej dysertacji.

Uważam, że wybór społecznego konstruktywizmu jako podstawy teoretycznej w badaniach dotyczących fenomenu lecznictwa niemedycznego był konsekwencją szeregu istotnych okoliczności. Moim zdaniem takie podejście w polskiej socjologii medycyny w odniesieniu do zagadnień lecznictwa niemedycznego ma charakter **prekursorski**.

Ważną przesłanką przemawiającą za realizacją takiego projektu jest chęć „oddania głosu” bezpośrednio samym uczestnikom *universum* lecznictwa niemedycznego. Jest to **jeden z pierwszych** takich projektów w obrębie socjologii lecznictwa niemedycznego, wykorzystujący metodę eksploracyjnego wywiadu eksperckiego. Dzięki zastosowaniu tego podejścia, możliwe był odkrycie nowych wątków badawczych nie ograniczających się jedynie do analizy opinii ekspertów. Pozwoli to na zebranie i pozyskanie wiedzy od osób pełniących rolę społeczną terapeuty stosującego w swojej pracy metody lecznictwa niemedycznego, są to z jednej strony praktycy, stosujący metody wchodzące w skład CAM i mający kompetencje w zakresie „alternatywnych” sposobów leczenia, a także, z drugiej strony naukowcy-eksperci pełniący rolę interpretatorów/znawców obszaru CAM (lecznictwa niemedycznego/medycyny komplementarnej i alternatywnej). Ponadto, „wartością dodaną” podejścia konstruktywistycznego jest jego inkluzywny charakter dotyczący zwłaszcza procesu badawczego, co oznacza, że badacz uwzględnia pluralizm i równoprawność i różnorodność społeczną i kulturową w procesie kompletowania informacji oraz interpretacji uzyskanych wyników. To pozwala na bardziej kompleksowe, całościowe i dokładniejsze zrozumienie fenomenu lecznictwa niemedycznego i uniknięcie podejścia „redukcyjnego”. Ostatecznie, wybór społecznego konstruktywizmu pozwoli na zrozumienie

³⁵ Uramowska-Żyto B.: *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1992, s. 9.

sposobu, w jaki zarówno pacjenci, praktycy jak i eksperci konstruują i interpretują praktyki niekonwencjonalnego leczenia. Dzięki temu możliwe i realne może być skuteczniejsze i bardziej precyzyjne diagnozowanie zjawiska społecznego oraz np. opracowanie strategii naprawczych/interwencyjnych, które mogą uwzględniać zróżnicowane perspektywy i coraz bardziej rozbudowane potrzeby współczesnych pacjentów.

Prezentowana praca składa się ze *Wstępu*, *Części Teoretycznej*, *Części Metodologicznej*, *Części Badawczej*, *Zakończenia* oraz *Bibliografii* wraz z *Aneksem*.

W rozdziale pierwszym dokonuję przeglądu teorii socjologicznych mogących służyć interpretacji leczenia niemedyceznego. Zostają zaprezentowane wybrane, krytyczne podejścia badawcze. W konsekwencji charakteryzuję poglądy takich badaczy jak: V. Navarro, H. Waitzkin, I. Illich oraz E. Freidson. Zjawisko leczenia niemedyceznego interpretuję w kontekście teorii medykalizacji i demedykalizacji, z naciskiem na wykorzystaniem założeń i logiki analizy wyznaczonej przez kanony społecznego konstruktywizmu.

W rozdziale drugim próbuję wyznaczyć granice pojęcia „leczenie niemedycezne” i krytycznie ustosunkować się „sporów taksonomicznych” dotyczących wybranych pojęć opisujących metody leczenia pozostające poza systemem medycyny akademickiej.

W części metodologicznej omawiam główne założenia metodologiczne projektu badań własnych. W ramach tego rozdziału ustaliłam cele i problemy badawcze oraz zdefiniowałam przedmiot badań. Przedstawiłam argumenty przemawiające za wyborem przyjętej przeze mnie metodologii jakościowej oraz nakreśliłam założenia metodologii teorii ugruntowanej (MTU)- wersji konstruktywistycznej jako podstawy do analizy i interpretacji zebranego materiału. Charakteryzuję metody i techniki badawcze, które wykorzystałam podczas realizacji projektu. Kolejno, opisuję kryteria i sposób doboru próby oraz rolę badacza w procesie zbierania i analizowania danych, a także sposób realizacji projektu. Przedstawiono także przebieg realizacji wywiadów eksperckich wraz z opisem trudności i ograniczeń, z którymi musiałam się zmierzyć w trakcie rekrutacji i realizacji wywiadów.

Część badawcza składa się z dwóch fragmentów. W pierwszym poddałam analizie wywiady z praktykami- osobami pełniącymi role społeczne terapeutów stosujących w swojej pracy metody i techniki leczenia niemedyceznego i mającymi kompetencje w zakresie praktykowania sposobów leczenia wchodzących w skład CAM (*Complementary and Alternative Medicine*). W drugiej części przeprowadziła wywiady z naukowcami- ekspertami, profesjonalnie eksplorującymi problematykę CAM (lecnicztwa niemedyceznego/medycyny komplementarnej i alternatywnej). Postawiłam sobie za cel zrekonstruowanie sposobu wytwarzania, przetwarzania i przekształcania „własnych światów” w ramach „*universum* leczenia niemedyceznego”.

Zakończenie jest rodzajem podsumowania całości uzyskanych najważniejszych, oryginalnych efektów uzyskanych w procesie badawczym, podkreślono też perspektywy dalszych prac nad „socjologią leczenia niemedyceznego”, odniesiono się także do celów, które nie do końca udało się zrealizować w trakcie badań oraz naszkicowano perspektywy dalszych planów eksploracji tego ważnego obszaru badań socjologicznych.

Projekt, pomimo swoich zalet, posiada również pewne wady i niedostatki. Jednym z nich jest relatywnie niewielka liczba ekspertów, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu. Naturalnym jest oczekiwanie dotyczące zwiększenie ich liczby co w efekcie skutkowałoby możliwością stworzenia bardziej złożonej, bogatszej narracji przybliżającej spojrzenie osób naukowo zajmujących się tematem leczenia niemedyceznego w Polsce. Z drugiej jednak strony zaproszeni do badań eksperci bardzo często zajmowali w wielu sprawach skrajnie różne stanowiska.

Pozyskiwanie do badań naukowców- praktyków stanowiło wyzwanie, szczególnie w przypadku braku ogólnodostępnego rejestru takich osób. Kolejnym utrudnieniem jest brak monitorowania ich praktyk, co oznacza, że wiele kontaktów znalezionych w Internecie okazuje się być nieaktualna. Co więcej, niektórzy praktycy od dawna nie byli i nie są zainteresowani współpracą z dziennikarzami lub młodymi badaczami.

Projekt realizowany w dłuższej perspektywie czasowej zapewne przyniósłby zwiększenie liczbę uczestników badania. Dłuższy czas pozwoliłby na dotarcie do większej liczby osób

i zwiększyłyby szansę na ich udział w badaniu co pozwoliłoby na wykonanie pogłębionej analizy zjawisk „fenomenu leczenia niemedycznego”.

Podjmując próbę opisu oraz interpretacji pewnej części *universum* leczenia niemedycznego zamierzałam, choć w niewielkim zakresie, „oddać głos” samym uczestnikom tej rzeczywistości, a być może zainspirować innych badaczy do zbadania i charakterystyki kolejnych składowych tego swoistego „wszechświata”. Wydaje się bowiem, że stoimy dopiero na progu naukowej eksploracji tego złożonego, ale równocześnie ważnego obszaru życia społecznego.

I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

1. Podstawy teoretyczne badań własnych

1.1. Społeczny konstruktorywizm

Rzeczy, obiekty występujące w kulturze jako rzeczywiste, uniwersalne czy faktyczne, z punktu widzenia konstruktorywizmu nie istnieją dopóki nie pojawią się na płaszczyźnie kultury (uzna się je za ważne, odpowiednio ponazywa), dopóki nie staną się rozróżnieniem utrwalonym społecznie. Koncepcja ta oznacza demontowanie fundamentów naszego świata. „Konstruktorywizm oferuje zestaw metafor i sposobów myślenia o nas samych, które ze swej istoty wymagają porzucenia starych ścieżek artykulacji i postrzegania. Przyjęcie i konsekwentne prześledzenie tego modelu oznacza przekonfigurowanie znacznych obszarów własnego umysłu.”³⁶

Pojęcie „konstruktorywizmu” jest kategorią bardzo szeroką. A. Skrendo uważa, iż jest to „pojęcie- worek”.³⁷ Obszar ten nie stanowi zwartej i jednorodnej struktury, a założenia poznawcze i poglądy wyrażone są w rozmaitych wersjach, formach i ujęciach. Według E. Piotrowskiej w konstruktorywizmie nie można wyodrębnić jednolitej epistemologii, a jedynie spotykać się z chaosem pojęciowym i klasyfikacyjnym. Trudnością może okazać się znalezienie w owym dyskursie jednego, zasadniczego komponentu, który łączyłby różne odłamy konstruktorywizmu należące do różnych gałęzi nauki.³⁸ Źródła konstruktorywizmu w naukach społecznych są niejednorodne. Jego genezy można doszukiwać się w rozwijanej od lat 70-tych XX wieku tzw. „nieklasycznej socjologii wiedzy” oraz sporom osadzonym w filozofii dotyczących kwestii statusu nauki jako instytucji społecznej a także roli świadomości społecznej w kontekście wiedzy

³⁶ Bińczyk E.: Na obrzeżach konstruktorywizmu – na obrzeżach myślenia. *Er(r)go, Teoria-Literatura-Kultura* 2001, nr 2, s. 49- 50.

³⁷ Skrendo A.: Tożsamość w perspektywie konstruktorywizmu, *Teksty Drugie* 2004, nr 1-2, s. 65-77.

³⁸ Piotrowska E.: *Społeczny konstruktorywizm a matematyka*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 2008, s. 42-43.

naukowej. Z drugiej strony nurt ten jest wynikiem pogłębionej i znacznie ogólniejszej refleksji o naturze rzeczywistości społecznej, która kształtuje wyobrażenia co do natury życia społecznego.³⁹

Aleksander Riegler opisał dwa wymiary społecznego konstrukttywizmu: poziom horyzontalny i wertykalny. W pierwszym należy uwzględnić wymiary: filozoficzne (epistemologiczne), psychologiczne (lub psychologiczno- kognitywne), cybernetyczne, biologiczne (neurobiologiczne), fizyczne, psychiatryczne (terapeutyczne), literackie (wraz z nauką o mediach), komputerowe, społeczne- definiowane przez system teoretyczny oraz pedagogiczny. Natomiast wertykalny konstrukttywizm społeczny określany jest jako umiarkowany (*modest*) i radykalny (zwany metakonstrukttywizmem). Pierwszy odnosić można do sfery społecznej, drugi dotyczy przede wszystkim zachowania struktur wewnątrz matematyki.^{40, 41, 42, 43}

Stanowisko konstrukttywizmu w każdym z tych dyskursów ma inne znaczenie, bowiem zostaje umieszczone w odmiennych kontekstach. Przez co wydaje się, że jest ono znaczeniowo „nieostre”, rozmywa się wśród wielu możliwości jego stosowania. Słowo „konstrukttywizm” można odnieść również do kontekstów metodologicznych,⁴⁴ z drugiej strony jako samodzielny kierunek, który doczekał się wielu wersji. S. Schmidt podsumował to w następujący sposób: „nie ma jednego konstrukttywizmu, jest ich wiele; nie istnieje żadna, wspólna dla wszystkich odmian, wielka narracja konstrukttywistyczna; konstrukttywizm to dynamiczny splot tematów, też i konceptów; o wszystkim decydują: dynamika, ruch, zmienność i heterogeniczność”.⁴⁵

Warto też zwrócić uwagę na inne definicje konstrukttywizmu.

Internetowa Encyklopedia PWN „konstrukcjonizm społeczny” (konstrukttywizm społeczny) określa

³⁹ Pluta J.: *Konstrukttywizm, gender i rozum socjologiczny*, [w:] D. Majka- Rostek, E. Banaszak, P. Czajkowski (red.), *Genderowe filtry. Różnorodność doświadczenia i percepcji płci w przestrzeni publicznej i prywatnej*. Wydawnictwo Instytutu Socjologii, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2015, s.1-10.

⁴⁰ Piotrowska E.: *Spółeczny konstrukttywizm a matematyka...*, s. 42-43.

⁴¹ Riegler, A.: *The Key to Radical Constructivism*. 2003. <http://www.univie.ac.at/constructivism/key.html> /dostęp 10.08.2020/

⁴² Idem.: *Towards a Radical Constructivist Understanding of Science, Foundations of Science, special issue on "The Impact of Radical Constructivism on Science"*. 2001, 6 (1): 1-30. /dostęp 10.08.2020/

⁴³ Bińczyk E.: (Post)konstrukttywizm na temat technonauki, 2013, *Avant: Journal of Philosophical-Interdisciplinary Vanguard*. Vol. 4(1/2013), s. 54-76.

⁴⁴ Zybortowicz A.: *Konstrukttywizm jako orientacja metodologiczna w badaniach społecznych*, ASK 1999, nr 8, s. 7-28.

⁴⁵ Skrendo A.: *Tożsamość w perspektywie konstrukttywizmu, Teksty Drugie* 2004, nr 1-2, s. 65-77. za: S.J. Schmidt *Postmoderne und Radikaler Konstruktivismus oder: Über die Endgültigkeit der Vorläufigkeit*, [w:] A. Berger, G.E. Moser, (Hrsg.), *Jenseits des Diskurses. Literatur und Sprache in der Postmoderne*. Wien 1994, s. 135.

jako: „tendencję we współczesnej socjologii do przedstawiania rzeczywistości społecznej jako stającego się w każdej chwili wytworu działalności jednostek, nie zaś czegoś <<gotowego>> i zewnętrznego wobec nich, a więc zasadniczo podobnego do niezależnej od ludzi rzeczywistości przyrodniczej.”⁴⁶ Według „Socjologii. Przewodnika encyklopedycznego” [...] z tendencją tą (konstruktywizmem- P.Z.-B.) wiąże się zwykle pogląd, że wiedza społeczna nie tyle odzwierciedla obiektywny stan rzeczy, ile jest nieuchronnie prowizoryczną konstrukcją badacza, obserwującego zjawiska z określonej perspektywy i porządkującego zgromadzone dane za pomocą właściwej sobie siatki pojęciowej, czyli, inaczej mówiąc, rzeczywistość społeczna jest dostępna naszemu poznaniu nie bezpośrednio, lecz tylko w sposób zapośredniczony przez różne „konstrukcje” i interpretacje.”⁴⁷ Z kolei „konstrukcjonizm społeczny” definiowany przez Słownik Socjologii i Nauk Społecznych jako: „ogólny termin, który odnosi się niekiedy do teorii, które podkreślają, iż życie społeczne jest wytworem społeczeństwa”. Trudno nie zgodzić się z taką definicją, jednakże w takiej formie pozbawiona jest ona głębszego znaczenia. Czytamy dalej, iż „społeczeństwo jest w sposób aktywny tworzone przez istoty ludzkie. Orientacje te przedstawiają świat jako zrobiony lub wymyślony, nie zaś po prostu dany czy przyjęty na zasadzie oczywistości. Światy społeczne są sieciami interpretacji, tkanymi przez jednostki i grupy społeczne.”⁴⁸ Kolei L. Miś uważa, że „konstrukcjonizm posłużył za przykład myślenia teoretycznego o problemach społecznych, które przedmiotem swojej analizy uczyniło świat subiektywnych postrzeżeń, myśli i emocji, doświadczanych przez aktorów zbiorowych za pośrednictwem środków masowego przekazu. Innymi słowy, zwolennicy konstrukcjonizmu interesują się „społecznym tworzeniem rzeczywistości” i pomijają pytania dotyczące świata obiektywnego, materialnego, niezależnego od intencji i woli podmiotu.”⁴⁹

⁴⁶ Internetowa Encyklopedia PWN hasło: „*konstrukcjonizm społeczny*”.

<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/konstrukcjonizm-spoeczny;3925255.html> /dostęp 10.08.2020/

⁴⁷ Socjologia. Przewodnik encyklopedyczny. Hasło: „*konstrukcjonizm społeczny*”. Wyd. A. Mikusińska. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2008, s. 91.

⁴⁸ Oxford. Słownik Socjologii i Nauk Społecznych. Hasło: „*konstrukcjonizm społeczny*” [social constructionism]. Red.: G. Marshall; red. nauk. pol. wyd.: M. Tabin. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 156.

⁴⁹ Miś L.: *Problemy społeczne: teoria, metodologia, badania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007 s. 14.

W literaturze można dostrzec rozróżnienie pojęciowe pomiędzy konstruktywizmem a konstrukcjonizmem. Należy założyć, że jest ono skutkiem przyjmowania perspektywy konstruktywistycznej badaczy z różnych dziedzin naukowych. Konstruktywizm skupia się na schematach kognitywnych, które są wytwarzane przez jednostkę w toku rozwoju poznawczego. Jego głównym mechanizmem jest twórcze dostosowanie się do rzeczywistości. Postrzeganie świata jest ograniczone ze względu na właściwości biologiczne obserwatorów, a także różnorodność wykonywanych interpretacji. Natomiast konstrukcjonizm wychodzi z założenia, iż rzeczywistości nie można poznać niezależnie od ludzkiego sposobu interpretowania; jednakże obserwatorzy są w stanie jedynie porozumiewać się ze sobą na temat własnych konstruktów, posługując się językiem, kulturą a także relacjami międzyludzkimi.⁵⁰

Warto dodać, że niektórzy autorzy traktują pojęcia konstruktywizmu i konstrukcjonizmu wymiennie. R. Neimeyer i H. Levittit uważają, że „metoda badawcza może zostać zaliczona do konstruktywizmu lub konstrukcjonizmu społecznego w zakresie, w jakim: (a) metoda wyjaśnia „lokalne” w przeciwieństwie do „powszechnych” znaczeń i praktyk, (b) skupia się raczej na „tymczasowych” niż „podstawowych wzorach konstruowania znaczenia, (c) uznaje wiedzę jako produkt procesów nadawania znaczenia przez jednostki i społeczeństwo, (d) jest bardziej skoncentrowana na wykonalności lub pragmatycznej użyteczności niż na trafności *per se*”.⁵¹ Podobieństwa dotyczące założeń konstruktywizmu i konstrukcjonizmu obejmują założenia związane z ludzką podmiotowością, psychospołecznym tworzeniem rzeczywistości, relacjami międzyludzkimi, powiązaniem między jednostkami a otoczeniem społecznym, refleksyjnością i tworzeniem znaczenia, a także wielością światów społecznych i prawd.^{52, 53} Stanowiska te negują

⁵⁰ Frąckowiak-Sochańska M.: *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Seria Socjologiczna nr 82, Poznań 2019, s. 243.

⁵¹ Neimeyer R. A., Levitt H.: *Constructivism/Constructionism: Methodology*, [w:] N. Smelser, P. Baltes (red.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Science*, vol. 4, Elsevier, Amsterdam 2001, s. 2651.

⁵² Frąckowiak-Sochańska M.: *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia...*, s. 244.

⁵³ Autorka niniejszej pracy postanowiła wymiennie posługiwać się pojęciami konstruktywizmu i konstrukcjonizmu zdając sobie sprawę z niuansów dotyczących różnic w założeniach filozoficznych obu stanowisk.

model obiektywnej rzeczywistości poprzez zastosowanie surowej percepcji.⁵⁴

Wzorcowym dla nurtu konstruktywizmu jest opracowanie Petera Bergera i Thomasa Luckmanna *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*, w której przedstawiona jest interakcyjna koncepcja społeczeństwa, gdzie świat społeczny nie jest czymś danym i gotowym, ale jest ciągle tworzony i renegocjowany, podlega stałej obiektywizacji.^{55, 56} Przybliżając proces społecznego tworzenia świata wspomniani autorzy wskazują na jego trzy elementy składowe takie jak: eksternalizację, obiektywizację i internalizację.^{57, 58, 59, 60, 61} Poprzez mechanizmy eksternalizacji jednostka tworzy wspólnie przeżywany świat wraz z innymi jednostkami; uzewnętrznia się. Proces ten ulega systematyzacji, a także zyskuje status formalny.⁶² Tworzy się więc tu konstrukcja zjawiska jako obiektu kulturowego. Zgodnie z ujęciem Bergera i Luckmanna eksternalizacja jest swoistą antropologiczną koniecznością człowieka. Człowiek w przeciwieństwie do innych zwierząt, w tym ssaków naczelnych, w momencie narodzin jest niejako „nieukończony”. Inne ssaki tuż po narodzinach mają zmysły rozwinięte w takim stopniu, że umożliwia im to funkcjonowanie w swoim środowisku. Natomiast człowiek nie posiada „własnego środowiska”, a rozwija się dopiero w interakcji z innymi jednostkami społecznymi oraz z przedmiotami fizycznymi składającymi się na to środowisko. Człowiek nie posiada „własnego” habitatu („świata człowieka”) danego mu przez naturę. Jest „skazany na dookreślenie siebie”⁶³, na ciągłe tworzenie świata dla siebie. Musi sam nadać kształt światu poprzez własne działania. Jednakże świat ten nie jest dany na zawsze, musi tę

⁵⁴ Miś L.: *Konstruktywizm/konstrukcjonizm w socjologii, pracy socjalnej i psychoterapii*, [w:] L. Miś (red.), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*. Uniwersytet Jagielloński, Instytut Socjologii, Kraków 2008, s. 29.

⁵⁵ Berger P., Luckmann T.: *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1983, s. 105.

⁵⁶ Maj A.: *Konstruktywizm społeczny jako ideologia społeczeństwa sieciowego*. Tekst został wygłoszony na konferencji „Oblicza komunikacji 2: Ideologie w słowach, gestach i obrazach”, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 16–17 kwietnia 2007 /dostęp 14.08.2020/

⁵⁷ Lech A.: *Spoleczne konstruowanie rzeczywistości obiektywnej*, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie* 2013, z. 65, s. 183- 195.

⁵⁸ Domaradzki J.: *Spoleczne konstruowanie genetyki. Reprezentacje biotechnologii w polskim czasopiśmiennictwie opiniotwórczym*. Wyd. Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2018, s. 53- 70.

⁵⁹ Berger P., Luckman T.: *Spoleczne tworzenie rzeczywistości...*, op. cit., s. 85-89.

⁶⁰ Zduniak A.: *Założenia fenomenologiczne i konstruktywistyczne jako podstawy teorii komunikacji w socjologii religii*, *Zeszyty Naukowe KUL* 60 (2017), nr 2 (238), s. 283- 302.

⁶¹ Kasperek A.: *Perspektywa fenomenologiczna w filozofii*, *Pisma Humanistyczne* 1999, nr 1, s.181-189.

⁶² Mazur S.: *Poznanie, wiedza i działanie społeczne w paradygmacie wielości*, *Zarządzanie Publiczne* Nr 1(19)/2012, s. 33-41.

⁶³ Domaradzki J.: *Spoleczne konstruowanie genetyki...*, op. cit., s. 54.

relację ciągle „ustanawiać”. Tylko w takim, ukształtowanym przez siebie środowisku jednostka ma szansę znaleźć dla siebie właściwe miejsce i realizować własne życie.^{64, 65, 66}

Obiektywizacja polega na tym, iż wytwory, działalności człowieka uzyskują realny i zewnętrzny charakter. Działania te są rodzajem wzajemnej typizacji, następnie przekształcają się w nawyk; czyli każda taka typizacja staje się instytucją. Nabierają one charakteru obligatoryjnego, niosą w sobie strukturę normatywną, rutynę („zawsze tak się czyniło”). Proces obiektywizacji prezentuje wiedzę o instytucjach, wiedzę percypowaną jako coś co pochodzi z zewnątrz i co staje się niezależne od podmiotów ludzkich. Wiedza o instytucjach, jak i same instytucje są rodzajem oczywistości, dzięki temu procesowi.^{67, 68, 69} Ostatnią składową w teorii Bergera i Luckmanna jest internalizacja. Jest ona efektem procesu socjalizacji,⁷⁰ gdy jednostki przyjmują zobiektyzowane produkty ludzkich wytworów jako elementu wewnętrznej (własnej) świadomości. Jednostka ma świadomość, iż konkretna rzeczywistość jest podzielana i dostrzegana przez innych. Wspólny jest sposób patrzenia na świat. „To za sprawą eksternalizacji społeczeństwo staje się ludzkim wytworem. To przez „obiektywizację” społeczeństwo staje się rzeczywistością *sui generis*, za sprawą internalizacji człowiek staje się wytworem społeczeństwa.”⁷¹

Rzeczywistość i świat nie istnieją „obok” człowieka, jako zewnętrzne wobec człowieka, czekające na odkrycie przez niego; lecz wytwarzane są i utrzymywane dzięki ciągłym kontaktom międzyludzkim. Elementy tej rzeczywistości tj. zdarzenia, działania przedmioty mają charakter społeczny, są funkcją aktywności podmiotu zbiorowego.⁷² Praktyczne (przedmiotowe) konstruowanie świata przebiega według społecznie obowiązujących reguł kulturowych, te zaś

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Mazur S.: Poznanie, wiedza i działanie społeczne w paradygmacie wielości, *Zarządzanie Publiczne* Nr 1(19)/2012, s. 33-41.

⁶⁶ Berger P., Luckmann T.: *Spoleczne tworzenie rzeczywistości...*, op. cit., s. 85-89.

⁶⁷ Domaradzki J.: *Spoleczne konstruowanie genetyki...*, op. cit., s. 54.

⁶⁸ Kasperek A.: Perspektywa fenomenologiczna w filozofii, *Pisma Humanistyczne* 1999: 1, s.181-189.

⁶⁹ Maciąg R.: *Spoleczne znaczenia aborcji*. Wyd. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2019, s. 24-26.

⁷⁰ W procesie socjalizacji pierwotnej status rzeczywistości życia codziennego zyskuje na oczywistości. Z kolei w procesie socjalizacji wtórnej jednostki zostają wprowadzone w świat ról, nabywają tożsamość.

⁷¹ Berger P.: *Święty baldachim. Elementy socjologicznej teorii religii*. Nomos, Kraków 1997, s. 31.

⁷² Zboroń H.: Konstruktoryzm społeczny- nowe teoretyczne podejście w badaniach nad gospodarką, *Prakseologia* 2009, Nr 149/2009, s. 68- 70.

podlegają zmianom czasowym, a także są zróżnicowane lokalnie. Rozpoznanie i zastosowanie w praktyce reguł decyduje o tym, które z działań mogą prowadzić do oczekiwanych rezultatów, tj. do efektywnego funkcjonowania jednostki.

W związku z tym wiedza, (również ta naukowa) nie reprezentuje świata, albowiem świat jest także tylko konstrukcją. Świat, w którym jednostka realnie uczestniczy jest obszarem jej doświadczeń- konstruowanych zdarzeń.^{73, 74} Dla społecznych konstrukcjonistów ważny jest sam proces tworzenia (konstruowania), a nie tylko odkrywania. Wiedza nie jest światu zagwarantowana, pewna czy też niezmienna, lecz podlega ciągłej rewizji i przewartościowaniu.^{75, 76, 77}

Człowiek w tworzeniu świata społecznego posługuje się wieloma narzędziami, wytwarza swoiste znaki. W społeczeństwie ludzkim najważniejszym uniwersalnym systemem znaków jest język,^{78, 79} który definiowany jest jako system znaków werbalnych. Należy tutaj zaznaczyć, iż o języku mówi się dopiero wtedy, gdy ekspresywność głosowa zdołała oddzielić się od subiektywnych stanów tj. np.: warczenie, wycie, kwiczenie nie jest zaliczane do języka, jednakże te dźwięki mogą się stać językowymi, o ile zostały one włączone w obiektywny system znaków.⁸⁰ Za pomocą języka tworzy się pola znaczeń (pola semantyczne), a jednocześnie ich zakres jest przez niego ograniczony.⁸¹ Język wraz ze schematami/systemami klasyfikacyjnymi porządkują świat nadając mu sens i znaczenie. Historycznie jednymi z najważniejszych „systemów porządkujących” są: religia, filozofia, sztuka oraz nauka. Wydawać by się mogło, iż pomimo oderwania od doświadczenia codziennego (gdy są tworzone), to mogą one mieć duże znaczenie dla realiów życia

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ Domaradzki J.: *Spoleczne konstruowanie genetyki...*, op. cit., s. 53- 55.

⁷⁵ Piotrowska E.: *Spoleczny konstruktywizm a matematyka*. Wyd. Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 2008, s. 169- 175.

⁷⁶ Wendland M.: *Konstruktywizm komunikacyjny*. Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2011, s 31-35.

⁷⁷ Stemplewska-Żakowicz K.: *Osobiste doświadczenie a przekaz społeczny: o dwóch czynnikach rozwoju poznawczego*. Wyd. Leopoldinum Fundacji dla Uniwersytetu Wrocławskiego. Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej 1996, s. 24.

⁷⁸ Piotrowska E.: *Spoleczny konstruktywizm...*, op. cit., s. 169- 175.

⁷⁹ Burr V.: *Social constructionism*. Routledge, New York- London: 2003, s. 46- 48.

⁸⁰ Berger P., Luckmann T.: *Spoleczne tworzenie rzeczywistości...*, op. cit.,s. 70- 84.

⁸¹ Ibidem., s. 77 -78.

codziennego.⁸² Rzeczywistość jest nie tyle tworzona, co współtworzona przez język, czyli można uznać, iż istnieje symbioza pomiędzy wiedzą a rzeczywistością. Nie należy zapominać, że kontekst społeczny warunkuje obie te składowe.

W przypadku aktywności człowieka, tak jak i w przypadku narzędzia jakim jest język są one swoistymi wytworami działalności człowieka. Działania te mają tendencję do przechodzenia w nawyk; te często powtarzane stanowią swoisty wzór, który jest powtórnie realizowany w ten sam sposób i ulega obiektywizacji.

W ujęciu konstruktywistów rzeczywistość społeczna jest tworzona „przez” i „dla” ludzi. Dana jest w „czyimś” doświadczeniu, powstaje w wyniku intersubiektywnych procesów komunikacyjnych.⁸³ Konstruktywizm społeczny podkreśla rolę nie jednostki a jej związków, dokonując analizy owych związków w danych kontekstach mikrospołecznych (m.in.: konwersacja, tekst, działanie) oraz makrospołecznych (m.in.: historia, polityka, et cetera).^{84, 85}

Zastanówmy się w jaki sposób konstruktywiści⁸⁶ postrzegają zdrowie i chorobę. Niestety w owych rozważaniach nie sposób uniknąć przedstawienia stanowiska obiektywistów, które jest rozbieżne w stosunku do stanowiska tych pierwszych. Obiektywiści uważają, iż stwierdza się naukowo występujące dysfunkcje, zaburzenia funkcjonowania organizmu, a następnie rozważa czy dane zaburzenia należą do szkodliwych lub nie. Twierdzą oni, że określenie dysfunkcji ciała jest obiektywną materią, która ma być określona przez naukę. Mogą także argumentować, że ustalenie czy usterka/uszczerbek jest szkodliwa dla dobrostanu człowieka, jest również obiektywne.⁸⁷ Konstruktywiści dokonują na początku negatywnego wartościowania danego procesu/zachowania itp. a następnie szukają biologicznych przyczyn wyjaśniających tak już skonstruowanego

⁸² Zwierzyński M. K.: Teorie konstruowania w socjologii, *PRINCIPIA* 2012:56, s. 30- 32.

⁸³ Zduniak A.: Założenia fenomenologiczne..., op. cit., s. 283- 302.

⁸⁴ Zwierzyński M. K.: Konstruktywizm a konstrukcjonizm, *PRINCIPIA* 2012:56, s. 117- 132.

⁸⁵ Włodarczyk A.: Podejście obiektywistyczne i konstrukcjonistyczne w badaniu problemów społecznych w kontekście badania wykorzystywania seksualnego dzieci w Polsce, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* Vol. 18 Nr 4 (2019), s. 09- 37.

⁸⁶ W literaturze można się częściej spotkać z określeniem „normatywizm” dla „konstruktywizmu” oraz termin „normatywizm” dla „konstruktywizmu”. Jednakże pojęcia te najczęściej występują w piśmiennictwie dotyczącym m.in. dziedziny naukowej jaką jest filozofia i wydają się być mylące.

⁸⁷ Boorse C.: *A rebuttal on health*, [w:] J. M. Humber, R. F. Almeder (red.), *What is disease?*. Humana Press, Totowa, NJ 1997, s. 3–143.

zaburzenia.⁸⁸ D. Murphy zwraca uwagę, że choroba to nie jest obiektywny fakt oparty o kauzalną relację: wystąpienie objawów -> klasyfikacja jednostki chorobowej, lecz raczej indywidualny sąd, gdzie pewien człowiek określa stan drugiego (lub swój własny) jako chorobę w oparciu o zaobserwowane cierpienie wyjaśnione na gruncie procesów biologicznych.⁸⁹ Ale procesy cielesne nie są obiektywnie nieprawidłowe; są one raczej przez nas oceniane jako niezwykle lub nienormalne, ponieważ odbiegają od jakiejś wspólnej, zwykle kulturowej, koncepcji natury ludzkiej. Kluczowym argumentem konstruktywistów, jest to, że nie ma naturalnego, obiektywnie dającego się zdefiniować zestawu ludzkich nieprawidłowości, które powodują choroby. Chociaż konstruktywiści akceptują, że kategorie chorób odnoszą się do znanych lub nieznanymi procesów biologicznych, zaprzeczają, że procesy te można zidentyfikować niezależnie od ludzkich wartości, kultury, na przykład poprzez naukę o ludzkiej naturze. Szerzej, konstruktywiści mogą myśleć o etykietach chorób jako o narzędziach kontroli społecznej i odbiciu biologicznie nieuzasadnionych reakcji na różnice między ludźmi. Mogą również kłaść nacisk, choć rzadziej jest to wysuwane na pierwszy plan, na ważne różne akcenty, na rodzaje sądów wartościujących, które według różnych teoretyków są częścią kategorii chorób i ich zastosowania. Dla konstruktywistów choroby są szkodami, za które winimy jakiś proces biologiczny, ponieważ powoduje deficyt, a nie dlatego, że jest obiektywnie dysfunkcyjny.⁹⁰

Wydaje się, konstruktywizm jest trudny do zadowalającego zdefiniowania z dwóch powodów. Po pierwsze choroba nie musi koniecznie wiązać się z nieprawidłowym funkcjonowaniem organizmu. L. Reznek wyraźnie zaprzecza, że defekt organizmu jest warunkiem koniecznym choroby. Twierdzi, że choroby obejmują „nienormalne” procesy cielesne, ale nie

⁸⁸ Banaś P. D.: Choroba – obiektywna anomalia w systemie czy sztuczny konstrukt? *Rocznik Kognitywistyczny* 2010, 4, s.33-39.

⁸⁹ Murphy D: *Concepts of Disease and Health*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* 2008, <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>. /dostęp 15.07.2020/

⁹⁰ Amundson R.: Against Normal Function, *Studies in History and Philosophy of Science 2000 (Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences)*, 31, s. 33–53

mówi, co to oznacza.⁹¹ Sądy dotyczące chorób odwołują się do procesów biologicznych, które należy rozumieć w kategoriach ludzkich praktyk, a nie przynależności do jakiejś przypuszczalnie biologicznie definiowalnej klasy nieprawidłowości lub wadliwego działania. Niektóre zachowania lekarzy oraz innego personelu medycznego mogą wywierać szkodliwy wpływ na stan pacjenta. Owy zły stan pacjenta nie jest wywołany przez anomalie organizmu, a mimo tego zalicza się je do chorób. Po drugie opiera się na twierdzeniach o roli, jaką osądy wartościujące odegrały w praktyce medycznej lub na dominacji specyficznych kulturowo sporów dotyczących nienormalnych ludzkich zachowań lub fizjologii. W praktyce oznacza to, że konstruktywiści, często starają się zrekonstruować koncepcję danej choroby. Dlatego konstruktywiści najpierw identyfikują stan, następnie szukają procesu biologicznego, który go powoduje i twierdzą, iż cokolwiek to jest, jest nienormalne. Obiektywiści natomiast częściej starają się przeanalizować koncepcję, która wyjaśni, czym naprawdę jest choroba, bez względu na to, jak nieproduktywne i stronicze mogły być próby jej odkrycia.⁹²

W socjologii medycyny uważa się, że dyskurs społeczno- konstruktywistyczny powinien się odnosić się do praktyki medycznej a także winien obejmować myśl medyczną. Biorąc pod uwagę te dwie składowe jesteśmy w stanie zrozumieć „ideologiczny kontekst medycyny”. A ściślej do ukazywania wartości społecznych jako naturalnych zjawisk. B. Uramowska- Żyto uważa, iż stosując ten dyskurs będziemy w stanie uwypuklić oraz opisać siły społeczne, które odpowiadają za medykację czy też technizację obszarów życia społecznego.⁹³ Wśród nich można wyróżnić: określenie granic medycyny akademickiej i leczenia niemedycznego, pojęcia zdrowia i choroby, wybór terapii czy też charakter modeli objaśniających w naukach medycznych.⁹⁴

⁹¹ Murphy D.: *Concepts of Disease and Health*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* 2008, <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>. /dostęp 15.07.2020/ <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/> za Reznick, L.: *The Nature of Disease*. Routledge, New York 1987. /dostęp 15.07.2020/

⁹² Murphy D.: *Concepts of Disease and Health*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* 2008, <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>. /dostęp 15.07.2020/

⁹³ Uramowska- Żyto B.: *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1992, s. 43.

⁹⁴ Ibidem.

Lecznictwo niemedyczne nie jest tworem zamkniętym. Każdy uczestnik będący częścią „*universum* lecznictwa niemedycznego” tj. osoby korzystające z usług, personel medyczny, naukowcy zajmujący się badaniem zjawiska, znachorzy, halerzy, itp. mają prawo do tworzenia własnej „rzeczywistości” związanej z medycyną komplementarną i alternatywną (CAM), którą rozwija i za którą bierze odpowiedzialność. Jednostka posiada zdolność do wewnętrznego doświadczenia ciała i wrażeń zmysłowych na które składają się praktyki związane z leczeniem niemedycznym. Istotą takiego sposobu myślenia jest traktowanie wszelkich twierdzeń jako artefaktów kulturowych. Nie są one uniwersalnie zastygłe, lecz podlegają ciągłej analizie, przekształceniu. Przykładem mogą być przemiany w „nurcie” w lecznictwa niemedycznego jakim jest samolecznictwo. Obejmowało ono najprostsze informacje o przyczynach najprostszych chorób, środkach zapobiegania. Były one uogólnieniem własnego doświadczenia, stereotypowej wiedzy zaczerpniętej z medycyny naukowej a także praktyk leczniczych uzdrowicieli. Za sprawą zmiany społecznej osoby chore nie radzą się już tak często rodziny czy znajomych, lecz sięgają do tzw. „Doktora Google” czy „Cioci Wikipedii” by zdiagnozować daną przypadłość, wyleczyć ją, itp. Z drugiej strony konstruktywizm pokazuje, że na skutek upowszechnienia się pewnych rozwarstwień pojęciowych niektóre argumenty kultury wydają się być deprecjonowane i tłamszone. Dotyczy to etiologii, diagnostyki i leczenia schorzeń.

I tak, tradycyjne leczenie ludowe opiera się na kontekście kulturowym, której składową jest wiedza ludowa. Onegdaj choroba „wchodziła” do organizmu człowieka, wywoływały ją złe duchy i demony. Echo tych przekonań możemy dzisiaj dostrzec w postrzeganiu choroby jako skutku złego uczynku czy kary za grzechy, a także w znaczeniu elementów religijnych, wspomagających wiejskich znachorów, szeptuchy.⁹⁵ Nikt w dzisiejszych czasach nie podał w wątpliwość działań akuszerki, która „[...] ręcznik maczany zimnej w wodzie kobiecie na brzuch kładzie. Jeszcze macicę przeziębi.”⁹⁶

⁹⁵ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 2008, s. 219- 220.

⁹⁶ *Pamiętniki lekarzy*. Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 1939, s. 120

1.2. Medykalizacja, przemedycyzowanie (*overmedicalization*) i demedykalizacja

Wzrost poziomu wiedzy społeczeństwa, konsekwencje przemian demograficznych i kulturowych w XXI wieku spowodowały zaistnienie swoistego paradoksu. Polega on na dążeniu ludzi do zachowania coraz to „zdrowszych” nawyków, budowania i pogłębiania zasobów wiedzy dotyczących zdrowia co w konsekwencji powoduje nadmierne, wręcz obsesyjne zainteresowanie ciałem, co prowadzi do tzw. „healthismu”. Według W. Piątkowskiego „[...] postępująca komercjalizacja nastawionej na zysk medycyny sprzyja redefiniowaniu pojęć i wskaźników diagnostycznych i rozszerzaniu oferty terapeutycznej”,⁹⁷ czego skutkiem są narastające procesy „umedycznienia” życia społecznego. Zdrowie i medycyna stały się jednym z elementów życia codziennego, a także określają aspirację jednostki. Z drugiej strony ten sam wzrost wiedzy i zainteresowanie zdrowiem, poszerzanie kompetencji w tym zakresie w niemedycznych źródłach, stosowanie samodzielnych praktyk wykraczających poza wskazania medycyny konwencjonalnej mogą być rozpatrywane jako zapowiedź procesów demedykalizacji.^{98, 99}

Najogólniejszą definicją medykalizacji jest stwierdzenie, iż jest to proces stawania się czegoś „niemedycznego” czymś „medycznym”.¹⁰⁰ P. Conrad dodaje, że to „coś niemedycznego” zazwyczaj traktowane jest jako choroba lub zaburzenie.¹⁰¹ Jest to względnie „neutralna” interpretacja tego zjawiska. Oceny procesów medykalizacji uzależnione są od postawy badacza, co skutkuje różnym jej definiowaniem. P. Weindling uważa, iż medykalizacja może być rozumiana

⁹⁷ Piątkowski W.: *Wstęp*, [w:] M. Nowakowski, W. Piątkowski (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym świecie*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2017, s. 10.

⁹⁸ Wójta- Kempa M.: Samoleczenie: medykalizacja czy demedykalizacja? *Granice władzy medycyny, Przegląd Socjologiczny* 2017, t.1, s. 83-105.

⁹⁹ Procesy medykalizacji są charakterystyczne dla medycyny opartej na dowodach (EBM), głównie dla krajów zachodnich, kapitalistycznych; co ciekawe, niewiele wiemy o medykalizacji poza naszym kręgiem kulturowym np.: w krajach arabskich.

¹⁰⁰ Nowakowski M.: *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 15.

¹⁰¹ Conrad P.: Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology* 1992, t.18, s. 209. /dostęp 10.09.2020/

jako: „rozprzestrzenianie się racjonalnych, naukowych wartości charakterystycznych na inne rozległe obszary działań społecznych”.^{102, 103, 104}

Z kolei I. Zola scharakteryzował medykalizację jako „[...] proces, w którym coraz większa część życia codziennego podlega władzy, wpływowi i nadzorowi medycyny”.¹⁰⁵ Podobne stanowisko przyjmują Z. Słońska i M. Misiuna: [medykalizacja jest to] „proces podporządkowujący jurysdykcji medycyny rozległe obszary życia, poczynając od kontroli zwykłych funkcji ludzkiego organizmu, a skończywszy na problemach politycznych, moralnych i społecznych.”¹⁰⁶ Kluczem do zrozumienia medykalizacji jest kwestia przyjęcia określonej definicji. Medykalizacja kładzie nacisk na definiowanie problemu w kategoriach biomedycznych, przy stosowaniu języka medycznego do opisu i interpretacji problemu lub zastosowaniu interwencji medycznej w celu „leczenia”. Zatem jest to proces społeczno-kulturowy, który może, ale nie musi, zdominować np. treść roli zawodowej lekarza, prowadzić do medycznej supremacji, kontroli społecznej nad zdrowiem i chorobą. Medykalizacja zachodzi w sytuacji, gdy standardy medyczne zostały zastosowane w celu zrozumienia lub rozwiązania problemu.¹⁰⁷ Tuż obok procesu medykalizacji można lokalizować proces zwany „przemedykalizowaniem” (*overmedicalization*) gdy wcześniej neutralnie określony proces staje się zjawiskiem medycznym.¹⁰⁸

Niekiedy odchodzi się od jednoznacznie negatywnej oceny „przemedykalizowania” chcąc zbilansować zarówno pozytywne, jak i negatywne jego aspekty.¹⁰⁹ Jak wspomniano, analizując zakres terminu widać, że kluczem do jego właściwej interpretacji jest przyjęcie

¹⁰² Weindling, P.: *Medicine and modernization: The social history of German health and medicine. History of German Health and Medicine. History of Science* 1986, t. 24, s. 277.

¹⁰³ Nowakowski M.: *Medykalizacja i demedykalizacja...*, op. cit., s. 16.

¹⁰⁴ Nye R. A.: The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century, *Journal of History of the Behavioral Sciences* 2003, Vol. 39 (2), s. 117.

¹⁰⁵ Conrad P.: Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology* 1992, t.18, s. 209-232. za Zola, I. K.: *Socia-Medical Inquiries*. Philadelphia: Temple Univ. Press.1983, s. 349.

¹⁰⁶ Słońska Z., Misiuna M.: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. hasło: „medykalizacja”. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993, s. 21.

¹⁰⁷ Conrad P.: *Medicalization and Social Control...*, op. cit., s. 211.

¹⁰⁸ Nowakowski M.: *Medykalizacja i demedykalizacja...*, s. 23 za P. Conrad: *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore MD 2007, s. 7.

¹⁰⁹ W literaturze medycznej rzadko można znaleźć opisy wartościujące medykalizację; częściej spotyka się opinie mówiącą o „postępie”.

określonej definicji zdrowia i np. oceny efektywności opieki zdrowotnej. Warto tutaj przytoczyć opinię Talcotta Parsonsa jako przykładu „pozytywnej medykalizacji”. Parsons uważał, iż chorobę należy traktować jako przedłużająca się niemożność do wypełniania „właściwych” ról społecznych, a co za tym idzie koniecznością „zewnętrznej” kontroli zachowań w chorobie.^{110, 111}

Wchodząc w rolę chorego jednostka nie jest w stanie wywiązywać się z codziennych obowiązków. Lekarz poprzez wydawanie zaleceń, a pacjent poprzez podporządkowanie się im stają się „funkcjonalną” częścią procesu leczenia. Można zatem zauważyć nie tyle „dominację medycyny”, a raczej ubezwłasnowolnienie pacjentów.^{112, 113} Z kolei D. Broom i R. Woodward wspominają, iż pozytywny aspekt medykalizacji można osiągnąć wtedy, gdy lekarz traktuje pacjenta na zasadzie partnerstwa. Wymienieni autorzy wspominają o udzielaniu wsparcia i zachęty emocjonalnej, dzieleniu się wiedzą, otwartością na pacjenta i jego bliskich.¹¹⁴

W opisie i interpretacji zjawiska medykalizacji można wyszczególnić kilka etapów. Pierwszym z nich są narodziny klasycznej socjologicznej koncepcji choroby Talcotta Parsonsa oraz badań nad społeczną rolą chorego, w których zdrowie i choroba nie są jedynie stanami fizjologicznymi czy też psychicznymi, lecz sytuacjami społecznymi, które mogą być oceniane i uznawane instytucjonalnie przez członków społeczeństwa. Tu praktyka lekarska i/lub leczenie mają za zadanie przywrócić jednostkę do właściwego odgrywania ról i wykonywania powierzonych jej zadań. System ten ma na celu „wyprowadzenie” jednostki z zachowań dewiacyjnych.¹¹⁵ Według *social labelling theory* (teorii społecznego etykietowania), medyczne nadawanie etykiet nie jest zdeterminowane biologicznie. Można kogoś nazwać „chorym”, albowiem jest to określane raczej przez opis pozycji społecznej jednostki i norm społecznych

¹¹⁰ Parsons T.: *System społeczny*. Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2009, s. 321.

¹¹¹ Abramowicz B.: *Klasyk (częściowo) oswojony. Kategoria analityczna roli chorego Talcotta Parsonsa i jej status we współczesnej socjologii medycyny*. [w:] M. Synowiec- Piłat, A. Łajska- Formejster, *Biologiczny wymiar życia populacji a jego socjologiczne interpretacje*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego 2013, s. 181- 195.

¹¹² Kołodziej A.: Choroba jako dewiacja i „profesjonalna” rola lekarza; relacja pacjent – lekarz w funkcjonalnej teorii Talcotta Parsonsa. *Hygeia Public Health* 2012, t.47, s.4, s. 398-402 .

¹¹³ Nowakowski M.: *Medykalizacja i demedykalizacja...*, op. cit., s. 16-17.

¹¹⁴ Broom D., Woodward R.: Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care. *Sociology of Health & Illness* 1996: 18(3). s. 357, 367. /dostęp 10.09.2020/

¹¹⁵ Kołodziej A.: *Choroba jako dewiacja...*, op. cit., s. 398-402.

niż przez uniwersalne i obiektywnie definiowane symptomy. Co więcej, osoba zyskuje miano „chorej” w toku interakcji między nią samą, a lekarzem, rodziną, niekiedy personelem oddziału i innymi społecznymi partnerami. Na wynik takich negocjacji wpływają przekonania każdej osoby, a także kontekst społeczny, kulturowy i organizacyjny.^{116, 117}

Dokonując analizy medykalizacji w kontekście leczenia niemedyceznego nie sposób nie wspomnieć o socjologicznej analizie profesji medycznych dokonanej przez Eliota Freidsona i Irvinga Zolę. W latach powojennych w USA akceptowana była wszechobecna dominacja lekarzy. Zawód ten cieszył się prestiżem oraz wielkim zaufaniem społecznym. Wzrosła znacząco liczba stosowanych procedur medycznych: wykonywanych testów, hospitalizacji, operacji, przypisywanych leków oraz ordynowanych usług medycznych.¹¹⁸ Prestiż lekarzy spowodował, iż stali się oni przedmiotem analiz socjologicznych z lat 70. XX wieku autorstwa Freidsona: *Profession on Medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge* oraz *Proffesional Domianance*.

Lekarze zostali tam przedstawieni jako zawód, który sam kontroluje swoją pracę, ustala standardy, dominuje nad pacjentami, nie podlega innym profesjom, a nawet kontroluje pozostałe zawody medyczne.¹¹⁹ Odgrywają oni rolę aktorów, w której mają pełnię społecznie aprobowanej władzy do orzekania o chorobie i związanymi z nią przywilejami np.: zwolnienie z pełnienia funkcji wynikającej z „roli społecznej pracownika”; decydowaniu o przyznaniu przywilejów materialnych (renty, odszkodowania) oraz emocjonalnymi (opieka, pielęgnowanie etc.). Proces medykalizacji nie mógłby być inicjowany, gdyby nie było sprzyjających „sił zewnętrznych”, do których można zaliczyć „kulturową waloryzację zdrowia” czy rosnący wpływ techniki i technologii na życie społeczne. Można stwierdzić, iż postępująca medykalizacja nadzorowała porządek życia codziennego. Michał Nowakowski uważa, że „spojrzenie na działalność lekarzy

¹¹⁶ Waxler N.E.: *The Social Labeling Perspective on Illness and Medical Practice*, [w:] L. Eisenberg, A. Kleinman (red.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dodrecht, Boston, London 1980, s. 283–284.

¹¹⁷ Moskalewicz M.: Medykalizacja: Patogenezy i objawy, *Czas Kultury* 2012, nr 6, s. 24- 26.

¹¹⁸ Cockerham W.C.: *Medical Sociology*. Ninth Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall 2004, s. 235-236.

¹¹⁹ Nowakowski M.: Wiedza medyczna jako przedmiot badań w ramach socjologii medycyny i socjologii wiedzy, *Konteksty Społeczne* 2014, T. 4, nr 2, s. 45-57.

jako uzurpację, poprzez nadawanie medycznej etiologii niektórym stanom i zachowaniom ludzi, przyczyniła się niewątpliwie do rozpowszechnienia poglądu, iż choroba może być konstruktem społecznym.”¹²⁰

Z kolei Irving Zola zwracał z kolei uwagę na wykorzystywanie autorytetu medycyny do poszerzania obszaru jej oddziaływania na inne wymiary życia społecznego, niepoddane dotąd medykalizacji. Opisywane procesy cechowały się zwiększeniem społecznej supremacji, kontroli i dominacji wykraczającej poza sferę chorób o charakterze czysto somatycznym. Zola podkreślał, iż proces medykalizacji może mieć pozytywne konotacje, która ma miejsce wtedy, gdy problemy ludzi zaczynają podlegać kontroli medycyny. Stygmatyzacja i jej konsekwencje moralne lub prawne nie są wtedy egzekwowane, albowiem jednostka podlega systemowi „ocen obiektywnych”. Medykalizacja sprowadza się także do przesuwania obszaru moralnej odpowiedzialności jednostki. Mimo, iż sam człowiek nie jest piętnowany za swoją chorobę to już sposób w jaki się zachowuje ujmowany jest jako zachowanie „niemoralne”.¹²¹

Do kolejnych krytycznych opinii stawianych procesowi nadmiernej medykalizacji można dodać zjawisko jatrogeny, które pojawiło się w dyskursie publicznym m.in. dzięki Ivanowi Illichowi. M. Sokołowska, komentując poglądy Illicha opisuje interesujące nas pojęcie jako: „postępowanie fachowe, które wywiera niekorzystny wpływ na stan psychiczny lub somatyczny pacjenta, powodując wystąpienie lub nasilenie objawów chorobowych.”¹²²

Illich zaproponował typologię błędów jatrogennych, które podzielił na jatrogeny: kliniczną, społeczną oraz kulturową.^{123, 124} Jatrogenza kliniczna odnosi się do bezpośrednich skutków udzielania świadczeń zdrowotnych, najczęściej negatywnych prowadzący do choroby lub zgonu. Część interwencji medycznych jest szkodliwa lub niebezpieczna m.in.: błędy lekarskie, niepotrzebne operacje, zakażenia, wypadki szpitalne czy też „leczenie” osób zdrowych.

¹²⁰ Nowakowski M.: *Medykalizacja i demedykalizacja...*, op. cit., s. 33- 34.

¹²¹ Ibidem...

¹²² Sokołowska M.: *Jatrogenza*, [w:] *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986, s. 228- 229.

¹²³ Sokołowska M.: *Medycyna a kontrola społeczna*, [w:] *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986, s. 227.

¹²⁴ Piątkowski W., Nowakowska L.: Nurt krytyczny w klasycznej, polskiej socjologii medycyny. Zarys problematyki, *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica* 2013, s. 45, s. 15-34.

Kolejnym przykładem może być przyjmowanie nieodpowiednich leków, przeterminowanych, pomijanie lub zwiększanie dawek nie uzyskując pożądanego efektu terapeutycznego. Illich uważa, iż ogólne polepszenie jakości życia oraz jego wydłużenie nie było rezultatem postępu medycznego, a jedynie głównie skutkiem polepszenia warunków bytowych np.: urozmaiconej diety, edukacji czy też dostępu do wody oraz upowszechnienie prozdrowotnego stylu życia.

Jatrogeniza społeczna utożsamiana jest z nadmierną rolą opieki medycznej i kreowaniem sztucznego zapotrzebowania na usługi lekarskie. Powoduje to zmiany w zachowaniu ludzi, np.: uzależnienie od systemu medycznego, wytworzenie nowych „sztucznych” potrzeb medycznych czy też zwiększone korzystanie z produktów medycyny leczniczej. W efekcie tego nie trzeba być chorym, by zostać pacjentem i tym samym przedmiotem zainteresowania medycyny. Przykładem takiego mechanizmu jest „przechwycenie” przez lekarzy, którzy winni leczyć stany chorobowe.

Nastąpiła swoista „sakralizacja” medycyny akademickiej, która neguje skuteczność terapeutycznych czynników naturalnych, środowiskowych, społecznych, kulturowych czy rodzinnych. Każda kultura odznacza się swoistymi rytuałami, mitami, które pozwalają radzić sobie z cierpieniem i chorobami. Współczesna cywilizacja neguje potrzebę zaakceptowania tych stanów jako „naturalnych” w życiu jednostki.

Jatrogeniza kulturowa według Illicha odrzuca ludzką potrzebę przeżywania cierpienia, wytwarza obraz jednostki jako „niedoskonałej”. Powoduje „moralną degradację” człowieka, który oddaje siebie (jak zepsutą maszynę) w ręce bezosobowych profesjonalistów. Kultura tworzy iluzję świata bez bólu, choć nie pozbywa się samego bólu, ale ogranicza zdolność radzenia sobie z nim. Medycyna sprowadza ból fizyczny do fizykalnego „czucia” pozbawiając go elementu „doświadczenia” oraz przypisanemu mu w tradycyjnych kulturach „sensu”.^{125, 126}

Mogłoby się wydawać, iż medykalizacja i demedykalizacja są zjawiskami przeciwstawnymi. Tymczasem są one procesami, które mogą współwystępować, przenikać się.

¹²⁵ Nowakowski M.: *Medykalizacja i demedykalizacja...*, op. cit., s. 33- 34.

¹²⁶ Moskalewicz M.: *Medykalizacja: Patogenezy i objawy. Czas Kultury* 2012, nr 6, s. 24- 35.

Nie są one skończone czasowo, cechuje je dynamika, ciągłe trwanie i ewolucja.¹²⁷ Drew Halfmann stworzył ramy analityczne, których założeniem było przekonanie o stadialności zjawiska „medykalizacji-demedykalizacji”. Uzyskanie całościowego obrazu dynamiki owych procesów możliwe jest przy uwzględnieniu konkretnych poziomów i wymiarów analizy. Jeden stan może być całkowicie zmedykalizowany na poziomie makrostrukturalnym i jednocześnie kwestionowany na poziomie mikrostrukturalnym.

„Poziom makro obejmuje: ustawodawstwo, raporty, regulacje, a także debaty takich organizacji krajowych i międzynarodowych, jak rządy, sądy, korporacje, uniwersytety, rynki, fundacje, media, czasopisma, organizacje non-profit”. Halfmann wyróżnia na poziomie mezo misje, raporty, reklamy, procedury lokalnych i regionalnych organizacji, takich jak zakłady pracy, szpitale, grupy medyczne, kliniki, domy seniora, szkoły, ośrodki pomocy społecznej, więzienia. „Ostatni mikro poziom obejmuje interakcje „twarzą w twarz”, fizyczny kontakt dostawców i klientów, a także samozarządzanie.”^{128,129} Przykładem może być przypadek osoby, która na poziomie makro i mezo uznana jest obiektywnie, na podstawie wiedzy medycznej i ustalonej diagnozy za chorą, jednakże osoba ta nie akceptuje choroby i nie poddaje się procesowi leczenia (poziom mikrostrukturalny).

W rozważaniach Halfmanna wyróżnione zostały również 3 wymiary pozwalające dokonać analizy medykalizacji-demedykalizacji. Pierwszym z nich są dyskursy rozumiane poprzez używanie definicji i słownictwa biomedycznego oraz biomedycznych modeli. Poziomem praktyk nazwano stosowanie procedur biomedycznych i technologii tj.: badanie, pomiar, przeprowadzanie badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, szacowanie kosztów zdrowotnych czy też czynników ryzyka. Praktyki wyrażane są także poprzez używanie narzędzi do wykonania tych praktyk. Ostatnim wymiarem są jednostki i aktorzy, którzy reprezentowani są przez

¹²⁷ Halfmann D.: Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities, *Health* 2011, t. 16, nr 2, s. 4-5.

¹²⁸ Wieczorkowska M.: Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykalizacji – zarys problematyki, *Przegląd Socjologiczny* 2017, nr 1, s. 33-52.

¹²⁹ Halfmann D.: Recognizing medicalization..., op. cit., s. 5.

przedstawicielei profesji medycznych (naukowcy, badacze) oraz instytucje medyczne, koncerny farmaceutyczne, uczelnie medyczne, agencje ubezpieczeniowe oraz stowarzyszenia czy izby zawodowe.^{130, 131} Powstaje pytanie, jakie są przyczyny demedykalizacji? Zapewne będą tu miały znaczenie różne kategorie uczestników życia społecznego. Na przykład pacjenci, którym medycyna akademicka nie umiała pomóc (czują się rozczarowani i zawiedzeni) oraz tacy, którzy sprawdzają czy konwencjonalne metody lecznicze są w ich przypadku skuteczne. Kolejnych cechuje „bierność”, nie są w stanie poddać się żmudnemu leczeniu, oczekują szybkich i radykalnych efektów. Kolejną grupą osób zainteresowanych demedykalizacją są ludzie „przeżarci ewentualnymi konsekwencjami” terapii lekarskich, co wywołuje strach przed skutkami szczepień czy przyjmowaniem antybiotyków, są także aktywiści ekologiczni przekonani co do skuteczności działania produktów pochodzenia naturalnego. Działania demedykalizacyjne to swoisty „manifest” jednostki, akcentującej możliwość samokontroli, odpowiedzialności. Może stanowić reakcję np.: na stan opuszczenia, braku satysfakcjonującej komunikacji ze strony lekarzy/medycyny, poczucia deprywacji w kontekście ochrony zdrowia.^{132, 133}

Pacjent nie jest już tylko biernym celem w procesie medycyzacji. Jednostka stała się także aktywnym ekspertem. Widoczne jest pojawienie się organizacji pacjenckich, ruchów antymedycznych czy też grup samopomocy. Dokonują one krytycznej oceny pracy lekarzy, przyznając się tym samym do dowartościowania statusu laickiego doświadczenia oraz uznania instytucjonalnej, kulturowej, sprawczej roli osoby ludzkiej w procesie konstruowania choroby.¹³⁴ Wśród pacjentów coraz częściej można doszukać się korzystania z terapii obejmujących samolecznictwo; (w Polsce wciąż żywe jest także tradycyjne leczenie ludowe), terapie niekonwencjonalne (nie akceptowane przez medycynę), stają się coraz popularniejsze

¹³⁰ Ibidem.

¹³¹ Wiczorkowska M.: *Teoretyczne i metodologiczne...*, op. cit., s. 33-37.

¹³² Wójta-Kempa M.: *Samoleczenie: medycyzacja...*, op. cit., s. 83-105.

¹³³ Piątkowski W., Nowakowska L.: *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI wieku. Perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, [w:] M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2013, s. 57-62.

¹³⁴ Furedi F.: *The End of Professional Dominance*, *Society* 2006, t.43, s. 6, s. 14– 15.

m.in. za sprawą rozwoju Internetu, oraz powszechnej wśród laików umiejętności wyszukiwania informacji o stanie własnego zdrowia i osób najbliższych.¹³⁵

Opisywane zmiany należy powiązać z transformacją ustrojową, co skutkowało również przerwaniem monopolu ówczesnej służby zdrowia na świadczenia zdrowotne; zwiększonym zainteresowaniem samolecznictwem, zwiększoną dostępnością leków OTC (*over-the-counter drug*, leków wydawanych bez recepty). Popularność kolorowej prasy kobiecej zawierającej artykuły dotyczące „naturalnych sposobów” leczenia różnych schorzeń i poczytność tabloidów z reklamami farmaceutyków dostępnych „od ręki” stanowią przykłady przemian świadomości społecznej oraz kultury inspirowanej przekształceniami cywilizacyjnymi.¹³⁶ Z drugiej strony można zauważyć przekształcenia w obrębie medycyny komplementarnej i alternatywnej, np.: instytucjonalizację i komercjalizację usług wykraczających swoją ofertą poza tradycyjnie definiowaną medycynę moda na ekologizm, orientalizm, ezoterykę, holizm.

Medykocentryczne wzory i normy w pewien sposób obligują lekarza by traktować pacjenta w sposób instrumentalny. Taka postawa może doprowadzić do sytuacji, gdzie pacjent jest „zmuszony” do szukania pomocy we własnym zakresie, niekoniecznie korzystając z medycyny akademickiej.¹³⁷ Z drugiej strony medykalizacja życia społecznego może wywołać swoisty lęk i zmęczenie u pacjenta, który nie jest w stanie zrozumieć wszystkich istotnych aspektów leczenia czy niuansów skomplikowanej diagnozy.¹³⁸ Dla takiego chorego najlepszym (według niego) rozwiązaniem będzie korzystanie z oferty leczenia niemedycznego. Nieprofesjonalni terapeuci prostym i zrozumiałym językiem objaśniają każde rozpoznanie, a przede wszystkim poświęcają odpowiednią ilość czasu by budować więź z pacjentem opartą na empatii, zaufaniu, zrozumieniu i współpracy.

¹³⁵ Piątkowski W.: *Beyond Medicine. Non-Medical Methods of Treatments in Poland*. Peter Lang, Frankfurt am Mein 2012, s. 191- 194.

¹³⁶ Idem, *From Medicine to Sociology. Health and Illness in Magdalena Sokolowska's Research Conceptions*. Peter Lang, Berlin 2020, s. 237-238.

¹³⁷ Idem, *Dysfunkcyjność systemu opieki zdrowotnej w polskiej socjologii medycyny*, [w:] A. Ostrowska, M. Skrzypek (red. nauk.), *Socjologia medycyny z perspektywy półwiecza*. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015, s.78- 79.

¹³⁸ Penkala-Gawęcka D.: *Medykalizacja w perspektywie antropologii medycznej*, [w:] M. Nowakowski, W. Piątkowski (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2017, s. 192- 193.

Można zauważyć, iż lekarze swoim postępowaniem mogą wywierać niekorzystny wpływ na stan psychiczny lub somatyczny pacjenta, co skutkuje wystąpieniem lub nasileniem objawów chorobowych. Pacjenci, by uniknąć tych przykrych sytuacji związanych z interakcją z zawodami medycznymi wybierają pomoc u „niekonwencjonalnych uzdrowicieli” lub leczą się na „własną rękę”. To z kolei powoduje wzrost popularności dla nieprofesjonalnych form leczenia, których skuteczność nie została w pełni poznana i przebadana. Postępująca dehumanizacja i technicyzacja oraz digitalizacja zniechęcają część pacjentów do pozostania w formalnym systemie ochrony zdrowia. Szukają innych form pomocy, gdzie nie będą pozbawieni swoich praw i będą postrzegani jako swoista „socjo-psycho-somatyczna całość”. Chorzy jednocześnie tracą zaufanie do specjalistów, którzy nie respektowali zasady partnerstwa, lecz odwoływali się do paternalizmu i chłodnej neutralności. Oczekując skrócenia dystansu w interakcji ze specjalistą. Spodziewają się wspólnego rozwiązania problemu, podmiotowego podejścia. To wszystko odnajdują u nieprofesjonalnych terapeutów, wiejskich uzdrowiaczy czy członków własnej rodziny. Demokratyzacja oraz egalitaryzacja relacji lekarz-pacjent może wpłynąć również na zjawisko korzystania z lecznictwa niemedyceznego wywołując procesy demedykalizacji, która może się stać elementem poprawy relacji lekarza z pacjentem przez zmniejszenie się dominacji lekarzy, uwzględnione będzie holistyczne podejścia do zdrowia i choroby, uznany wymiar społeczny psychologiczny a także duchowy. Skutkiem takiej zmiany może być zwrócenie się pacjentów w stronę medycyny akademickiej poprzez odzyskanie i zwiększenie podmiotowości pacjentów-laików.¹³⁹

1.3. Krytyczna socjologia medycyny w ujęciu Vicente Navarro i Howarda Waitzkina

Podważanie i kwestionowanie biomedycznego modelu zdrowia w latach 60. XX wieku zainicjowało m.in. powstanie oraz rozwój koncepcji określanych jako „krytyczna socjologia medycyny”. Podejście to redefiniowało i ograniczało rolę czynników „biologicznych”

¹³⁹ Piątkowski W.: „Lecznictwo” niemedycezne- wyzwania dla współczesnej medycyny, [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*. Wydanie II uzupełnione. Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2020, s. 134-136.

w kształtowaniu i utrzymywaniu zdrowia społeczeństwa podkreślając rolę i znaczenie czynników behawioralnych takich jak np. styl życia. Przyjmowano, że ludzie nie żyją dłużej dzięki postępowi medycyny, lecz zawdzięczają to głównie poprawie warunków sanitarnych, urozmaiconej diecie, lepszej higienie pracy itp.¹⁴⁰ Podkreślano zależność między perspektywą mikrospołeczną a makrospołeczną. Pozwala to zrozumieć w jaki sposób szersze procesy kulturowe, polityczne i ekonomiczne wpływają na życie codzienne. Reprezentanci orientacji „kontestacyjnych i krytycznych to m.in.: Ivan Illich, Rick J. Carlson, Vicente Navarro, Howard Waitzkin, John i Barbara Ehrenreich, Elliot Krause i inni”.^{141, 142}

Wydaje się, że jednym z najbardziej reprezentatywnych przedstawicieli „podejścia krytycznego” był Vicente Navarro znany już wcześniej ze swoich neomarksistowskich analiz zagadnień medycznych i politycznych.¹⁴³

Navarro polemizuje z poglądami Illicha dotyczącymi reformy opieki zdrowotnej w krajach zachodnich. Pierwszy z nich kładł nacisk na krytykę systemu kapitalistycznego oraz wywoływanie i generowanie nierówności społecznych w zdrowiu, co zwłaszcza dotyka najbiedniejszych.¹⁴⁴ Według V. Navarro zarówno instytucje medyczne, jak i praktyka lekarska i wiedza biomedyczna były postrzegane jako rasistowskie, seksistowskie, nieskuteczne i szkodliwe, co skłaniało do podjęcia analiz krytycznych. Tak np. niewłaściwa dystrybucja zasobów zdrowotnych, jest wynikiem braku władzy i kontroli oraz nadzoru nad instytucjami gospodarczymi, politycznymi ze strony społeczeństwa.¹⁴⁵ Część tego „instytucjonalnego ucisku” przypisywano tworzeniu zależności, które ograniczały samodzielność potrzebną do realizacji zdrowia „lay people”.¹⁴⁶

Na poziomie makro (społeczeństwo jako całości), zdrowie zostało sprowadzone do roli towaru, a system medyczny został podporządkowany ekonomii zysku. Tu

¹⁴⁰ Dubos R.: *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*. PZWL, Warszawa 1962, s. 183- 223.

¹⁴¹ Domaradzki J.: Medykalizacja a genetyzacja: ciągłość czy zmiana? *Przegląd Socjologiczny* 2017/1, s. 9-31.

¹⁴² Piątkowski W., Skrzypek M.: To tell the truth. A critical trend in medical sociology – an introduction to the problems, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013, t. 20, s.3, s. 613–623.

¹⁴³ Coburn D.: Vicente Navarro: *Marxism, Medical Dominance, Healthcare and Health*, [w:] F. Collyer (red.), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. Palgrave Macmillan, London 2015, s. 405- 406.

¹⁴⁴ Sokołowska M.: *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986, s. 43-44.

¹⁴⁵ Pardo M. P.: Medicine under capitalism. *JAMA* 1977, t. 238, nr 1, s. 66.

¹⁴⁶ Navarro V.: What is socialist medicine? *Monthly Review* 1986, nr 38, s. 61.

decyzje dotyczące opieki zdrowotnej podejmowane są w oparciu o kryterium zysku oraz wymiernych korzyści finansowych. Tak np. M. Sokołowska przytacza przykład aktu prawnego, który chroniłby zdrowie robotników, lecz równocześnie mógłby obniżyć zysk firmy.¹⁴⁷ Stosunki lekarza i pacjenta określone jako poziom mikro są również determinowane finansowo. Choroby są interpretowane przez pryzmat dochodów i stopy zysków. V. Navarro postrzega ideologię medycyny jako efekt kapitalistycznej dominacji i petryfikację dominującego „ducha kapitalizmu”.

Analiza klasowa bywa niekiedy odrzucana jako anachroniczna, jako rodzaj podejścia „ideologicznego”, a nie eksperckiego. Pojęcie „klasa” praktycznie zniknęła z literatury naukowej, została zastąpiona przez „status” lub inne, mniej ideologicznie konfrontacyjne kategorie, co skutkuje zanikaniem analizy z wykorzystaniem pojęcia „klasy” i dyskursu opartego na pryncypiach „neomarksizmu”. Oznaką rezygnacji z pojęcia „walki klasowej” (wynikającej ze znaczenia i dominacji klasy panującej), jest sytuacja, w której analiza klasowa została zastąpiona przez kategorie analiz „neutralne”, mniej „rewolucyjne”, niezagrażające porządkowi społecznemu. W tym nowym podejściu, któremu przypisywana jest wspomniana „bezstronność” większość obywateli jest definiowana jako klasa średnia, w efekcie większość społeczeństwa sytuuje się pomiędzy kategoriami: „bogaci” i „biedni”.

Vicente Navarro ocenia niechęć lub niezdolność klas panujących do interwencji w warunki „pracy, płacy, poziomu konsumpcji i jakości środowiska”, ta „niezdolność” najczęściej ogranicza lub eliminuje interwencje sprzyjające zdrowiu.^{148, 149, 150}

Prywatyzacja opieki zdrowotnej jest przejawem polityki klasowej, ponieważ przynosi korzyści grupom o wysokich dochodach a dokonuje się kosztem biednych. Również inne rodzaje polityk publicznych przynoszą zyski klasom dominującym ze szkodą dla klas wyzyskiwanych. Rozwój tych polityk prowadzonych w duchu neoliberalizmu znacznie zwiększył stopień i zakres

¹⁴⁷ Sokołowska M.: *Socjologia medycyny...*, op. cit., s. 228.

¹⁴⁸ Mechanic D.: Policy, Politics, Health, and Medicine: A Marxist View, *HEALTH AFFAIRS* 1990, t. 9, nr 4. <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.9.4.213> /dostęp 6.09.2020/

¹⁴⁹ Navarro V.: Professional Dominance or Proletarianization? Neither, *The Milbank Quarterly*. *JSTOR* 1988, vol. 66, 1988, s. 57–75. www.jstor.org/stable/3349915. /dostęp 8.09.2020/

¹⁵⁰ Tait D.: Medicine under capitalism, *Insurgent Sociologist* 1979, t. 8, nr 4, s. 91.

polityk zdrowotnych, nie tylko między różnymi krajami, ale także wewnątrz poszczególnych krajów.¹⁵¹

Inny czołowy przedstawiciel „nurtu krytycznego” - Howard Waitzkin podkreśla ściśle powiązania między formą i funkcjonowaniem systemów ochrony zdrowia a strukturą społeczną, akcentując, iż wszelkie próby podjęcia działań reformatorskich ignorujących ten podstawowy fakt społeczny są skazane na niepowodzenie.¹⁵²

Bezpośrednia, typowa interakcja między pracownikami służby zdrowia a pacjentami pomaga utrzymać opisane wzorce ideologii neokapitalizmu i właściwej temu ustrojowi mechanizmów kontroli społecznej.¹⁵³ Dysonans między lekarzem a pacjentem- klientem dotyczy w istocie konfliktu podstawowych interesów ekonomicznych. Lekarzowi zależy na zachowaniu niedostępności wiedzy fachowej dla innych oraz pozbawienia ich możliwości oceny swej działalności przez laików. Zajmuje on dominującą pozycję na skutek sprawowania kontroli nad zakresem oraz formami dostępu do świadczeń medycznych.^{154, 155}

Waitzkin stwierdza również, że choroba nie jest tylko prostym rezultatem czynnika zakaźnego czy zaburzeń patofizjologicznych. Szereg czynników – w tym niedożywienie, niepewność ekonomiczna, zagrożenie zatrudnienia, złe warunki mieszkaniowe oraz brak władzy politycznej – stwarzają istotne predyspozycje do wystąpienia choroby i śmierci. Choroba jest głęboko zakorzeniona w złożonej rzeczywistości klasowej. Wieloczynnikowa etiologia wskazuje, że zmiana społeczna może być traktowana jako „terapia naprawcza”, która łączy medycynę z polityką.¹⁵⁶ Chorowanie może stać się źródłem zysku, a rola chorego sprowadzana jest do utrwalania mechanizmu sprzyjającego utrwaleniu porządku ekonomicznego i

¹⁵¹ Navarro V.: What we mean by social determinants of health, *Int J Health Serv* 2009, t. 39, nr 3, s. 423-41.

¹⁵² Waitzkin H. *The second sickness: contradictions of capitalist health care*. The Free Press, New York, London 1983, s. 4-5.

¹⁵³ Idem, Medicine, superstructure and micropolitics, *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 1979, nr 13, s. 601.

¹⁵⁴ Idem, A critical theory of medical discourse. Ideology, social control and the processing of social context in medical encounters, *Journal of Health and Social Behaviour* 1989, nr 30, s. 220-239.

¹⁵⁵ Chojnowski M.: Standardowe i niestandardowe zachowania językowe lekarzy i pacjentów. Propozycja projektu badawczego, *Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne* 2016, t. 12, nr 2, s. 86, 88-89.

¹⁵⁶ Waitzkin H.: The Social Origins of Illness: A Neglected History, *International Journal of Health Services* 1981, t.1, nr 1, s. 98.

Założenia modelu relacji między pacjentem a lekarzem przedstawionej przez H. Waitzkina i V. Navarro zakładają traktowanie leczenia jako usługi, w których jedna grupa ludzi (personel ochrony zdrowia włączając lekarzy) świadczy na rzecz drugiej (pacjenci). W relacji pacjent/klient - lekarz zauważyć można konflikty interesów i elementy wyzysku (wymogi zysku czy innych wymiernych korzyści ekonomicznych a wymogi dobrego zdrowia). Model ten wprowadza elementy ideologiczno-polityczno-ekonomiczne do relacji lekarz - pacjent/klient. Klasowo determinowane uprawnienia lekarzy są formą kontroli społecznej w której mają prawo do legitymizowania chorób.¹⁵⁸ Ochrona zdrowia przeobraża się w utrwalający nierówności w zdrowiu korporacyjny system ekonomiczny, którego nadrzędnym celem jest maksymalizacja zysków.¹⁵⁹

Obecnie nie ma zgody społecznej się na funkcjonowanie pacjentów w obrębie dysfunkcyjnego systemu opieki medycznej. W debacie publicznej podkreśla się dysproporcje pomiędzy możliwością leczenia „zwykłych ludzi” a rozwojem w dziedzinie nauki i technologii biomedycznych. Prywatyzacja i komercjalizacja opieki zdrowotnej skutkują wyłączeniem z systemu osób o niższym statusie socjoekonomicznym. Pacjenci bogatsi, z wyższych piętér struktury stratyfikacyjnej dysponują zasobami pozwalającymi im opłacić wszystkie formy opieki medycznej, natomiast biedniejsi stykają się z permanentnymi deficytami publicznej ochrony zdrowia lub korzystają z innych pozamedycznych form pomocy. Badania socjologiczne pokazują utrwalanie się i petryfikację nierówności zdrowotnych m.in. w zakresie dostępu do specjalistycznej diagnostyki i nowoczesnych terapii. Pacjenci chcą w inny sposób realizować postulaty dotyczące zdrowia i choroby korzystają m.in. z lecznictwa niemedyceznego.¹⁶⁰

Nurt krytyczny dostrzega, opisuje i interpretuje mechanizmy wyzysku w ramach

¹⁵⁷ Idem, Waterman B.: *Social Theory and Medicine, International Journal of Health Services* 1976, nr 1, s.9.
<https://doi.org/10.2190/2GPG-B2A3-6PCK-NXAB> /dostęp 10.09.2020/

¹⁵⁸ Jedynak M.: Wiedza i umiejętności jako elementy składowe kompetencji menedżerskich,
[w:] Z. Nęcki, M. Kęsy (red.), *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*. Kraków 2013, s. 51.

¹⁵⁹ Piątkowski W., Nowakowska L.: Nurt krytyczny w klasycznej..., op. cit., s. 24- 28.

¹⁶⁰ Karkowski T.: Komercjalizacja i prywatyzacja szpitali w perspektywie doświadczenia świadczeń zdrowotnych,
Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata Tes Oikonomias 2014, z. 8, s. 144- 150.

systemu opieki zdrowotnej. Jego reprezentanci nie zgadzają się na postępującą prywatyzację opieki medycznej. Mają świadomość, iż lekarz nie jest w stanie dostatecznie zadbać o pacjentów w państwowej placówce w takim stopniu, jak w prywatnych, komercyjnych instytucjach leczniczych. Wadliwa struktura opieki medycznej, w której dominuje kryterium zysku nie motywuje też do wchodzenia w głębszą i bardziej osobistą relację z lekarzem.^{161, 162, 163} W związku z tym, zwraca się uwagę na potrzebę wprowadzenia zmian, które pozwolą na poprawę opieki zdrowotnej tak, aby pacjenci otrzymali bardziej ludzką, ale też rzetelną opiekę medyczną.

Ruchy pacjenckie nie widząc spektakularnych zmian w polityce zdrowotnej, ekonomicznej i politycznej, zwracają uwagę, że coraz większy odsetek polskiego społeczeństwa zwraca się do osób niebędących lekarzami lub podejmują działania w zakresie samolecznictwa.¹⁶⁴ Z drugiej strony beneficjenci opieki medycznej mają świadomość, iż zwiększa się głównie finansowanie jedynie medycyny naprawczej, co nie przekłada się na poprawienie stanu zdrowia społeczeństwa.¹⁶⁵

Pacjenci poddawani są kontroli społecznej ze strony lekarzy. Szeroko determinowane uprawnienia, legitymizacja chorób tylko przez lekarzy powoduje „ucieczkę” pacjentów z oficjalnego systemu opieki zdrowotnej. Udają się po porady w miejsca, gdzie czują się bezpiecznie, gdzie ich podmiotowość jest szanowana a sposób myślenia i kreowania rzeczywistości respektowany. Do takich miejsc można zaliczyć m.in. gabinety nieprofesjonalnych terapeutów, wirtualną rzeczywistość czy też własną społeczność. Państwowa ochrona zdrowia jawi się jako rodzaj „korporacyjnego tworu”, w którym celem nadrzędnym jest uzyskanie jak największego zysku. Pożądane jest kierowanie działalnością placówek czy oddziałów szpitalnych w taki sposób by realizować świadczenia zdrowotne, które są najkorzystniej wyceniane. Zapominając tym samym o potrzebach głównych beneficjentów, czyli pacjentach. Pacjenci u których wykonanie świadczenia

¹⁶¹ Piątkowski W.: „Lecznictwo” niemedyczne- wyzwania dla współczesnej medycyny..., op. cit., s. 138-140.

¹⁶² Sokołowska M.: *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986, s. 127- 128.

¹⁶³ Piątkowski W.: *Dysfunkcyjność systemu opieki zdrowotnej w polskiej socjologii medycyny*, [w:] A. Ostrowska, M. Skrzypek (red. nauk.), *Socjologia medycyny z perspektywy półwiecza*. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015, s.78-79.

¹⁶⁴ Ortman E. B., Kowalewska B., Krajewska-Kułał E.: *Zjawisko samoleczenia w kontekście zapotrzebowania na edukację zdrowotną*. Uniwersytet medyczny w Białymstoku, Białystok 2020, s. 16-17.

¹⁶⁵ Gujski M., Kalbarczyk W. P., Tytko Z., i in.: *Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa-analiza i rekomendacje*. Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013, s. 9-10, 37-38.

zdrowotnego nie przyniesie zysku i jest czasochłonne mogą spotkać się z opóźnieniem leczenia lub skierowaniem do innej jednostki w celu wykonania potrzebnego zabiegu czy badania. Nastąpiła ewolucja z ochrony zdrowia zorientowanej na pacjenta na ochronę zdrowia z zachowaniem wszystkich reguł systemu rynkowego, z podstawową jej kategorią - zyskiem.¹⁶⁶ Zorientowanie placówek medycznych tylko na zysk odstrasza pacjentów, którzy jednocześnie szukają innych form pomocy medycznej dostępnej dla ich sytuacji socjoekonomicznej. Jak wiadomo z badań socjomedycznych nie ma wprost proporcjonalnej zależności między poziomem wydatków na system ochrony zdrowia oraz zwiększeniem zasobów a osiąganą poprawą stanu zdrowia (tzw. anomalia Cochrane'a).^{167, 168} Wszystkie te czynniki sprawiają, iż niezadowoleni pacjenci, którzy opłacają składkę zdrowotną mogą wybierać zamiast płatnej wizyty w gabinecie u lekarza, wizytę u osoby zajmującej się lecnictwem niemedycznym czy też leczą się „na własną rękę” korzystając z „laickiej sieci wsparcia” a także używając Internetu. Sprzeciwiają się wyzyskowi przez branżę medyczną, w której pacjenci z wyższej klasy społecznej mają większe szanse na pozostaniu w zdrowiu lub wyleczeniu danego schorzenia.

1.4. Czy medycyna może szkodzić zdrowiu? Próba rekonstrukcji koncepcji Ivana Illicha

W opinii społeczeństwa zadaniem medycyny jest leczenie chorób, przywracanie do zdrowia, prawidłowego funkcjonowania jednostek. Oczywiście w ujęciu teoretycznym jak i empirycznym zdrowia nie można zatem definiować w oderwaniu od kryteriów historycznych, konkretnych warunków środowiskowych, norm, wzorów i wartości, którymi kierują się określone społeczeństwa. Magdalena Sokołowska uważa, iż zdrowie nie jest monolitem, swoistą normą daną nam „raz na zawsze”. Jest pojęciem względnym mającym różne znaczenie dla różnych ludzi.¹⁶⁹

Wraz z ewolucją pojęcia choroby następował postęp w dziedzinie medycyny. Należy tutaj

¹⁶⁶ Piątkowski W., Nowakowska L.: Nurt krytyczny w klasycznej.... s. 19-20. Za Edwards G., Habermas J.: *Politics and morality in health and medicine*, [w:] G. Scrambler (red.), *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, Routledge, New York-London 2012, s. 33-48.

¹⁶⁷ Słopiecka A.: Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty, *Studia Medyczne* 2012, t. 25, nr 1, s. 86.

¹⁶⁸ Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D.: Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia, *Probl Hig Epidemiol* 2013, t. 94, nr 4, s. 670.

¹⁶⁹ Sokołowska M.: *Granice medycyny*. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980, s. 125- 126.

postawić pytanie czy medyczny establishment stał się największym zagrożeniem dla zdrowia? Ivan Illich w swojej głośnej pracy „Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health” dokumentuje tezę o tym zagrożeniu. W tym radykalnym ujęciu obala także mit o potędze zawodu lekarza, podkreślając jatrogeny charakter medycyny. Lekarz staje się „środkiem chorobotwórczym”. Zaznacza przy tym, iż historia wykreowała dwa mity: pierwszym jest założenie, iż zmiana polityczna umożliwi powrót społeczeństwa do naturalnego stanu zdrowia; a drugi mit zakłada, zastępowalności jednej grupy społecznej inną, tj. lekarze są w stanie zastąpić kler.¹⁷⁰

Jatrogeniza nazwana została „nową epidemią”. Jatrogeny odnosi się do zaburzenia lub choroby, które lekarz powoduje nieumyślnie poprzez diagnozę lub leczenie. Choroby jatrogenne, do których można zaliczyć depresję, infekcje, niepełnosprawność, dysfunkcje i inne powodują według Illicha więcej cierpienia niż wszystkie wypadki drogowe lub przemysłowe. Poza tym praktyka medyczna „wspiera” choroby poprzez wzmocnienie chorobliwości społeczeństwa, przerzucając odpowiedzialność jednostek za własne zdrowie na ekspertów. Taka praktyka skutkuje swoistym „wyhodowaniem” klienta- pacjenta. Zachowania i złudzenia sponsorowane przez lekarzy ograniczają żywotną autonomię ludzi, podważając ich kompetencje w zakresie dorastania, opieki i starzenia się; lub pomniejszają oni osobiste wyzwanie wynikające z ich bólu, niepełnosprawności i udręki. Zanika wtedy świadomość sprawstwa wśród pacjentów. Pacjent jest uzależniony od produktów opieki medycznej. Efektem tego jest monopol medycyny na definiowanie problemów zdrowotnych i zarządzanie nimi; staje się ona instytucją kontroli społecznej, tworzącą wszędobylską sieć towarzyszącą człowiekowi na każdym etapie życia.¹⁷¹ Z drugiej strony współczesna medycyna wzbudziła nierealistyczne oczekiwania wobec możliwości wyleczenia nawet najcięższych chorób, rozszerzyła interpretację medyczną na problemy społeczne.¹⁷² Siła i wpływ lekarzy zarówno wzrosły, jak i zmieniły się na wiele sposobów. Przejście

¹⁷⁰ Domaradzki J.: Polityka płci: „Słaba płeć”, medycyna i kontrola społeczna, *Nowiny Lekarskie* 2010, 79, 6, s. 464–465.

¹⁷¹ Illich I.: Medical nemesis, *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003; 57, s. 919-922.

¹⁷² Piątkowski W., Skrzypek M.: To tell the truth. A critical trend in medical sociology – an introduction to the problems, *Ann Agric Environ Med.* 2013; 20(3), s. 613–623.

od dominacji specjalizacji medycyny zorientowanych klinicznie na nacisk na badania i technologię zmieniło środowisko, w którym prowadzone są badania i kształcenie oraz wykładana na uniwersytetach wiedza kliniczna. Również występuje konflikt pomiędzy kodeksem etycznym zawodu lekarza a rosnącymi korzyściami osobistymi, zarówno wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi w stosunku do zawodu. Medycyna nigdy nie była całkowicie wolna od tych wpływów. Duma i ego mogą być dobrą motywacją do oszustwa. Istnieje realne niebezpieczeństwo, że podstawowe potrzeby ludzkie i poszanowanie godności ludzkiej mogą być traktowane jako drugorzędne. Osobisty zysk nie zawsze oznacza zysk finansowy, ale może obejmować władzę, prestiż i liczne przywileje. Chociaż żaden z tych celów nie jest sam w sobie akceptowany społecznie, jeśli dominują lub nawet znacząco wpływają na decyzje kliniczne lub zagrażają etycznym podstawom medycyny. O ile obecne zasady nie zostaną zmienione, nadużycia i wyzysk będą się rozprzestrzeniać i niekorzystnie wpływać na postawy i działania wszystkich zawodów leczniczych.¹⁷³ Przez wiele lat lekarze i inni przedstawiciele ochrony zdrowia uważali się za grupę zawodową, która nie potrzebuje kontroli ani doradztwa. Ową postawę określa się jako „arogancja profesjonalna”.^{174, 175} R. Barnet przytacza przykłady niewłaściwych eksperymentów i działań medycznych, które zostały zaprojektowane przez kompetentnych lekarzy. W latach 60. i 70. XX wieku stosowano promieniowanie bez uzyskania wcześniejszej zgody na daną procedurę medyczną; z kolei w Ameryce Północnej ujawniono także fałszywe dane z badań nad rakiem piersi. W jednym z krajów azjatyckich wprowadzono na rynek jako środek przeciwkoncepcyjny długo działający preparat progesteronu, podczas gdy jego stosowanie jest ograniczone w Stanach Zjednoczonych ze względu na istotne obawy dotyczące bezpieczeństwa, w tym wady płodu, zwiększoną częstość występowania zakrzepów w płucach, udary i prawdopodobnie zwiększoną częstość występowania różnych postaci nowotworów. Działania te

¹⁷³ Barnet R. J.: Scientific Contribution. Ivan Illich and the Nemesis of Medicine, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2003, 6: s. 273–286.

¹⁷⁴ Sokołowska M.: *Granice medycyny...*, op. cit., s.184.

¹⁷⁵ Stasiuk-Krajewska K.: Komunikacja lekarz–pacjent a wizerunek lekarzy i podmiotów zdrowia publicznego, *Dziennikarstwo i media* 2016 (7), s. 101- 112.

często wiązały się z wykorzystaniem jednostek szczególnie wrażliwych lub zmarginalizowanych, właśnie tych, o których personel medyczny powinien się szczególnie troszczyć.

Medycyna zdefiniowana jako wiedza i system działań nie jest w stanie uchronić się od błędów fachowych i pomyłek. Powiązać to możemy z dookreśleniem medycyny jako instytucji masowej, nie poddającej się nadzorowi żadnej instytucji z zewnątrz. Powodem takiego stanu było myślenie, iż laicy (tj. osoby niezajmujące się medycyną profesjonalnie, „nie-lekarze”) nie powinni dokonywać oceny działalności lekarzy, albowiem ta grupa zawodowa (lekarze) posiada własny system kontroli. Zdradzanie tajemnic zawodowych, w tym „błędów w sztuce” i upublicznianie ich odnosiłoby skutek odwrotny do zamierzonego. Lekarze uważali, iż takie postępowanie mogłoby spowodować utratę zaufania do tej grupy zawodowej oraz całego systemu ochrony zdrowia. Publiczne zabieranie głosu traktowane jest jako atak na lekarzy, jak i całą medycynę.

Jednakże warto tu postawić pytanie czy lekarze już nie stracili zaufania u społeczeństwa? Czy wzrost zainteresowania społeczeństwa leczeniem niemedycznym można by zrzucić na deficyty w ochronie zdrowia?

Magdalena Sokołowska uważa, iż „uzdrowiciele spełniają żywotną funkcję łagodzenia strapiień ludzkich”, a „[...] pacjenci czują, że poprawiło im się wcześniej- wówczas kiedy byli u osoby obdarzonej tajemniczymi umiejętnościami przywracania zdrowia.”¹⁷⁶ System opieki medycznej nie jest w stanie zaadaptować się do jakościowych zmian społecznych. Lekarze nie zdają sobie sprawy z roli „reakcji psychofizycznej na lekarza”.¹⁷⁷ Uważają, iż podanie leku jest najważniejsze w procesie terapeutycznym. Pacjenci mogą czuć się ignorowani przez pracowników ochrony zdrowia, nie odczuwać satysfakcji z interakcji ze specjalistą. Odczuwają, iż dla lekarza stają się jedynie jednostką chorobową, kolejną zagadką do rozwiązania, a nie człowiekiem „z krwi i kości”, który zasługuje na zainteresowanie, a nie stygmatyzację i etykietowanie. Monopol medycyny na definiowanie problemów zdrowotnych i zarządzanie nimi dobiegł końca. Lekarze

¹⁷⁶ Sokołowska M.: *Granice medycyny...*op. cit., s. 270.

¹⁷⁷ Piątkowski W.: *Dysfunkcyjność systemu opieki zdrowotnej w polskiej socjologii medycyny*, [w:] A. Ostrowska, M. Skrzypek (red. nauk.), *Socjologia medycyny z perspektywy półwiecza*. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015, s. 77.

mimo swojej niechęci nie są już w stanie powstrzymać rozwijającej się „branży” lecznictwa niemedycznego. Błędy popełniane podczas diagnozy i terapii w placówkach ochrony zdrowia odpychają pacjentów od medyków, którzy pomimo stosowania najnowocześniejszej technologii nie są w stanie uchronić siebie i pacjentów od ich popełniania.

Wątpliwe pobudki etyczne u lekarzy również nie zachęcają do korzystania z usług konwencjonalnej medycyny. Na pierwszy plan wysuwają się pobudki finansowe czy chęć sprawowania władzy, które zostawiają w tyle etos lekarza zajmującego się potrzebami ludzkimi wraz z poszanowaniem godności jednostki. Nie słyszy się o takich postawach wśród nieprofesjonalnych terapeutów czy też wiejskich znachorów. Najczęściej są to osoby skromne, skłonne poświęcić swój czas chorej, potrzebującej osobie.

Pacjenci otrzymują od nich wsparcie, rozmowę, poradę a przede wszystkim kontakt wraz z elementami religijnymi. Lekarze nie są w stanie zastąpić duchownych, jednakże tę namiastkę metafizyczności pacjenci otrzymują od niekonwencjonalnych uzdrowicieli. Tam gdzie kończy się racjonalność swoją niszę odnajduje lecznictwo niemedyczne. Uważa się, iż medycyna jest składową technologią i sztuką leczenia, która sprowadza się do empatii, kontaktu z chorymi i ich rodzinami, prawidłowej- satysfakcjonującej obie strony komunikacji. Rośnie potrzeba ekspresywnego podejścia do pacjenta, w której dominuje potrzeba kontaktu, empatii czy też informacji. Lekarze nie są w stanie zaspokoić takich potrzeb, albowiem nie są ich świadomi, a także boją się kontaktu z osobami chorymi, co skutkuje powstawaniu deficytów po stronie medycyny. Jedynie kilka procent medyków będzie miało wrodzoną umiejętność nawiązania i podtrzymywania bliskiego kontaktu z pacjentem. Znachorzy czy uzdrowiciele również nie posiadają wrodzonych talentów do prowadzenia konwersacji, jednakże w odróżnieniu od lekarzy są bardziej zmotywowani by pogłębiać wiedzę dotyczącą komunikacji, co w efekcie może zwiększyć satysfakcję pacjenta i polepszyć zakres usług.

1.5. Wkład Eliota Freidsona w badania „socjologii życia codziennego”

Wiedza potoczna na temat zdrowia i choroby jest uznawana za ważną składową świadomości postaw, potrzeb i zachowań zdrowotnych oraz wynikających z nich decyzji dotyczących m.in. podejmowania prób profesjonalnego leczenia lub przeciwnie np. praktykowania samolecznictwa. Uniwersalne mechanizmy interpretacji symptomów choroby przez *zwykłych ludzi* (*lay people*) i mechanizmy wymiany informacji na ten temat stanowiły jedno z pól zainteresowań Eliota Freidsona. Podał on opisowi i interpretacji m.in. wzory zachowań związane ze zdrowiem i chorobą oraz czynniki wpływające na ich kształtowanie uwzględniając przy tym wpływ społeczności lokalnej oraz rolę lokalnej kultury. Jednocześnie poddawał krytyce także wiele mechanizmów i zjawisk dominujących we współczesnej medycynie, m.in. badając dysfunkcjonalność systemów instytucjonalnych, czy też mechanizmy „supremacji i zakres władzy lekarzy”.^{178, 179, 180}

Według E. Freidsona np. ból jako częste doświadczenie w procesie leczenia nie jest czynnikiem, który można traktować jako „stały element” charakteryzujący „biologię człowieka” czy jednoznacznie definiujący chorobę. Jego zdaniem jest to konsekwencją faktu, że „odpowiedź na ból” (*response to pain*) może być zależna od pochodzenia etnicznego i sposobu pierwotnej socjalizacji, a także może różnić się w zależności od wcześniejszych, indywidualnych, niepowtarzalnych doświadczeń życiowych konkretnej jednostki. Aby zrozumieć mechanizm pozwalający ludziom uznać się sobie samych za chorych, należy zidentyfikować sposoby percepcji bólu, gdyż to właśnie reakcje na ból pozwalają jednostce interpretować stan naszego zdrowia.^{181, 182.}

¹⁷⁸ Freidson E.: *Professions and the Occupational Principle*, [w:] E. Freidson (red.), *The professions and their prospects*. Sage Publications, Beverly Hills/London 1971, s. 30-31.

¹⁷⁹ Idem, *Doctoring together. A Study of Professional Social Control*. Elsevier, New York 1975, s. 6-9.

¹⁸⁰ Idem, *Professional Dominance and the Ordering of Health Services: Some Consequences*, [w:] P. Conrad, R. Kern (red.), *The Sociology of Health and Illness*. St. Martin's Press, New York 1981, s. 184- 186.

¹⁸¹ Idem, *The sociology of medicine*, *Current Sociology* 1961-62, vol. X/XI, nr 3, s. 126- 129.

¹⁸² Idem, *Profession of medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press, Chicago 1970, s. 283.

¹⁸³ Dla ujęcia Freidsona charakterystyczne jest wyróżnienie dwóch kryteriów różnicujących zdrowie i chorobę przez ludzi nieposiadających wykształcenia medycznego. Pierwszym jest aktualność doświadczenia danego zjawiska. Drugim stopień i zakres w jakim choroba dezorganizuje lub ogranicza role społeczne w życiu codziennym. Zakłócenie schematu zachowań jednostki skłania ją do refleksji dotyczącej funkcjonowania własnego organizmu i do definiowania się jako „osoba chora”. Jednakże jeśli stopień niesprawności nie przeszkadza w społecznym funkcjonowaniu ciała, jednostka adaptuje się do tego stanu i samookreśla się jako zdrowa.¹⁸⁴ Pacjenci zwykle dzielą się z lekarzem jedynie wybranymi symptomami choroby, natomiast biomedycyna nie akceptuje faktu, że pacjent selektywnie, nielogicznie i emocjonalnie komunikuje o ważnych dla niego symptomach. Należy przypuszczać, że istnieje pewien ogólny schemat do raportowania przez laików mniejszej liczby objawów niż wynika to z diagnozy lekarskiej. Można to interpretować odwołując się do różnicy w percepcji choroby i zakresu posiadanej wiedzy profesjonalnej. Laik może być świadomy symptomów choroby, jednak nie jest przypisuje im tej samej wagi i rangi co lekarz oraz inaczej je pozycjonuje. Identyfikacja przez laika symptomu jednostki chorobowej jest efektem kulturowo i historycznie zmiennego „standardu normalności” ustalanego w życiu codziennym. Radzenie sobie z chorobą lub jej objawami różni się z zależności od typu społeczeństwa (czy społeczności) i nie jest uwarunkowane biologicznie. Należy wspomnieć, iż choroba może wiązać się ze stygmatyzacją jednostki czy rodziny chorego. Piętno choroby częściej przypisuje się ludziom ubogim niż o wyższym statusie socjoekonomicznym (SES). Przy czym bywa, że np. „wstydlive” dolegliwości nie są niejednokrotnie ujawniane przez „lay people” w procesie terapeutycznym. Zdarza się równocześnie, że potencjalni pacjenci nie zwracają się nigdy o pomoc do specjalistów, albowiem korzystanie z usług medycznych jest w

¹⁸³ Skrzypek M.: Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012, t. 18, nr 4, s. 375- 376.

¹⁸⁴ Freidson E.: *Profession of medicine...*, op. cit., s. 283-285.

określonych grupach etnicznych (np. u rdzennych Amerykanów, Latynosów) oceniane negatywnie.^{185, 186}

Zrozumienie istoty laickiej definicji zdrowia i choroby jest ważne w socjologicznej ocenie tych stanów u jednostki, a w konsekwencji daje odpowiedź na pytanie czy laik w swojej interpretacji roli chorego podejmie decyzję o kontakcie z lekarzem czy nie. Tak więc świadomość zagrożenie chorobą nie zawsze prowadzi do korzystania z usług medycznych.¹⁸⁷ Pewne istotne elementy wcześniejszego laickiego doświadczenia są zatem wyznacznikami korzystania z usług systemu, gdyż istnieje „kulturowa odrębność” i niejednoznaczność w obrębie medycyny i na obszarze *lay referral system*.

Przyjmuje się, że istnieją dwa typy relacji medycyny ze społecznością laicką. W pierwszym wspólnota może wywierać wpływ na zachowanie jednostki. W drugim- oddziaływania grupy są mniej odczuwalne, dlatego którym jednostka jest wolna od presji i wpływu innych i jest w stanie podejmować decyzje autonomicznie, nie narażając się na konsekwencje ze strony najbliższego otoczenia. W sytuacji, w której mała społeczność wywiera na chorego wpływ, może on przybrać dwojaką postać: społeczność planuje leczenie chorego sugerując kontakt z profesjonalistą. Druga jest odmienna. „lokalne autorytety” mogą zniechęcać jednostkę od korzystania z usług medycznych.¹⁸⁸ Freidson opisał cztery modele charakteryzujące postawy osoby chorej wobec profesjonalnych usług lekarskich i „laickich ofert pomocy w chorobie”.

W pierwszym z modeli sytuujących się w ramach *lay referral system* pacjenci czerpią wiedzę przede wszystkim z rodzimej kultury, własnej grupy odniesienia, która jest „niekompatybilna” z „kulturą profesjonalnej medycyny”. Freidson podkreśla, że jeśli pacjenci mają naturalną skłonność do samodiagnozowania to autorytet zawodowy lekarza nie jest wystarczający do podjęcia zachowań medycznych, a występująca jednostka chorobowa jest odmienna od tej,

¹⁸⁵ Idem, *Patients' views of medical...*, s. 145-148.

¹⁸⁶ Idem, *Profession of medicine.*, op. cit., s. 297-298.

¹⁸⁷ Ibidem, s. 286.

¹⁸⁸ Ibidem, s. 292.

ustalonej przez lekarza. Jednak pacjenci nie będą unikać z korzystania z usług medycznych na rzecz diagnostyki u healera posiadającego np. dar „*touch for health*” odziedziczonego po przodkach. Istnieje zatem możliwość realizacji potrzeb zdrowotnych w ramach medycyny, jednakże nie może się to odbywać „w tajemnicy”, bez wiedzy i aprobaty społeczności, jednostka musi chronologicznie wcześniej skorzystać z oferty nieprofesjonalnej pomocy. Jest to sytuacja, w której zapotrzebowanie na usługi profesjonalistów będzie marginalne, a korzystanie z „opcji laickiej” powszechne.^{189, 190}

Drugi rodzaj „systemu laickiego” również odwołuje się do lokalnej kultury, jednakże różnice występują w odmiennym schemacie „wzajemnych rekomendacji, rad, pomocy” i leczenia.¹⁹¹ Tu jednostka ma możliwość relatywnie swobodnego działania. Decyzje podejmuje samodzielnie lub konsultuje się jedynie z najbliższym otoczeniem. Społeczność laików może zniechęcać przyszłego pacjenta do wizyty u lekarza. Jednakże system laicki i system medyczny są traktowane komplementarnie, więc można oczekiwać, iż jednostka będzie się skłaniać w stronę usług instytucji medycznych wcześniej i częściej.¹⁹²

Natomiast scenariusz działania *lay referral system* występuje też w innym wariantcie, gdy kultura laicka i „kultura medyczna” są relatywnie podobne, a możliwości skorzystania z pomocy społeczności i jej wpływu są relatywnie ograniczone. Gdy pacjent jest osobą samotną, nie może skorzystać ze wsparcia rodziny, wtedy opiera się na własnej intuicji i osobistym doświadczeniu wybranych healerów. *Spiritual healers* mogą wspierać lub zniechęcać jednostkę do szukania szpitalnej pomocy. Wiedza i doświadczenie związane z chorobą są kompatybilne z praktyką lekarską. Jednostka może zatem czuć się kompetentna by leczyć się sama, mimo to będzie skłonna do szybkiego przejścia od „*self healing*” do przyjęcia oferty lekarza. Tylko w sytuacji, gdy system

¹⁸⁹ Ibidem, s. 293.

¹⁹⁰ Freidson E.: *Doctoring together...*, s. 46-47.

¹⁹¹ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja ...*, op. cit., s. 282.

¹⁹² Freidson E.: *Profession of medicine...*, op. cit., s. 293.

medyczny jest niedostępny, a sam pacjent będzie motywowany szybko pogarszającym się stanem zdrowia, istnieje możliwość aplikacji nieprofesjonalnej oferty.¹⁹³

Kolejny, czwarty wariant *lay referral system* mówi o sytuacji, w której pacjent jest jeszcze mniej motywowany do korzystania z usług leczenia niemedycznego. Jednostka nie jest przywiązana do popularnego w swojej społeczności modelu leczenia, nie odrzuca lekarskiej oferty, utożsamia się z nią.¹⁹⁴

Bywa, że laik korzystając z profesjonalnej opieki medycznej traci pewien nieformalny status we własnym środowisku kulturowym. Część siły jaką daje mu wsparcie społeczności zostaje wycofana. Jednostka kulturowo przenosi się do odmiennego *universum* wartości, schematów i rytuałów. Na początku procesu ustalania profesjonalnej diagnozy, świeckie koncepcje choroby, etiologii, świata terapii są konsekwencją w interakcji z lekarzem ten mechanizm jest jednoznaczny i ostateczny. Na początku wizyty u specjalisty laik jest zmuszony przyjąć nową rolę- „klienta” wchodzącego w interakcję z profesjonalistą, który uzyskuje fachową kontrolę i władzę nad pacjentem, staje się jednym z obiektów procedur medycznych. Interakcja może jednak sprawiać lekarzowi problem, albowiem występują trudności z kontaktem, wzajemnymi relacjami i skutecznym kontrolowaniem jego zachowania, w sytuacji gdy posiada on swoje autonomiczne wyobrażenia na temat zdrowia, choroby i leczenia.^{195, 196, 197} Następuje konfrontacja pomiędzy biologicznym cyklem życia jednostki a społecznym i kulturowym scenariuszem, przesiąkniętym wszechobecnymi konstruktami społecznymi.¹⁹⁸

Laicy samodzielnie konstruują znaczenie zdarzeń. Mamy tu do czynienia z konstruowaniem kategorii zdrowia i choroby, a także kultury medycznej w której zawierają się

¹⁹³ Ibidem, s. 293-294.

¹⁹⁴ Ibidem, s. 294.

¹⁹⁵ Freidson E.: *Patients' views of medical....*, s. 146-148.

¹⁹⁶ Idem, *Profession of medicine.*, s. 300-301.

¹⁹⁷ Idem, *Dilemmas in the doctor/patient relationship*, [w:] C. Cox, A. Mead (red.), *A sociology of medical practice*. Cassell & Collier-Macmillan Publishers Limited, London 1975, s. 291-291.

¹⁹⁸ Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane aspekty relacji pomiędzy socjologią medycyny a socjologią choroby. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Sociologica* 2015, 1, s. 87.

konstrukty dotyczące personelu medycznego, procedur/zdarzeń medycznych, a także relacji pomiędzy chorym a społecznością. Doświadczenie jednostki i „community” systematyzuje i definiuje mechanizmy oraz procesy zachodzące w ramach wzorów korzystania z opieki medycznej. To pacjent na podstawie własnych doświadczeń oraz społecznych i kulturowych wzorów prezentuje postawę w stosunku do akademickiej medycyny lub nieprofesjonalnych form pomocy w chorobie.

Wybór modelu korzystania z opieki zdrowotnej zależy zarówno od jednostki jak i społeczności, co nierozdzielnie jest powiązane z lokalną kulturą. Schematy oraz wzory postępowania w określonej sytuacji uzależnione są od perspektywy przyjętej w danym środowisku. Pacjenci często czerpią inspiracje do działania z własnej grupy odniesienia, które bywa, że są sprzeczne z „kulturą profesjonalnej medycyny”. Wskazana niezgodność powoduje zdystansowanie lub oddalenie się od medycyny akademickiej, niechęć do „wchodzenia w rolę społeczną pacjenta”, czasami konflikt z personelem medycznym. Efektem jest aprobata dla „medycyny nieprofesjonalnej”, jawiąca się jako kulturowo bliższa jednostce.

Motywacja pacjenta do szukania aprobowanego wzoru pomocy medycznej jest najczęściej efektem „socjalizacji pierwotnej”. Dziecko uspołeczniając się w danym środowisku internalizuje wizję świata, który go otacza; wraz z sposobami postępowania w sytuacji zdrowia czy choroby i chorowania, i replikuje to w okresie późniejszym. Oczywiście dane społeczne wyobrażenie ulega ciągłemu przeobrażeniu.

Anthony Giddens wskazuje, że np. choroba jest konstruktem społecznym, którego nie można uchwycić w kategoriach „prawdy naukowej”; opinie pacjentów i ich doświadczanie choroby mają podstawowe znaczenie dla terapii; lekarze nie są jedynym źródłem wiedzy na temat zdrowia i choroby; powrót do zdrowia nie musi odbywać się w szpitalu. Leczenie z zastosowaniami techniki, chirurgii i środków farmakologicznych niekoniecznie przewyższa inne formy terapii”.¹⁹⁹

¹⁹⁹ Giddens A.: *Zdrowie, choroba i Niepełnosprawność*, [w:] *Socjologia*. Wydanie nowe. Warszawa 2012. Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 369.

2. Ustalenia taksonomiczne

2.1. Uwagi wprowadzające

Z reguły „taksonomia” jest definiowana jako „nauka o zasadach stosowanych w systematyce organizmów przy opisie gatunków, ich nazywaniu i włączaniu w układ systematyczny zwierząt i roślin”.²⁰⁰ Na innych obszarach naukoznawstwa pojęcie to zostało rozszerzone i dotyczy np. podziału na „kategorie dowolnego zbioru obiektów na podstawie określonych kryteriów”.²⁰¹ Konsekwencją takiego podziału jest układ hierarchiczny, odzwierciedlający np. stosunki nadrzędności i podrzędności, w tym relacje językowe oraz relacje mereologiczne (pozajęzykowe) mówiące o relacji „bycia częścią” w stosunku do całości.²⁰²

Przed przystąpieniem do opisu i uzasadnienia ustaleń taksonomicznych dotyczących lecznictwa pozostającego poza obszarem medycyny akademickiej należy wspomnieć, iż linia demarkacyjna pomiędzy oboma pojęciami nie jest i nie była nigdy ostra, stabilna i jednoznaczna. Dotyczy to zwłaszcza kilku obszarów. Istnieją i będą istnieć pola graniczne i sporne obszary „eksterytorialne”, które będą prawdopodobnie wciąż wywoływały kontrowersje i dyskusje. Innym problemem utrudniającym jednoznaczną klasyfikację „alternatywnych i komplementarnych” prób leczenia stanowią permanentne zmiany zachodzące zarówno na obszarze nauk medycznych, jak i lecznictwa niemedycznego. Przykładem tego typu przemian jest m. in.: wyodrębnianie się i późniejsza akceptacja w ramach nauk medycznych koncepcji społeczno-ekologicznych tworzących modele „holistycznego zdrowia” czy też selektywna i warunkowa akceptacja niektórych form samolecznictwa przez zdrowie publiczne. Ciekawa jest też ewolucja opinii części lekarzy-

²⁰⁰ Słownik Wyrazów Obcych. PWN. Warszawa 2002, s. 1087.

²⁰¹ Tomaszczyk J.: *Taksonomia jako narzędzie organizacji informacji*, s. 40.
http://bbc.uw.edu.pl/Content/1789/z2007_1_04.pdf /dostęp 20.10.2021/

²⁰² Obojska L.: *Mereologia a klasyczna teoria zbiorów*. Instytut Matematyki i Fizyki, UPH w Siedlcach, s. 31- 36.
<http://www.mp.uph.edu.pl/images/archiwum/2016/31-36.pdf> /dostęp 20.10. 2021/.

klinicystów dotycząca różnych wersji teorii homeopatycznych oraz pryncypiów wyznawanych przez poszczególne szkoły homeopatii.²⁰³

2.2. „Chaos terminologiczny” w opisie metod leczenia pozostających poza systemem medycyny akademickiej i próby jego przewyciężenia.

W literaturze przedmiotu można dostrzec równoległe stosowanie rozmaitych terminów w opisie terapii pozostających poza obszarem medycyny (EBM). Określenia te kładą nacisk na pewne (różne) wybrane elementy tych praktyk. Stosując to podejście można np. wyróżnić: „medycynę naturalną”- opartą na siłach przyrody, „ludową” czy też „tradycyjną”, która inspirowana jest lokalną tradycją kulturową danego regionu definiowaną także jako „tradycyjalna”.²⁰⁴ Równoległe spotykamy terminy : „nieortodoksyjna”, „niekonwencjonalna”, „naturalna”, „nieoficjalna”²⁰⁵, „niesprawdzona”, „nieakademicka”²⁰⁶, „pozaszkolna” (*ausserschulischen*)²⁰⁷ lub „niepotwierdzona dowodami naukowymi” a także „paramedycyna”²⁰⁸,²⁰⁹ „medycyna alternatywna”, „medycyna z pogranicza”, „komplementarna” czy też „lecznictwo niemedyczne” lub „lecznictwo naturalne”. Można też spotkać pojęcie „inna” medycyna²¹⁰,²¹¹,²¹²,²¹³ oraz „niekonwencjonalne metody terapii (NMT)”,²¹⁴,²¹⁵ a także „metody irracjonalne”,

²⁰³ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja ...*, op. cit., s. 38- 39.

²⁰⁴ Sokołowska M.: *Granice medycyny...*, op. cit., s. 256- 257, 261- 262.

²⁰⁵ Eadem.: *Medycyna nieoficjalna w krajach uprzemysłowionych*, [w:] *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986, s. 81- 90.

²⁰⁶ Piątkowski W.: [recenzja] *Illustrierter Handbuch Der Alternativen Heilweisen. Handbuch Der Ausserschulischen Medizin*. Hermann Bauer Verlag, Freiburg 1980. *Zdrowie Publiczne* 1983, nr 4, s. 204.

²⁰⁷ Idem: *Naturalne sposoby leczenia*. Zakład narodowy imienia Ossolińskich. Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk 1984, s. 10.

²⁰⁸ Sharma U.: *Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients*. Tavistock/Routledge. London and New York 1992, s. 5-6.

²⁰⁹ Pilecki M.: *Paramedycyna- alternatywa medycyny naukowej?* *Zdrowie Publiczne* 1994, T. 105: 5, s. 170- 174.

²¹⁰ Tytuł monografii W. Piątkowskiego- *Spotkania z inną medycyną*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1990.

²¹¹ Piątkowski W.: *W stronę socjologii lecznictwa niemedycznego. Przegląd wybranych propozycji badawczych*, [w:] M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórkowska, W. Piątkowski (red.), *Szkice z socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998, wyd. I, s. 18.

²¹² Idem: *From Medicine To Sociology...*, op. cit., s. 238- 239.

²¹³ Sokołowska M.: *Medycyna nieoficjalna...*, op. cit., s. 81- 90.

²¹⁴ Olchowska-Kotala A.: *Kto i dlaczego leczy się niekonwencjonalnymi metodami terapii*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 17.

²¹⁵ Fisher P.: *Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe*, *BMJ* 1994; 309: 107.
doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6947.107> /dostęp 20.10.2021/

„nieoficjalna wiedza medyczna”, „healing epoki postindustrialnej”.²¹⁶ W przeszłości używano pejoratywnego określenia: „medycyna znachorska”, „medycyna sekciarska”, „terapię z pogranicza medycyny” czy „szarlataneria”.²¹⁷ A. Kasperek przytacza, iż zjawisko „lecznictwa niemedycznego, w niedalekiej przeszłości, traktowane było jako zjawisko marginesowe, domena znachorów, szarlatanów, oszustów i partaczy”.²¹⁸

A. Dziak uważa, że pojawianie się „wygodnych terminologii naukowych”, przeróżnych „medycyn” m.in.: medycyny komplementarnej, alternatywnej, niekonwencjonalnej, uniwersalistycznej, parapsychicznej, psychotronicznej, holistycznej, antyhomotoksycznej pozwala na kamuflowanie nieuctwa, szarlatanerii i jest zwykłym oszustwem.”²¹⁹

Punktem spornym jest też zasadność stosowania „ogólnego” pojęcia „medycyna”, odnosząc je wyłącznie do nauki opartej na dowodach – EBM (Evidence Based Medicine).²²⁰ I tak H. Świącicki uważał, że „medycyna jest bez wątpienia nauką, ale spełnienie zawodu lekarskiego, opiekowanie się chorymi było zawsze sztuką.”²²¹ W Encyklopedii PWN znajduje się definicja, która opisuje, iż „medycyna z łac. *medicina* <<sztuka lekarska>>, jest nauką o zdrowiu i chorobie człowieka oraz sztuką leczenia i zapobiegania chorobom”.²²² Z kolei W. Osler twierdzi, że „medycyna jest wiedzą niepewności i sztuką możliwości”, a E. Axer opisywał, że „jak każde rzemiosło, medycyna bywa sztuką. Jak każda nauka, wiąże się z tradycją”.²²³ W pojmowaniu medycyny jako sztuki poszukuje się „klucza”, dzięki któremu będzie można zintegrować różne sposoby leczenia. Z drugiej strony należy

²¹⁶ Piątkowski W.: *Naturalne sposoby leczenia...*, op. cit., s. 10.

²¹⁷ Whorton J. C.: *Historia medycyny komplementarnej i alternatywnej*, [w:] W. B. Jonas, J. S. Levin (red.), *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2000, s. 17.

²¹⁸ Kasperek E.: *Medycyna i paramedycyna- przegląd podstawowych zagadnień*, [w:] K. Imieliński (red.), *Medycyna u progu XXI wieku. Sztuka leczenia*. Polska Akademia Medycyna, Warszawa 1994, s. 182.

²¹⁹ Dziak A.: *Medycyna czy magia? Akademska wiedza medyczna wobec alternatywnych metod leczenia*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2014, s. 60.

²²⁰ Kaźmierczak A.: *Lek roślinny w ofercie lecznictwa niemedycznego ze szczególnym uwzględnieniem terapii nowotworów*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka, K. Sudoł (red.), *Lek roślinny, t. 2, Leki roślinne w terapii od czasów starożytnych po współczesne. Zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. Wrocław 2013, s. 349- 350.

https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/4166/349_Leklek%20roslinny%202%20do%20kor.pdf?sequence=1 /dostęp 12.11.2020/

²²¹ Gaertner H.: *Medycyna: nauka i sztuka*, [w:] K. Imieliński (red.), *Medycyna u progu XXI wieku. Sztuka leczenia*. Polska Akademia Medycyna, Warszawa 1995, s. 47.

²²² Encyklopedia PWN, hasło: „medycyna”. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/medycyna;3939269.html> /dostęp 1.05.2022/

²²³ Ibidem, s. 47.

zauważyć, iż problematyczna nie jest niedokładność definicji „medycyny”, tylko ramy pojęciowe, których naginanie może posłużyć do wprowadzenia niekonwencjonalnych terapii w poczet „medycyn”, by uwiarygodnić i dodać im prestiżu. Mnogość

definicji terminu „medycyna” i ich niejednoznaczny charakter nie są w stanie w sposób bezsporny wytyczać lingwistycznego kierunku rozwoju i/lub integracji praktyk pozostających poza działaniem medycyny akademickiej. „Medycyna

alternatywna” to jedno z najczęstszych i najbardziej popularnych określeń. Jednakże, termin ten sugeruje, iż jest to „ekwiwalentna konkurencja” dla medycyny akademickiej i wskazuje na „równoważny” charakter obu pojęć. Analizując zakres i charakter terminu „konkurencyjny” nie ma jasności czy chodzi o rzeczywistą, realną alternatywę, a więc o możliwość wyboru zupełnie innej strategii leczenia, czy też taką formę kuracji, która może być praktykowana jednocześnie, równoległe z medycyną oficjalną.²²⁴ A.

Jedynak sygnalizuje, że istnieją obawy o to, że medycyna alternatywna może być z przyczyn koniunkturalnych wymierzona przeciwko medycynie, a jej metody są nie do pogodzenia z powszechnie uznanymi. W metodach leczenia określanych jako „medycyna alternatywna” można się doszukiwać „ciemnogrodu”, podważania wiary w naukę, hołdowania przesądom i gusłom, które szkodzą chorym i potrzebującym pomocy. Takich negatywnych skojarzeń nie zawierają nazwy metod włączonych do kategorii „medycyny komplementarnej”, które są tożsame z technikami leczenia zaliczanymi do „medycyny alternatywnej”.²²⁵

Wydaje się, że należy dokonać rozdzielenia terminu „medycyna komplementarna i alternatywna” na dwa oddzielne człony: tj. „medycynę komplementarną” oraz „medycynę alternatywną”, bowiem oba pojęcia łączy tylko jeden wspólny fakt- pozostawanie poza obszarem medycyny uniwersyteckiej. Jeśli środki spoza głównego nurtu medycyny stosowane są razem z medycyną opartą na dowodach naukowych to można to kwalifikować jako „podejście

²²⁴ Jedynak A.: *Medycyna komplementarna na tle nauki*, [w:] A. Anczyk (red.), *Medicina Magica. Oblicza medycyny niekonwencjonalnej*. Seria” Szkice z nauk i zdrowia”, TOM III. Wydawnictwo Instytutu Pracy i Zdrowia Środowiskowego i Autorzy, Sosnowiec 2011, s. 9.

²²⁵ Ibidem, s. 9-10.

komplementarne”. Natomiast „podejściem alternatywnym” nazwać można stosowanie metod i technik uzdrowicielskich zamiast medycyny akademickiej.²²⁶ Uznajemy, że samo określenie „alternatywny” oznacza „inny”, „przeciwstawiający się temu, co tradycyjne i oficjalnie uznane”.²²⁷ Termin alternatywny można rozumieć jako sytuację wymagającą „wyboru między dwiema wyłączającymi się możliwościami”.²²⁸

Według Słownika Języka Polskiego termin „komplementarność” oznacza wzajemne uzupełnianie się, dopełnienie.²²⁹ „Komplementarność” definiowana jest także jako „stosunek wzajemnego uzupełniania się dóbr w zastosowaniu konsumpcyjnym lub produkcyjnym. [...] Dobra są względem siebie komplementarne, gdy posiadanie jednego z nich powoduje zapotrzebowanie na drugie”.²³⁰

W polskim piśmiennictwie „medycyna komplementarna” jest zwykle utożsamiana z „medycyną alternatywną” (CAM- „Complementary and Alternative Medicine”). Medycyna Komplementarna i Alternatywna, MKA), symbolizuje praktyki w różnym stopniu odbiegające od tych stosowanych przez lekarza.²³¹ Niektóre tego typu metody pokrywają się z medycyną konwencjonalną, inne stały się jej częścią.²³² Medycyna komplementarna i alternatywna definiowana jest m.in. jako: „podzespół metod medycznych i zdrowotnych, który nie stanowi integralnej części konwencjonalnej medycyny (zachodniej)”.²³³ Wedle tego ujęcia: „medycyna komplementarna i alternatywna (CAM) to szeroki zakres środków leczniczych, który obejmuje wszystkie systemy zdrowotne, metody i praktyki oraz towarzyszące im teorie i przekonania, inne

²²⁶ *Complementary, Alternative, or ...*, op. cit.

²²⁷ Słownik Języka Polskiego, hasło: „alternatywny”. <https://sjp.pwn.pl/sjp/alternatywny;2439766.html> /dostęp 29.11.2021/

²²⁸ Ibidem.

²²⁹ Słownik języka polskiego PWN A-K, hasło: „komplementarność”, M. Szymczak (red. nauk.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 437.

²³⁰ Wielka Encyklopedia Powszechna PWN, hasło: „komplementarność”. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1965, s. 765.

²³¹ Jedynek A.: *Medycyna komplementarna...*, op. cit., s. 9.

²³² Chez R. A., Jonas W. B., Eisenberg D.: *Lekarz wobec medycyny komplementarnej i alternatywnej*, [w:] W. B. Jonas, J. S. Levin (red.), *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2000, s. 34. Za: Panel on Definition and Description. Defining and describing complementary and alternative medicine, *Altern Therap Helath Med* 1997: 3, s. 49- 57.

²³³ Weiss G. L., Lonnquist L. E.: *Complementary and alternative Medicine*, [w:] *The sociology of health, healing and illness*. 5th ed. Pearson Education, Inc, New Jersey 2006, s. 219.

niż te, które są integralnie związane z dominującym politycznie systemem zdrowotnym konkretnego społeczeństwa lub kultury w danym okresie historycznym.”²³⁴ Podobnie National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), działający w ramach amerykańskiego Department of Health and Human Services uważa, że CAM jest „grupą różnorodnych systemów opieki zdrowotnej, praktyk oraz produktów, które nie mieszczą się w ramach medycyny konwencjonalnej”.²³⁵ Według NCCIH techniki medycyny komplementarnej można podzielić na cztery grupy, zaś podejścia komplementarne można sklasyfikować według ich podstawowego wkładu terapeutycznego, czyli sposobu w jaki terapia jest przyjmowana lub dostarczana np. związane z dietą, zaliczyć do nich możemy np. suplementy diety, zioła, probiotyki; terapie mikrobiologiczne; psychologiczne- np. medytacja, muzykoterapie, hipnoza, terapie relaksacyjne; fizyczne- np. akupunktura, masaż, manipulacja kręgosłupa oraz kombinacje podejścia psychologicznego i fizycznego (do którego można zaliczyć m.in.: jogę, tai chi, terapie taneczne, niektóre formy terapii artystycznych) lub synkretyczne metody „psychologiczno-żywnieniowe” (np. mindful eating- praktyka/ filozofia uważnego jedzenia).²³⁶

Fisher i Pietroni wyrażają opinię, że termin „medycyna komplementarna” nie jest w pełni adekwatny, albowiem łączy w jedną całość zróżnicowane i niejednorodne kategorie metod, które mają ze sobą niewiele wspólnego poza faktem, że znajdują się poza głównym nurtem medycyny akademickiej. O „medycynie alternatywnej” nie mówi się w kontekście definiowania kategorii istnienia, lecz określania przez to czym nie jest. Termin ten nie jest jasny, bowiem odnosi się do dużych, heterogenicznych kategorii. Według tych poglądów bardziej właściwym terminem może być pojęcie: „niekonwencjonalne metody terapii”.²³⁷ Np. D. Penkala-Gawęcka uważa, iż medycyna komplementarna składa się: „z segmentów wywodzących

²³⁴ Wieland S. L., Manheimer E., Barman B. M.: Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration, *Altern Ther Health Med.* 2011 Mar-Apr; 17(2): 50–59; s. 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196853/pdf/nihms329166.pdf> /dostęp 21.11.2020/

²³⁵ Kocot-Kępska M., Rybicka M., Mitka K., Bagińska A., Moćko K.: Praktyka kliniczna – przewodnik leczenia bólu. Metody medycyny komplementarnej i alternatywnej w leczeniu chorych z bólem przewlekłym – cz. 1, *Med. Prakt.*, 2020; 1, s. 103–104.

²³⁶ *Complementary, Alternative, or ...*, op. cit.

²³⁷ Fisher P.: Medicine in Europe: *Complementary...*, op. cit., s. 107.

się z lecznictwa ludowego, z dawnych „wielkich tradycji medycznych” (np. medycyny chińskiej czy indyjskiej Ayurwedy), z najnowszych i nowo powstających metod i technik uzdrowicielskich” etc..^{238, 239} A z drugiej strony utrzymuje, iż: „[...] medycyny komplementarnej nie stosuje się na ogół w odniesieniu do form leczenia spoza euroamerykańskiego kręgu kulturowego.” Stosowane są wówczas terminy: „medycyna tradycyjna”, medycyna „niezachodnia”.²⁴⁰

W jaki sposób można ustalić adekwatny termin dla praktyk pozostających poza systemem akademickiej medycyny? Jaki jest jego zakres? Trudność z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi związana jest z różnorodnością i zmiennością sposobów leczenia i nadawanie im rozmaitych nazw według rozbieżnych kryteriów. Konkretnie techniki leczenia różnicowane są pod względem cech, „tradycyjności” lub „nowoczesności”, ich statusu wobec medycyny akademickiej w konkretnej epoce historycznej, a także z uwzględnieniem przestrzennej lokalizacji. Jednak czy możliwe jest określenie ścisłych, powszechnie aprobowanych, stałych i standardowych ram tego typu lecznictwa, zwłaszcza w erze globalizacji i „płynnej ponowoczesności”? Co zwiększa zasięg tej oferty przy jednoczesnej ciągłej dyfuzji i transferze części metod „niekonwencjonalnych” do medycyny akademickiej i odwrotnie- „kopiowanie” przez CAM niektórych technik leczenia z obszaru EBM?²⁴¹

Zdrowie jako podstawowa wartość jest klasyfikowana i określana na wiele sposobów; np. jeśli potraktujemy je jako produkt, który można osiągnąć poprzez odpowiednie leczenie w ramach medycyny akademickiej, to inne czynności związane z zachowaniem, umocnieniem czy przywróceniem zdrowia będzie można zaliczyć do kategorii „medycyny komplementarnej”. Zatem „medycyna komplementarna” nie konkuruje z medycyną opartą na dowodach naukowych (EBM), lecz rozwija się i oferuje swe usługi niejako „obok niej”. Wspiera medycynę akademicką.

²³⁸ Penkala-Gawęcka D.: Pacjent i medycyna we współczesnym Kazachstanie: postawy wobec biomedycyny i medycyny komplementarnej, *Medycyna Nowożytna* 2001: 8/2, s. 175- 176.

²³⁹ Lytovka M.: *Mainstream medicine vs. complementary and alternative medicine: from history to modernity*. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. A. Kapusty, Lublin 2018, s. 17- 19.

²⁴⁰ Penkala-Gawęcka D.: *Medycyna komplementarna w Kazachstanie. Siła tradycji i presja globalizacji*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 25.

²⁴¹ Eadem, s. 21.

W tej sytuacji pacjent ma możliwość wyboru danego obszaru „medycyny komplementarnej”, by dopełnić schemat leczenia wybrany/proponowany przez profesjonalistów, a czynności jakie podejmuje w celu „potęgowania” zdrowia są jedynie dodatkiem do wcześniejszych działań.

Określenie medycyny przy zastosowaniu przymiotnika „alternatywna” już na początku informuje użytkownika, iż nie ma „kompromisu”, należy wybrać między daną techniką leczenia pozostającą poza systemem medycyny akademickiej a medycyną opartą na dowodach. To rozwiązanie wskazuje, iż metody zaliczane do medycyny alternatywnej nie mogą zastąpić medycyny głównego nurtu. Wskazanie medycyny alternatywnej jako głównej metody leczenia powoduje w konsekwencji praktyczną eliminację innych technik terapeutycznych składających się na EBM. Przymiotnik „komplementarny” sugeruje z kolei możliwość łączenia elementów związanych z posługiwaniem się metodami i technikami pozostającymi poza medycyną akademicką z medycyną opartą na dowodach. Odzwierciedla to rolę, jaką pełnią „naturalne sposoby leczenia” w procesie terapeutycznym- wspomagają i uzupełniają terapię, a jednocześnie nie wykluczają leczenia w ramach „*evidence based medicine*”. Określenie interesującego nas zjawiska jako „komplementarnego” względem medycyny akademickiej jest do przyjęcia, natomiast nazwanie wszystkich metod i technik niespełniających kryteria „*evidence based*”- „medycyną” wydaje się nadużyciem. Osoba zajmująca się praktykami uzdrowicielskimi, nie posiadająca dyplomu lekarza nie może korzystać z tego tytułu zawodowego.²⁴² Jednocześnie praktyki i działania prowadzone w ramach CAM nie zostały włączone do obszaru medycyny uniwersyteckiej, stąd studenci kształcący się na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym nie otrzymują wiedzy dotyczącej CAM w ramach „*evidence based medicine*”.

R. Frank i G. Stollberg zaproponowali z kolei określenie „medycyna heterodoksyjna”, która jest przeciwieństwem biomedycznej ortodoksji. Jednakże w tej propozycji

²⁴² Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU2019000537/T/D20190537L.pdf> /dostęp 16.12.2021/

brak jest odniesień do jej alternatywnego lub komplementarnego wymiaru.^{243, 244} Można złożyć, iż Autorzy tego określenia mieli na myśli postawy, działania chorych i osób praktykujących, którzy uznają za właściwe odmienne sposoby leczenia, w dowolny sposób interpretują zasady medycyny, a także wybiórczo traktują zasady etyczne i praktyki lecznicze przyjęte w ramach medycyny akademickiej. Jednakże należy zauważyć, iż w tej definicji nie użyto określenia „herezja”, która automatycznie kojarzyłaby się z odrzuceniem wszystkich zasad związanych z medycyną akademicką, co może sugerować chęć integracji z medycyną akademicką.

Określenie praktyk pozostających poza obszarem działania EBM jako „medycyna komplementarna i alternatywna” wydaje się być najlepszym rozwiązaniem zdaniem autorki niniejszej pracy. Termin ten oddaje, iż pewne praktyki zaliczane do metod pozostających poza obszarem medycyny akademickiej należą zarówno do „medycyny komplementarnej”- gdy praktykowane są obok medycyny oficjalnej; mogą wskazywać na zależność względem medycyny akademickiej, a także ukazują jej podrzędność; chęć współpracy, kooperacji z EBM. Dzięki czemu pacjenci mogą być otoczeni wszechstronną opieką przez personel medyczny. Jednocześnie te same metody mogą być zaliczane jako „medycyna alternatywna” w przypadku negowania i odrzucania metod leczenia zaliczanych do „medycyny oficjalnej”. Nie należałoby posługiwać się jedynie jednym lub drugim terminem („medycyna alternatywna” lub „medycyna komplementarna) w zależności od relacji do EBM, bowiem rodziłoby to dalszy, niepotrzebny chaos pojęciowy, i tak obecny w tym *universum*. Z kolei pojęcie „medycyna naturalna” definiowana jest jako „zbiór koncepcji, metod i technik terapeutycznych opierających się na siłach natury, przyrody i człowieka”.²⁴⁵ Tak np. W. Piątkowski również posługiwał się tym terminem we wczesnych etapach swych badań.²⁴⁶ Inna badaczka - A. Olchowska-Kotala zauważa, że warto byłoby się zastanowić przed zastosowaniem tego terminu, jak należy nazwać terapie pozostające poza medycyną naturalną

²⁴³ Frank R., Stollberg G.: Ayurvedic patients in Germany, *Anthropology & medicine* 2002, t. 9, nr 3, s. 223-244, doi: 10.1080/13648470216332 /dostęp 2.11.2022/

²⁴⁴ Penkala-Gawęcka D.: *Medycyna komplementarna w Kazachstanie...*, op. cit. s. 23.

²⁴⁵ Olchowska-Kotala A.: *Kto i dlaczego leczy się...*, op. cit., s.18.

²⁴⁶ Piątkowski W.: Medycyna naukowa wobec naturalnych sposobów leczenia. Konwergencja czy konfrontacja, *Studia Socjologiczne* 1981, nr 3 (82), s. 89- 101.

–„medycyna nienaturalna”? Ta propozycja wydaje się nie do przyjęcia biomedycyny, w konsekwencji nazwanie medycyny akademickiej „medycyną nienaturalną” jest nieakceptowalne. Z drugiej strony w ramach „medycyny opartej na dowodach” rozwijają się dziedziny, które podkreślają rolę naturalnych procesów autoimmunologicznych, np. medycyna behawioralna,^{247, 248} psychoneuroimmunologia, wiele receptur preparatów leczniczych opartych jest na substancjach pochodzenia roślinnego lub zwierzęcego. Wyłania się więc kolejna trudność z precyzyjnym wyznaczeniem granicy pomiędzy medycyną „akademicką” a „naturalną”.^{249, 250, 251, 252}

Dodajmy, że np. w Niemczech podjęto próbę doprecyzowania terminu „lecznictwo naturalne”. Tam „lecznictwo naturalne” jest integralną częścią medycyny.²⁵³ W jej ramach leczenie naturalne jest metodą, która odwołuje się do właściwych organizmowi sił leczących i porządkujących w celu ich aktywizacji. Posługuje się z reguły środkami lub zjawiskami występującymi w przyrodzie, prezentując całościowe podejście do człowieka pod względem diagnostycznym i (lub) terapeutycznym.”²⁵⁴

W tak przyjętej definicji widoczne jest „eksponowanie pacjenta jako holistycznej całości”. Przyjmuje się, że ten fakt ignorują lekarze, lecząc chory narząd, a nie psychosomatyczną całość, tak jak to czynią niekonwencjonalni terapeuci.²⁵⁵

Jednakże takie założenie nie jest do końca poprawne. Widać zmiany

²⁴⁷ Zob. Wiener M. J.: *Medycyna behawioralna*. Urban & Partner, Wrocław 1996.

²⁴⁸ Heszen I., Sęk H.: *Medycyna behawioralna*. [w:] *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 28- 30.

²⁴⁹ Olchowska-Kotala A.: *Kto i dlaczego leczy się...*, op. cit., s.18.

²⁵⁰ Piątkowski W.: *Naturalne sposoby leczenia...*, op. cit., s. 10- 15.

²⁵¹ Idem.: *From Medicine To Sociology...*, op. cit., s. 240- 241.

²⁵² Sokołowska M.: *Granice medycyny...*, op. cit., s. 252- 254.

²⁵³ Ciekawym przykładem jest zjawisko mesmeryzmu, który powstał na terenie Niemiec i Austrii w drugiej połowie XVIII wieku. Już wtedy ta akademicka doktryna medyczna uzyskała wielką popularność. Jednakże największe zainteresowanie mesmeryzmem w środowiskach medycznych miało miejsce w latach 20. XIX wieku. Było to związane m.in. z ideologią romantyzmu oraz spekulatywnymi tendencjami akademickiej filozofii i medycyny, głoszącymi przewagę życia duchownego nad fizycznym. Czynniki te doprowadziły do powstania na uniwersytetach niemieckich (Berlin, Bonn, Lipsk) specjalnych katedr magnetyzmu zwierzęcego, wchodzących w skład wydziałów lekarskich. Mesmeryzm stał się doktryną akademicką i został włączony do dydaktyki. W 1812 roku w Prusach przywrócono do łask lekarzy-magnetyzerów bowiem wcześniej (w 1775 r./) Pruska Akademia Nauk potępiła mesmeryzm i uznała go za mistyfikację). Płonka-Syroka B.: mesmeryzm. Od astrologii do bioenergoterapii. Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2007, s.111-112, 141-144.

²⁵⁴ Żórawska J., Morawski A., Trnka J., i in.: Aspekty bioetyczne medycyny niekonwencjonalnej w praktyce lekarza rodzinnego, *Acta Universitatis LODZIENSIS, Folia Sociologica* 30, 2003, s. 143- 144.

²⁵⁵ Eidem, s. 144.

w sposobie kształcenia przyszłych medyków oraz wśród praktykujących pracowników ochrony zdrowia, którzy starają się patrzeć na pacjenta całościowo, a nie tylko zajmują się danym narządem czy układem. Specjalizacja w medycynie jest nieunikniona, jednakże we współczesnej medycynie nie można uniknąć patrzenia na człowieka w sposób podmiotowo.

Groothius wspomina o „holistycznym modelu medycyny”. Jest to taki sposób uprawiania sztuki lekarskiej, który opiera się na całościowym spojrzeniu na człowieka, pełnej akceptacji zarówno wymiaru fizycznego, jak i duchowo-psychicznego zdrowia i choroby- „celem jest [...] nie tylko leczenie choroby, ale całej osoby- ciała, umysłu i ducha”.²⁵⁶ Podobne stanowisko zajmuje też Leon Jabłoński, który uważa, że medycynę można sklasyfikować dwojako; jako część wiedzy o otaczającym nas świecie- wtedy jest nauką o zdrowiu i chorobie człowieka oraz jako dziedzinę społecznej działalności. Tutaj Jabłoński mówi o „sztuce (umiejętności) leczenia”. A zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne jest wartością w każdej dziedzinie przez obecność w świecie materialnym i duchowym, rozważaniach filozoficznych, działalności praktycznej, wykrywaniu zależności przyczynowo- skutkowych istniejących w świecie materialnym i duchowym.²⁵⁷

Z kolei termin „paramedycyna” bywa odczytywany przez osoby praktykujące jako obraźliwy/dyskryminujący.²⁵⁸ Przedrostek „para” oznacza „niby”, „prawie”, „wskazuje na bycie czymś podobnym”, czasami tylko pozornie podobnym.²⁵⁹ Można się domniemywać, iż osoby praktykujące ten sposób leczenia nie chcą być postrzegane jako ktoś gorszy (to jest np.: „prawie specjaliści”). Stosowanie terapii nawiązujących częścią do tradycji kulturowej Chin, Egiptu, Indii itp. jest dla healerów po prostu praktykowaniem medycyny.

Chaos związany z mnogością nazw określających praktyki stosowane poza medycyną akademicką jest nieunikniony, bowiem sami

²⁵⁶ Pastuszek J.K.: *Komplementarność nauki i wiary na przykładzie medycyny naturalnej w Polsce*, [w:] A. Anczyk (red.), *Medicina Magica. Oblicze medycyny niekonwencjonalnej. Seria "Szkice z nauk i zdrowiu"*, TOM III. Wydawnictwo Instytutu Pracy i Zdrowia Środowiskowego i Autorzy, Sosnowiec 2011, s. 29.

²⁵⁷ Jabłoński L.: *Wiadomości wstępne*, [w:] L. Jabłoński, *Sanologia. Nauka o zdrowiu społeczeństwa*. Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Warszawa 1998, s. 8-10.

²⁵⁸ Olchowska-Kotala A.: *Kto i dlaczego leczy się...*, op. cit., s.18.

²⁵⁹ Słownik Języka Polskiego: przedrostek „para”. <https://sjp.pwn.pl/sjp/para;2498153.html> /dostęp 7.12.2021/

praktykujący nie są zgodni jakiego określenia należy używać, by w pełni oddać zakres działań. Taka sytuacja wiąże się z ewolucją owych technik przez stulecia, praktykowaniem ich na różnych obszarach geograficznych czy też wśród różnego kręgu kulturowego, które to nadają swoje nazwy adekwatne dla swojej społeczności.

2.3. Rozwiązania taksonomiczne przyjmowane w ramach polskiej socjologii medycyny

W polskiej socjologii medycyny od lat 90 tych XX wieku funkcjonuje termin „lecznictwo niemedyczne”, które definiowane jest jako: „działania podejmowane w celu utrzymania/przywrócenia zdrowia, które medycyną nie są, a wywodzą się z różnorodnych tradycji kulturowych i społecznych”.^{260,261} Autor który po raz pierwszy zdefiniował to pojęcie - Włodzimierz Piątkowski, wcześniej, tj. do 1988 r. posługiwał się określeniem „medycyna naturalna”, termin ten miał się odnosić do działań związanych ze zdrowiem i chorobą nie wchodzących w zakres zainteresowań medycyny akademickiej. W tym, wcześniejszym ujęciu „medycyna naturalna”, „oznacza: wszelkie działania podjęte w celu leczenia, których stosowanie nie wywołuje szkodliwych następstw w organizmie pacjenta, wykonywane metodami i technikami nie akceptowanymi (diagnoza tęczówki, terapia za pomocą tzw. świeżych komórek) lub akceptowanymi częściowo (hipnoza, akupunktura) przez oficjalną medycynę naukową”.²⁶² Przyjmuje się tu, iż medycynę naturalną mogą stosować zarówno osoby nieposiadające formalnego wykształcenia medycznego, z zastrzeżeniem, że cieszą się one w swoim środowisku opinią potrafiących leczyć efektywnie, jak również lekarze, którzy uznają te metody za skuteczne.²⁶³

W 1984 roku autor ten wprowadził inny termin dla opisu: „kompleksu zjawisk związanych z posługiwaniem się metodami, których biotechniczna skuteczność nie została dotąd wszechstronnie sprawdzona w ramach oficjalnej medycyny

²⁶⁰ Nowakowska L.: W stronę socjologii lecznictwa niemedycznego- zarys przedmiotu badań, *Hygeia Public Health* 2012, 47(3), s. 261.

²⁶¹ Piątkowski W.: *Beyond Medicine...*, op. cit., s. 42- 43.

²⁶² Idem: *Medycyna naukowa wobec...*, op. cit., s. 91.

²⁶³ *Ibidem*, s. 91.

technochemicznej” - „naturalne metody leczenia”.²⁶⁴

Od roku 1988 za podstawowe kryterium definiowania „lecznictwa niemedycznego” przyjęto m.in. cechy „ról społecznych” terapeutów, a także stopień aprobaty dla tych praktyk w danym społeczeństwie/społeczności. Dzięki temu udało się wyodrębnić trzy, podstawowe rodzaje lecnictwa niemedycznego i opisać jego strukturę wewnętrzną, która opiera się na trzech różnych formach leczenia: samolecznictwie, tradycyjnym (chłopskim) lecnictwie ludowym oraz praktykach współczesnych uzdrowicieli. W każdej w tych form można wyodrębnić obszary dotyczące diagnozy, etiologii chorób, zapobieganiu oraz terapii.^{265, 266, 267}

W 1998 roku został wprowadzony nowy termin „socjologia lecnictwa niemedycznego”, który od tego czasu jest rozwijany i poszerzany, co ukazuje, iż różne podejścia do leczenia i diagnozowania chorób, które wykraczają poza standardowe, akademickie metody jawią się jako ważne i rozległe zjawisko społeczne, szczególnie w kontekście społecznym, kulturowym, politycznym i instytucjonalnym.²⁶⁸

Z kolei termin „medycyna naturalna” wydaje się być również niefortunny, bowiem rzeczownik „medycyna” jest przypisany do konkretnej dziedziny nauki. Określenie to kojarzy się z tym co naturalne; trudno wyobrazić sobie by niektóre techniki i metody, którymi posługują się współcześni uzdrowiciele można było nazywać „naturalnymi”. Przykład instrumentalnej manipulacji tym terminem znajdujemy w terapiach uzdrowiciela Jerzego Zięby, który zaleca swoim pacjentom terapię m.in. z użyciem witaminy C.²⁶⁹

Z tych powodów definicję „medycyny naturalnej” W. Piątkowskiego z lat 80- tych XX wieku należy uznać za zbyt wąską, nie uwzględniającą np. roli samolecznictwa stosowanego

²⁶⁴ Idem.: *Naturalne sposoby leczenia...*, s. 16.

²⁶⁵ Idem, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce...*, op. cit., s. 38- 42.

²⁶⁶ Idem: *Lecznictwo niemedyczne w XX wieku*. Zakład Narodowy imienia Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź 1988, s. 8-9.

²⁶⁷ Idem, *Spotkania z inną medycyną*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1990, s.16-23.

²⁶⁸ Idem, *Lecznictwo niemedyczne*. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno- prawne, *Konteksty społeczne* 4 (2), s. 16-18.

²⁶⁹ Należy tutaj doprecyzować, iż sam Jerzy Zięba „od ponad dwudziestu lat zajmuje się medycyną komplementarną” i nie chce być postrzegany jako znachor czy antyszczepionkowiec. Jerzy Zięba: o mnie. <https://jerzyzieba.com/o-mnie> /dostęp 21.12.2021/

przez laików, którzy nie posiadają profesjonalnego doświadczenia w leczeniu, ani nie cieszą się zaufaniem społeczności lokalnej. Z tych ograniczeń zdawał sobie sprawę sam autor tego terminu.

A. Nowak uważa, że odwołanie się do natury przez entuzjastów CAM stanowi próbę „zdetronizowania nauki” i zajęcia jej miejsca przez metody uzurpatorskie. Posiadając monopol na odwoływanie się do natury/ekologii pozwala na manipulacje w trakcie debaty publicznej. Propagatorzy tych określeń zakładają bowiem, że to co naturalne, w potocznym rozumieniu, nie może być szkodliwe, niebezpieczne.²⁷⁰

Takich pejoratywnych skojarzeń nie budzi termin „lecznictwo” używany m.in. przez profesor Magdalenę Sokołowską w książce „Granice medycyny”. Sokołowska używa go do opisanego systemów znajdujących się poza euroamerykańskim kręgiem kulturowym, np. w obrębie: systemu chińskiego, hinduskiego, meksykańskiego itp.²⁷¹

Wydaje się zatem, że istnieją powody wskazujące, iż właściwym (choć nie idealnym) terminem dla praktyk niezaliczanych do oficjalnej medycyny jest pojęcie - „lecznictwo niemedyczne”. Należy przy tym zwrócić uwagę, iż odrzucono w ramach tego stanowiska stosowanie pojęcia „medycyna”, co związane jest z szeregiem specyficznych kryteriów jakościowych przypisanych wyłącznie definicji tej nauki, m.in.: skodyfikowany status naukowy (spójny system wiedzy o zdrowiu, chorobie i procesach leczenia); stan prawny regulujący daną formę leczenia na terenie konkretnego kraju czy też istnienie podstaw deontologiczno-etycznych.²⁷² Youngson podkreśla, że medycyna opiera się na zasadach powszechnie akceptowalnych i stosowanych jednolicie jako standardy i procedury, które odnoszą się do wzorów postępowania lekarskiego.²⁷³ Z kolei Penkala-Gawęcka uważa, iż termin „medycyna” („medycyna alternatywna”) broni się „tradycją” stosowania w etnologii i antropologii kulturowej, zmiennością zakresu wiedzy i praktyki lekarskiej oraz brakiem ściśle wyznaczonych granic pomiędzy

²⁷⁰ Nowak A. W.: Demokratyzacja debaty publicznej nad medycyną niekonwencjonalną, *Studia Metodologiczne* 2013, nr 30, s. 246-247

²⁷¹ Sokołowska M.: *Granice medycyny...* s. 255- 256.

²⁷² Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce...*, op. cit., s. 43, 46, 58.

²⁷³ Youngson R. M.: hasło „diagnoza”, [w:] *Słownik encyklopedyczny. Medycyna*. Wyd. RTW, Warszawa 1997, s. 107.

biomedycyną a innymi tradycjami leczniczymi. Z drugiej strony nie jest uprawnionym zabiegiem arbitralne oddzielenie „medycyny” od „nie-medycyny” i zastąpieniem tego terminu jedynym słusznym synonimem „lecznictwo”; bowiem nie jest to „*evidence based medicine*”, więc na miano medycyny według Piątkowskiego nie zasługuje.²⁷⁴ Jednakże czy te argumenty działają na rzecz niestosowania terminu „medycyna”? Piątkowski w swojej klasyfikacji uwzględnił kulturową spuściznę przeszłości jaką stanowi tradycyjna kultura chłopska.²⁷⁵ Tradycyjne, wiejskie leczenie ludowe i „domowe” samolecznictwo dalekie są od cech i charakteru medycyny akademickiej, albowiem „medycynę uniwersytecką” opartą na dowodach naukowych cechuje działalność pozwalająca na jednoznaczne i ściśle opisywanie wyników procesu poznawczego, korzystanie z rygorów metod statystyki i logiki rozumowania naukowego, stosowanie jednolitej metodologii procesu poznawczego oraz standardowej taksonomii. Natomiast wiejskie leczenie ludowe i samolecznictwo uważane jest za działalność intuicyjną, zdroworozsądkową, spontaniczną, opiera się na metodzie prób i błędów itp. Zgodnie z tym stanowiskiem termin „tradycyjne, chłopskie leczenie ludowe” nie może być mieszany i zastępowany pojęciem „medycyna ludowa”, albowiem nie spełnione są w tym przypadku standardowe, respektowane kryteria „bycia nauką”,²⁷⁶ zatem prawidłowe byłoby stosowanie określenia „tradycyjne, chłopskie leczenie ludowe”. Z kolei uzdrowiciele tzw. „healerzy” najczęściej korzystają z tradycji leczenia stosowanego w innych kulturach, np. Dalekiego Wschodu.^{277, 278} Niefortunność określeń stosowanych w kontekście leczenia poza oficjalną medycyną wprowadza nieporozumienia i ograniczenia. Przy dokonywaniu opisu różnorodnych praktyk leczniczych konieczne jest uwzględnienie kulturowej spuścizny. Wydawać by się mogło, że to stanowisko Piątkowskiego pomija w swojej klasyfikacji fakt, iż wiejskie leczenie ludowe jest nierozdzielnie

²⁷⁴ Penkala-Gawęcka D.: [rec.] „*Lecznictwo niemedyczne w Polsce: tradycja i współczesność: analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*”, Włodzimierz Piątkowski, Lublin 2008, LUD, Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego i Komitetu Nauk Etnologicznych PAN, T. 94 (2010), s. 458.

²⁷⁵ Brysiewicz A.: *Znaczenie elementów taumatycznych w leczeniu ludowym i w wybranych doktrynach medycyny akademickiej*, [w:] M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórkowska, W. Piątkowski (red.), *Szkice z socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998, wyd. I, s. 103.

²⁷⁶ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce ...*, op. cit., s. 185.

²⁷⁷ Ibidem, s. 40- 42.

²⁷⁸ Idem.: *Beyond Medicine. Non- Medical Methods ...*, op. cit., s. 47- 49.

związane z samolecznictwem i nie ograniczało się tylko do praktyk wiejskich uzdrowicieli czy też znachorów; bowiem kobiety na wsiach również praktykowały samolecznictwo^{279, 280} A znachorzy „miejscy” również odgrywali swoją rolę w systemie wzajemnej, nieprofesjonalnej pomocy.

W. Piątkowski nie neguje obecności samolecznictwa w ramach tradycyjnego wiejskiego lecznictwa ludowego. Podkreśla równocześnie fakt, że przede wszystkim kobiety ze względu na wiedzę dotyczącą fizjologii ciąży, porodu, połogu itp. są pierwszymi osobami, które pełnią rolę znawców „domowej medycyny”.²⁸¹ (Samolecznictwem, jak sam termin wskazuje mógł się zajmować każdy, tu nie trzeba „specjalistycznych”, „fachowych” kompetencji. Stosowano je w przypadku chorób już wcześniej znanych i z powodzeniem dawniej leczonych w warunkach domowych; znachorzy byli potrzebni wtedy gdy potoczna „wiedza” i „umiejętności techniczne” nie wystarczały to chorobę kwalifikowano jako poważną, szybko postępującą, zagrażającą życiu pacjenta).

W drugim członie tego terminu zaproponowanego przez tego Autora spotykamy przymiotnik „niemedyczny”, co może zrodzić kontrowersje dotyczące podwójnej negacji i adekwatności jego stosowania.^{282, 283, 284} Jednakże należy pamiętać, iż omawiana definicja socjologiczna odnosi się jedynie do europejskiego kręgu kulturowego, w którym podwójne zaprzeczenie jest m.in. swoistą „wizytówką językową” odróżniającą język polski od innych języków niesłowiańskich m.in. z grupy germańskiej czy anglosaskiej.

Dyskusja wskazuje, że termin „lecznictwo niemedyczne” budzi pewne wątpliwości, szczególnie wśród historyków medycyny, albowiem definicja pojęcia „medycyna” jest różna i uzależniona od epoki. Powoduje to konieczność określania w sposób ciągły praktyk pozostających poza kontrolą nauk lekarskich. Problematyczne

²⁷⁹ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce...*, op. cit., s. 204- 209.

²⁸⁰ Penkala-Gawęcka D.: [recenzja] *„Lecznictwo niemedyczne...”, s. 459.*

²⁸¹ Piątkowski W.: *„Lecznictwo” niemedyczne- wyzwania dla współczesnej medycyny*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem?...*, op. cit., s. 134.

²⁸² Penkala-Gawęcka D.: *Medycyna komplementarna...*, op. cit., s. 24.

²⁸³ Słownik Języka Polskiego: hasło: „podwójne przeczenie” <https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/Podwojne-przeczenie:16550.html> /dostęp 23.11.2020/

²⁸⁴ Penkala-Gawęcka D.: [recenzja] *„Lecznictwo niemedyczne...”, op. cit., s. 458.*

jest również zestawienie terminu „lecznictwo” jako antonimu dla „medycyny”.²⁸⁵ Np. J. Jeszke uważa, że tradycyjna polska historiografia medyczna zazwyczaj podkreśla tożsamość obu pojęć. Można mówić jedynie o „racjonalności” i „nieracjonalności” rozwoju „lecznictwa- medycyny.”²⁸⁶

Przytoczone argumenty pokazują jak bardzo problematycznym procesem jest definiowanie pojęcia „medycyna komplementarna i alternatywna”/”lecznictwo niemedyczne”, w taki sposób by nie okazało się jedynie „kalką językową” z obcego języka. A przy tym należałoby zachować różnice kulturowe specyficzne dla danego kraju czy też kręgu kulturowego.

2.4. Medycyna oparta na dowodach (EBM) a lecznictwo niemedyczne (CAM)

Próby definiowania praktyk niezaliczanych do oficjalnej medycyny powstają i pozostają w relacji do przyjętych cech charakteryzujących naukowe standardy leczenia. Analiza lingwistyczna jest istotna, bowiem wyznacza semantyczne skojarzenia oraz ładunek emocjonalny. Należy skłonić się do stanowiska wyodrębniającego trzy podstawowe, „rozstrzygające” kryteria jakościowe, które prowadzą do rozróżnienia lecznictwa niemedycznego (CAM) od medycyny akademickiej (EBM): status naukowy, status prawny, a także posiadanie/nieposiadanie spójnego kodeksu etycznego.²⁸⁷

2.4.1. Status naukowy CAM vs. EBM

Pierwszą jakościową różnicą jest status naukowy lecznictwa pozostającego poza obszarem medycyny akademickiej. Wydzielić można tu części składowe odnoszące się do określeń związanych ze zdrowiem, chorobą oraz procesami leczenia w każdym z nurtów „medycyny alternatywnej i komplementarnej” (samolecznictwa, tradycyjnego chłopskiego lecznictwa ludowego, praktyk współczesnych uzdrowicieli). Metody i praktyki stosowane w ramach CAM na terenie Europy i Ameryki Północnej oparte są na względnie spójnym i skodyfikowanym systemie

²⁸⁵ Jeszke J.: *Historyczne źródła współczesnych nurtów lecznictwa niemedycznego i ich społecznej akceptacji*, [w:] M. Libiszowska-Zółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórowska, W. Piątkowski (red.), *Szkice z socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998, wyd. I.

²⁸⁶ Ibidem, s. 65.

²⁸⁷ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce...*, op. cit., s. 39.

wiedzy o zdrowiu, chorobie i procesach leczenia, jednakże dopiero w latach 90. XX wieku zostały podjęte próby oszacowania realnych korzyści płynących z ich stosowania. Testy ewaluacyjne nie dały jednoznacznych odpowiedzi i przekonujących dowodów, które dokumentowały by biomedyczną skuteczność metod stosowanych przez uzdrowicieli i znachorów. Badania przeprowadzone przez J. Traveyan i B. Booth wskazują, iż nie ma dowodów na efektywność 14 najpopularniejszych metod leczenia stosowanych przez CAM. Należy dodać, że nie wzięto w tym badaniu pod uwagę skutków działania placebo czy też procesów samozdrowienia).^{288, 289} Większość metod praktykowanych przez uzdrowicieli w tym m.in. określane jako: „energia kosmiczna”, „rozmaite rodzaje bioenergii, „ciała astralne” „siły duchowe” itd. nie można poddać standardowym kryteriom oceny stosowanym w naukach przyrodniczych; co z kolei w znacznym stopniu utrudnia weryfikację (konfirmację lub falsyfikację) ich skuteczności. Nieakceptowalne jest wyłączenie dużej grupy masowo świadczonych usług zdrowotnych z obowiązku poddawania się merytorycznej (naukowej) prawnej oraz społecznej kontroli.^{290, 291} Obecnie obserwuje się stopniowy wzrost społecznej aprobaty dla terapii niesprawdzonych naukowo, m.in. z zakresu akupunktury w których to brakuje przekonujących dowodów będących efektem prób randomizowanych. Stwierdzono, że akupunktura leczy jedynie wybrane dolegliwości np. nudności i wymioty pooperacyjne i po chemioterapii oraz ból przy usuwaniu zęba. Natomiast skuteczności tej metody nie potwierdzono w wielu innych schorzeniach, niemniej jest ona akceptowana i stosowana mimo tych wątpliwości. Decydujące okazały się pozytywne doświadczenia i aprobaty ze strony pacjentów, terapeutów i niektórych lekarzy.²⁹²

W celu ewentualnego włączenia niektórych metod i zabiegów nie uznawanych przez medycynę akademicką należałoby poddać je większej liczbie randomizowanych prób klinicznych,

²⁸⁸ Traveyan J., Booth B.: *Medycyna niekonwencjonalna. Prawdy i mity*. PZWL, Warszawa 1998, s. 237- 239.

²⁸⁹ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce...*, op. cit., s. 44.

²⁹⁰ Ibidem, s. 44.

²⁹¹ Piątkowski W., Zalewska P.: *Laickie diagnozy...*, op. cit., s. 122- 123.

²⁹² Jonas W. B., J. S. Levin J. S. (red.): *Ocena medycyny komplementarnej i alternatywnej: Rzetelność naukowa a pragmatyzm terapeutyczny* [w:] *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2000, s. 67- 68.

które byłyby poprzedzone badaniami pilotażowymi. Jonas i Levin uważają, iż do porównania postępowań i metod leczniczych należy wykorzystać postępowania i metody uznawane przez medycynę profesjonalną. Powinno się stronić od badań z użyciem placebo, a metody i postępowania winny się cechować metodologiczną reprezentatywnością.²⁹³

Obecnie można spotkać niewielką liczbę randomizowanych badań związanych z technikami i metodami w obrębie CAM, a z drugiej strony szacuje się, iż popularność metod nieakceptowanych przez środowiska akademickie będzie rosła. Jednakże należy spodziewać się, że tylko niektóre techniki i metody doczekają się ewentualnych badań opartych na dowodach naukowych. Niestety należy wziąć pod uwagę fakt, iż badania naukowe mogą nie wyjaśnić wszystkich kwestii związanych z CAM. Należy tutaj traktować naukę (badania naukowe) jako środek do oceny skutecznego leczenia, a także do obnażenia wątpliwych czy szkodliwych praktyk. To za jej pomocą osoby potrzebujące „uleczenia” winny testować i oceniać wszelkie proponowane interwencje, a także ich skuteczność. Osoby pracujące z pacjentami powinny traktować wiedzę naukową jako podstawową zasadę podczas kontaktu z osobą chorą.

Zrozumienie badanych zjawisk stale ewoluuje, ulega zmianie, związane jest to z odkrywaniem nowych faktów wynikających z przeprowadzanych badań. Jednym z powodów nieufności dla badań naukowych może być fakt, iż nauka nie proponuje „szybkich rozwiązań”, a sam proces gromadzenia danych jest żmudny i powolny, przez co rozciągnięty w czasie. Ludzie niezwiązani z nauką nie są w stanie w pełni zrozumieć złożoności i etyki metodologii badań. A badania naukowe mogą nie być zgodne ze „zdrowym rozsądkiem” lub konwencjonalną mądrością. Nauka podaje fakty w formie neutralnej, nie wartościuje ich na „dobre” lub „złe” co może spotykać się z ambiwalentnym przyjęciem. Przy braku nadziei na wyleczenie danej przypadłości łatwiej jest przyjąć prawdę, która opiera się na mistycyzmie, która daje szansę i wiarę w uleczenie niżeli wysłuchać opinii, która jest sprawdzona w sposób naukowy. Jej „wadą” może być odebranie złudzeń na szybką terapię zakończoną sukcesem.

²⁹³ Ibidem, s. 68.

Należy przyjąć, iż w dzisiejszym świecie nie można uciec od wszelakich prób testowania, mierzenia, badania różnych metod leczenia. Taki stan jest zjawiskiem pozytywnym dla pacjenta, ponieważ ukazuje skuteczność, a także ryzyko w obrębie danej metody leczenia. Jednakże odbiera się przy tym element taumatologiczny, który jest nieodzowny w życiu człowieka.

2.4.2. Różnice w statusie prawnym CAM i EBM

Kolejne kryterium różnicujące medycynę akademicką (EBM) od lecznictwa niemedycznego (CAM) dotyczy stanu prawnego, regulującego status obu sposobów leczenia praktykowanym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. W naszym kraju nie istnieją regulacje prawne, które w sposób bezpośredni oraz całościowo odnosiłyby się do praktyk związanych z lecznictwem pozostającym poza obszarem medycyny akademickiej. Takie regulacje odnaleźć można jednak np.: w Ustawie o zawodzie lekarza, czy Kodeksie Etyki Lekarskiej, oraz prawie farmaceutycznym. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 57 informuje, że: „lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień”.²⁹⁴ Ponadto w art. 58 Ustawy o zawodzie lekarza zapisane jest, że: „kto bez uprawnień udziela świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób oraz ich leczeniu, podlega karze grzywny”, a także „jeżeli sprawca czynu określonego w ust. 1 działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej albo wprowadza w błąd co do posiadania takiego uprawnienia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.”²⁹⁵ Polska, jako jeden z nielicznych krajów Unii Europejskiej, nie posiada takiego prawodawstwa dotyczącego działalności uzdrowicieli. Konsekwencją braku całościowej regulacji legislacyjnej jest możliwość dokonania wpisu do ewidencji działalności gospodarczej; co umożliwia legalne prowadzenie „gabinetów”

²⁹⁴ Kodeks Etyki Lekarskiej https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf/dostęp 7.12.2021/

²⁹⁵ Ustawa o zawodzie lekarza <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj.pdf>/dostęp 7.12.2021/

i „klinik” świadczących usługi „paramedyczne”.^{296, 297, 298}

Znamienny jest przykład studenta szóstego roku medycyny, Wojciecha R., studiującego w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (WUM), który obiecywał wyleczenie raka w 42 dni sokiem z buraka, alkaliczną wodą czy też pestkami moreli. Uważał on m.in., iż chemioterapia jest szkodliwa, a „szczepienia to rujnowanie swojego zdrowia”. Twierdził, że należy porzucić medyczne sposoby leczenia raka na rzecz metod alternatywnych, tj. medycyny naturalnej. Student reklamował swoją działalność i udzielał porad w Internecie (na stronie Warsztat Dobrego Słowa), korzystając z nieistniejącego tytułu lekarza medycyny holistycznej. Grono studenckie zaalarmowało uczelnię na początku czerwca 2017 roku. Sprawę bada rzecznik dyscyplinarny WUM. Wojciech R. usunął ze swojej strony internetowej najbardziej kontrowersyjne treści, dopiero po uzyskaniu nieprzychylnego rozgłosu;²⁹⁹ jednakże przepis na sok z buraka nadal widnieje na jego stronie Internetowej z zastrzeżeniem, iż jest to „schemat niemedyyczny i nienaukowy, według bieżących standardów”.^{300, 301} Z kolei Jerzy Zięba, z wykształcenia inżynier mechanik, promuje wlew z witaminą C (najlepiej prosto do serca) jako remedium na raka i sugeruje przerywanie chemioterapii.³⁰² M. Napiórkowski uważa, że „w swojej książce [Ukryte terapie. Czego lekarz ci nie powie] Jerzy Zięba bezbłędnie zdiagnozował największą bolączkę polskiego pacjenta. Nie jest nią niedobór witaminy C, lecz brak poczucia sensu. Zaplątani w gąszcz niezrozumiałych procedur i bezdusznych instytucji nie rozumiemy tego, co się z nami dzieje. A bez poczucia zrozumienia – jak w pełni słusznie zauważa Zięba – nie ma prawdziwego leczenia pacjenta. Jest tylko leczenie

²⁹⁶ Piątkowski W.: Lecznictwo niemedyczne. Wybrane aspekty socjologiczne i ..., op. cit., s. 16.

²⁹⁷ Idem: Lecznictwo niemedyczne w Polsce..., op. cit., s. 56.

²⁹⁸ Piątkowski W., Tarkowski Z.: *Leczenie niemedyczne*, [w:] Z. Tarkowski (red.), *Patologia mowy*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, s. 443- 449.

²⁹⁹ Karpieszuk W.: *Znachor z Uniwersytetu. Leczył raka sokiem z buraka*. 24.06.2017

<https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,22002330,znachor-z-uniwersytetu-leczy-raka-sokiem-z-buraka.html> /dostęp 8.12.2021/

³⁰⁰ Rak Znika W 42 Dni? Przepis Na Sok, Co Wyleczył Ponad 45 Tysięcy Osób- Wierzyć W To?

<https://www.warsztatdobregoslowa.pl/rak-znika-w-42-dni-przepis-na-sok-co-wyleczy-l-ponad-45-tysiecy-osob-wierzyc-w-to/> 1.07.2021 /dostęp 21.04.2021/

³⁰¹ Student medycyny: „pokonaj raka sokiem z buraka”. <https://www.rynekapteku.pl/po-godzinach/student-medycyny-pokonaj-raka-sokiem-z-buraka,20800.html> /wejście 21.04.2021/

³⁰² Newsweek: *Witamina C na raka. Bo „żadna chemia nie poradzi”*. Byliśmy na wykładzie Jerzego Zięby. 5.11.2018 <https://www.newsweek.pl/witamina-c-na-raka-bo-zadna-chemia-nie-poradzi-bylismy-na-wykladzie-znachora-gerzego/e9de5dg> /dostęp 8.12.2021/

objawów”.³⁰³ Działalność Jerzego Zięby jest odpowiedzią na brak zaufania do tego co państwowe. Jerzy Zięba nie wykorzystuje swoich kanałów społecznościowych do promowania własnych produktów; bardziej widoczne jest atakowanie i dyskredytowanie instytucji medycznych lub lekarzy, a także podważanie stanu wiedzy medycznej. W listopadzie 2018 roku zamieścił na Facebooku obraźliwy wpis dotyczący lekarzy,³⁰⁴ którzy to wytoczyli mu proces, a sąd w Poznaniu wymierzył Ziębie, za zniesławienie, karę pozbawienia wolności w postaci prac społecznych i nakazał przeprosić lekarzy. Przeprosiny nie doszły do skutku, bowiem skazany złożył sprzeciw od wyroku i zdecydował się na proces w normalnym trybie.³⁰⁵ Całą sprawę opisało poznańskie wydawnictwo termedia.pl w artykule pt. „Jerzy Z. skazany”. Po publikacji owego artykułu Zięba wytoczył proces wydawnictwu o naruszenie dóbr osobistych. Z sentencji dowiadujemy się, iż wydawnictwo termedia.pl jest zobowiązane do przeproszenia Jerzego Zięby, bowiem nie został on skazany; przeprosiny mają dotyczyć także sformułowania „znachor” użytego w artykule, ponieważ „pan Jerzy Zięba nie jest również znachorem”.³⁰⁶

Sąd Najwyższy w 2015 roku orzekł, iż lekarz nie może aplikować pacjentom metod nie sprawdzonych naukowo, nawet gdyby nie były one dla nich szkodliwe lub bez wartości. Uznał winę lekarki Marleny K. i stwierdził naruszenie art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Lekarka z Poznania, stosowała chelatację³⁰⁷ w ramach leczenia miażdżycy. Aplikowała chelatację przez osiem lat, a koszt jednej kroplówki wahał się od 100 do 150 zł. Sąd II instancji - Naczelny Sąd Lekarski w 2017 r. utrzymał orzeczenie sądu I instancji i dodał, iż działania lekarki były sprzeczne z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, bowiem lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami

³⁰³ Orzechowski H.: *Witamina C za 140 zł. Jak robi biznes Jerzy Zięba*. 01.08.2018

<https://www.money.pl/archiwum/wiadomosci/artykul/jerzy-zieba-witamina-c,30,0,2412318.html> /wejście 21.04.2022/

³⁰⁴ Konarska I.: *Pan Jerzy Zięba nie jest znachorem orzekł sąd*. Termedia 28.10.2021 <https://www.termedia.pl/mz/Pan-Jerzy-Zieba-nie-jest-znachorem-orzekl-sad,44190.html> /dostęp 21.04.2022/

³⁰⁵ Ibidem.

³⁰⁶ Piasecka J.: *„Jerzy Zięba nie jest znachorem”*. Sąd pierwszej instancji ogłosił wyrok w sprawie, którą Zięba wytoczył poznańskiemu wydawnictwu Termedia. Głos Wielkopolski 29.10.2021 <https://gloswielkopolski.pl/jerzy-zieba-nie-jest-znachorem-sad-pierwszej-instancji-oglosil-wyrok-w-sprawie-ktora-zieba-wytoczyl-poznanskiemu-wydawnictwu/ar/c1-15877369> /dostęp 23.04.2022/

³⁰⁷ Chelatacja polega na dożylnym podawaniu czynników, m.in. kwasu wersenowego (EDTA) który stosuje się przy zatruciu metalami ciężkimi w celu usunięcia trucizny z organizmu.

zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Linią obrony było twierdzenie, iż metoda medyczna jest stosowana od 50 lat i uznaje ją Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej lekarzy dr Grzegorz Wrona oświadczył, że działania lekarki są oznaką braku szacunku dla pacjentów. Marlena K. nie powinna stosować metod niesprawdzonych naukowo, gdyż te działania naruszają uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) z listopada 2009 roku zakazującą stosowania chelatoterapii.³⁰⁸ Skuteczność tej metody nie została potwierdzona naukowo.³⁰⁹ Sąd Najwyższy oddalił kasację obrońcy, ponieważ nie doszło do „rażącego naruszenia prawa”. Lekarce nie zarzucono stosowania metod szkodliwych czy bezwartościowych, ale łamanie standardów etyki, które mówią o leczeniu metodami naukowo potwierdzonymi.³¹⁰ Innym przykładem nieetycznego procederu jest kazus „znachora z Kaszub”- posła Tomasz D., który wymyślił lek, „dzięki któremu pozbędzie się wirusa w 5 minut”. Swój lek proponował osobom zakażonym koronawirusem SARS-CoV-2, a także chorym na raka, cukrzycę czy też stwardnienie rozsiane. W zamian za udostępnienie leku wymagał wpłaty na konto swojej fundacji „Stop dla raka”. W skład preparatu wchodziła astaksantyna, czyli związek pochodzący z alg morskich, oraz woda ze srebrem.³¹¹ By uwiarygodnić swoją metodę Tomasz D. wyraził zgodę na zakażenie koronawirusem w programie telewizyjnym emitowanym na żywo. Następnie miałby wyleczyć się jedną kapsułką, popijając ją wodą o zmienionej strukturze.³¹² W 2021 roku Łukasz Mejza, założyciel firmy farmaceutycznej, poseł, został oskarżony o oferowanie osobom nieuleczalnie chorym wyjazdu na zagraniczną terapię opartą na komórkach macierzystych. Terapia nie została zweryfikowana naukowo.³¹³ ³¹⁴ Poseł został zdymisjonowany.³¹⁵ Korzystanie z metod

³⁰⁸ Żaczkiewicz-Zborska K.: *SN: medycyna alternatywna będzie zawsze karana*. 09.02.2018 Prawo.pl:

<https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/sn-medycyna-alternatywna-bedzie-zawsze-karana,73830.html> /dostęp 9.12.2021/

³⁰⁹ Ibidem.

³¹⁰ Ibidem.

³¹¹ Wojciechowski P.: *Uzdrowiciel z Kaszub, były działacz PSL, zatrzymany przez policję. Twierdził, że ma lek na koronawirusa*. 20.04.2020 <https://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/7,35612,25903325,uzdrowiciel-z-kaszub-byly-dzialacz-psl-zatrzymany-przez-policje.html> /dostęp 9.12.2021/

³¹² Ibidem.

³¹³ Wroński P.: *Łukasz Mejza nie jest przykładem patologii systemu. Jest jego istotą*. Wyborcza.pl 9.12.2021

<https://wyborcza.pl/7,75398,27895462,lukasz-mejza-nie-jest-przykladem-patologii-systemu-jest-jego.html> /dostęp 10.12.2021/

nieakceptowalnych przez medycynę akademicką może doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia lub śmierci pacjenta. W 2014 roku półroczna dziewczynka zmarła z powodu niedożywienia i zaniedbania. Przyczyną tego stanu było stosowanie się rodziców do zaleceń znachora z Nowego Sącza, który doradzał m.in. żywienie dziecka kozim mlekiem rozcieńczonym w wodzie. Mężczyzna został oskarżony o „sprawstwo kierownicze”, bowiem jego porady miały doprowadzić do śmierci dziewczynki, a także odpowiadał za udzielanie porad lekarskich bez wymaganych uprawnień. Został skazany na 3,5 roku więzienia, a także karę grzywny w wysokości 8 tys. zł i przepadek korzyści uzyskanych z tytułu jego znachorskich porad w kwocie 61 tys. 720 zł.³¹⁶

Zakres, w którym oddziaływanie CAM są zgodne z prawem jest trudny do określenia. Dokładniejsza analiza przepisów z różnych dziedzin prawa skutkuje stwierdzeniem, iż jest on wąski. Nie ma wystarczających regulacji przy których udzielono by jednoznacznych odpowiedzi na pytanie czy dana, konkretna czynność, wykonywana przez osobę o określonej profesji oraz kwalifikacjach jest działaniem podejmowanym zgodnie z literą prawa. Różna możliwość wykładni przepisów prawnych jest jedną z przyczyn trudności w ustaniu granic legalności działań pozostających bez konsekwencji ze strony prawa. W tym przypadku wydaje się, że głównym nurtem w interpretacji przepisów prawa powinno być dobro pacjenta. Można obiektywnie określić zagrożenia, które dane działanie ze sobą niosą, a także obserwować skutek interwencji. Głównym kryterium zgodności z prawem powinny być konsekwencje, jakie dane działanie skutkuje w praktyce, w tym szkody materialne, jak i niematerialne.

2.4.3. Kwestie etyczne różnicujące CAM i EBM

Kolejną różnicą jakościową pozwalającą odróżnić medycynę akademicką, opartą na dowodach, od „medycyny komplementarnej i alternatywnej” są aspekty etyczne. Karta Praw

³¹⁴ Rzeczpospolita: *Nieoficjalnie: Łukasz Mejza wezwany przez CBA. Terlecki: niech się zawiesi*. 9.12.2021 <https://www.rp.pl/polityka/art19181631-nieoficjalnie-lukasz-mejza-wezwany-przez-cba-terlecki-niech-sie-zawiesi> /dostęp 10.12.2021/

³¹⁵ Wroński P.: *Łukasz Mejza traci stanowisko w rządzie*. Wyborcza.pl 22.12.2021

<https://wyborcza.pl/7,75398,27941480,lukasz-mejza-traci-stanowisko-w-rzadzie.html> /dostęp 26.04.2022/

³¹⁶ Dziennik. Gazeta Prawna: *Znachor z Nowego Sącza winny śmierci dziewczynki; sąd podtrzymał wyrok*. 20.06.2018 <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/1143267.znachor-z-nowego-sacza-winny-smierci-dziewczynki.html> /dostęp 12.12.2021

Pacjenta gwarantuje chorym „prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, [...]”, a także „do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych jawnej procedury... [...]”.³¹⁷ T. Brzeziński podkreśla, że prawo pacjenta do leczenia musi być realne i nie może kolidować z innymi prawami.³¹⁸ Można tutaj przywołać przykład lekarza homeopaty, który stosował metody niezgodne z Kodeksem etyki lekarskiej. W obecnym systemie prawnym homeopatia nie została wskazana w Załączniku mówiącym o wykazie specjalizacji i lekarzy i lekarzy dentystów.³¹⁹ Jednakże paradoksalnie leki homeopatyczne są dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 roku o Prawie farmaceutycznym.³²⁰ Zapis w ustawie został niefortunnie skonstruowany, w wyniku czego leki homeopatyczne zostały uznane za produkty lecznicze.^{321, 322} „To pozwala na przyjęcie, iż w takiej sytuacji prawnej stosowanie homeopatii jest w Polsce legalne. Leki homeopatyczne są równoprawnymi lekami, bo przed zarejestrowaniem spełniły wymogi polskiego prawa, a przy ich rejestrowaniu musiało być znane ich działanie, także ewentualne działania niepożądane. Zatem pozwala to na przyjęcie, że metoda związana ze stosowaniem homeopatii jest znana i nie jest bezwartościowa.”³²³ Naczelna Rada Lekarska wydała w 2008 i 2014 roku apele, w których wyrażała zaniepokojenie zaangażowaniem lekarzy oraz niektórych organizacji lekarskich w propagowanie homeopatii i innych metod pokrewnych. Zobowiązała również lekarzy do przeciwstawienia się takim praktykom.^{324, 325, 326} NRL negatywnie oceniła zjawisko stosowania

³¹⁷ Art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89.

³¹⁸ Brzeziński T.: Karta Praw Pacjenta- spodziewane korzyści i niebezpieczeństwa. Pro Medico. *Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Katowicach*, listopad 1996, numer specjalny: etyka, s. 11.

³¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Dz. U. Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.

³²⁰ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U.2021.1977

³²¹ Ibidem.

³²² Prawo.pl: Odpowiedzialność na podstawie Kodeksu Etyki Lekarskiej za stosowanie niezgodnych z zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej terapii. 01.06.2011 <https://www.prawo.pl/zdrowie/odpowiedzialnosc-na-podstawie-kodeksu-etyki-lekarskiej-za-stosowanie-niezgodnych-z-zapisami-kodeksu-etyki-lekarskiej-terapii,237040.html> /dostęp 15.11.2021/

³²³ Ibidem.

³²⁴ Wesołowska A.: *Izba Lekarska kontra homeopaci- 1:0*. Termedia. <https://www.termedia.pl/mz/Naczelnia-Izba-Lekarska-kontra-homeopaci-1-0,27273.html> /dostęp 26.01.2022

homeopatii i pokrewnych metod, które nie są zaliczane w poczet medycyny akademickiej, a także wyraziła niepokój sytuacją, w której część lekarzy i lekarzy dentyków oraz niektóre organizacje lekarskie i uczelnie medyczne włączają się w popularyzację w/w metod współorganizując szkolenia i udzielając pomocy podczas działań mających na celu legitymizowanie, a także promocję homeopatii. Naczelna Rada Lekarska orzekła, iż takie działania stoją w sprzeczności z art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej.³²⁷

Przepisy ustawy i Kodeksu Etyki Lekarskiej pozwalają organom samorządu lekarskiego na podjęcie kroków dyscyplinarnych i karnych w stosunku do lekarzy praktykujących metody zaliczane w poczet lecznictwa niemedycznego. Jednakże obecnie skala działań samorządów jest niewystarczająca. Należałoby się spodziewać w przyszłości większego zaangażowania Naczelnej Izby Lekarskiej w debacie nad CAM.

Przyjmuje się, że jedną z różnic między EBM a CAM jest m.in.: brak istnienia na obszarze medycyny niekonwencjonalnej jednolitego, spójnego kodeksu etycznego, który byłby powszechnie stosowany i respektowany przez niekonwencjonalnych terapeutów. Jednakże można zauważyć formowanie się pierwszych form systemu zasad etycznych „dedykowanych” poszczególnym metodom CAM, np.: Szkoła Zen Reiki w Polsce posiada Kodeks Etyki praktyka terapii naturalnych. Kodeks Etyki podzielony jest na działy, w których można znaleźć reguły postępowania oraz nakazy i zakazy, a także obowiązki dla osób wykonujących tego typu działalność. W kodeksie można doszukać się reguł postępowania w przypadku nieprawdziwych, nierzetelnych i mylących informacji; reklam, które mają na celu manipulację lub oszustwo. Praktyk terapii manualnych powinien m.in. stosować metody diagnozowania i terapii, które nie stoją w konflikcie do wiedzy o medycynie naturalnej i medycznej. Jest zobowiązany do starań by pacjent posiadał pełną

³²⁵ Brodziak A., Kukowska G., Lejman K., Sobczuk P.: Stan prawny i rozwiązania legislacyjne dotyczące medycyny alternatywnej i komplementarnej na świecie. Polska Liga Walki z Rakiem, Warszawa 2018, s. 42-43.
<https://issuu.com/pawesobczuk/docs/onkogranta>

³²⁶ Stanowisko Nr 7/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyków oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach.
http://www.oil.org.pl/res/img/img/nil/gazeta/biuletyn/r2008/4_2008.pdf /dostęp 26.01.2022/

³²⁷ Ibidem.

świadomość przy podejmowaniu decyzji poprzez informowanie o potencjalnych alternatywnych metodach diagnostycznych i terapeutycznych, a także powinien doskonalić się przez całe życie. Praktyk terapii naturalnych nie może odmówić opieki ze względu na płeć, religię, wyznanie, wiek, niepełnosprawność, orientację seksualną, status społeczny czy też pochodzenie. Nie może przyjmować prezentów od jakiegokolwiek osoby lub podmiotu, które można byłoby uznać za mające wpływ na usługi.³²⁸

Widzimy, iż „alternatywni terapeuci” próbują opracować własne, niezależne kanony etyczne by móc praktykować bez, jak twierdzą „wątpliwości moralnych”. Jednakże należy podkreślić, że te regulacje nie mają charakteru powszechnie obowiązujących oraz respektowanych zasad deontologicznych.

2.5. *Casus* akupunktury - praktyka o niejasnym statusie

Akupunktura (łac. *acus*- igła, *punctus*- punkt, *punktura*-zastrzyk) jest starochińską sztuką uzdrawiania, opartą na manipulowaniu energią ciała, a polegająca na nakłuwaniu igłą o właściwej grubości odpowiednich miejsc na ciele pacjenta. Nakłuwanie różnych miejsc na ciele pozwala życiodajnej energii z Kosmosu (*qi, chi*) na swobodny przepływ przez główne punkty ciała zwane „meridianami” i utrzymuje je w dobrym zdrowiu. Choroba jest skutkiem zablokowania bioenergii w człowieku, a nakłucie igłą ma przywrócić jej swobodny przepływ, czyli zdrowie.³²⁹

W Polsce, tylko dzięki konsekwencji, wysiłkom i uporowi Prof. Z. Garnuszewskiego, lekarzowi z wykształcenia, udało się tego rodzaju techniki leczenia/usprawniania wprowadzić do nauk medycznych.³³⁰

Po wielu staraniach, ówczesne władze resortu zdrowia zezwoliły na uruchomienie pierwszej Poradni Leczenia Akupunktury w Warszawie (1978 r.). Oficjalne uznanie akupunktury jest związane z utworzeniem stanowiska specjalisty krajowego do spraw tej techniki leczenia

³²⁸ Kodeks Etyki praktyka terapii naturalnych <https://zenreiki.szkoła.pl/kodeks-etyki-praktyka-terapii-naturalnych/>
ISBN: 978-83-942986-5-4
/dostęp 15.11. 2021/

³²⁹ Zwoliński A.: *Leksykon terapii alternatywnych*. Hasło: „akupunktura”. Wydawnictwo M. Kraków 2013, s. 19-20.

³³⁰ Kasperek E.: *Medycyna i paramedycyna...*, op. cit., s. 186.

w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej (1986).^{331, 332} Polskie Towarzystwo Akupunktury zostało utworzone na bazie Sekcji Akupunktury Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, zaś szkolenia z zakresu akupunktury dla lekarzy prowadził Mazowiecki Oddział Polskiego Towarzystwa Akupunktury. Akupunktura nie jest wpisana do wykazu głównych specjalizacji lekarskich i lekarskich specjalizacji szczegółowych.³³³ Akupunkturę praktykuje obecnie 1112 lekarzy akredytowanych przez Towarzystwo, udzielając ponad 10 tysięcy zabiegów dziennie, co przekłada się na 2 miliony zabiegów rocznie.^{334, 335}

Obecnie każda dorosła osoba fizyczna, może prowadzić gospodarczą działalność paramedyczną (kod 86.90D), w ramach której mogą być oferowane m.in. zabiegi z zakresu akupunktury.³³⁶ Takie zawody jak np.: bioenergoterapeuta, akupunkturzysta, chiropraktyk, biomasażysta, homeopata itd., nie są uznawane za profesje medyczne, a przez to ich status jest prawnie nieuregulowany. Skutkuje to brakiem mechanizmów kontrolnych. Konsekwencją braku takich regulacji jest także pozbawienie tego typu działalności środków finansowych NFZ (Narodowego Funduszu Zdrowia). Wyjątek stanowi interesująca nas akupunktura, która jest ujęta w standardach postępowania Poradni Leczenia Bólu Narodowego Funduszu Zdrowia, m.in.: jako niefarmakologiczna metoda łagodzenia bólu porodowego³³⁷ lub leczenie bólu przewlekłego.³³⁸ Świadczenia z zakresu akupunktury są zaliczane do ponadpodstawowych usług zdrowotnych, zatem

³³¹ Historia Polskiego Towarzystwa Akupunktury. <https://www.akupunktura.org/o-pta/> /dostęp 27.01.2022/

³³² Garnuszewski Z.: *Miejsce akupunktury we współczesnej medycynie europejskiej*, [w:] K. Imieliński (red.), *Medycyna u progu XXI wieku. Sztuka leczenia*. Polska Akademia Medycyna, Warszawa 1994, s. 238.

³³³ Wykaz głównych specjalizacji lekarskich i lekarskich specjalizacji szczegółowych.

https://old.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0007/109897/Zalacznik-1-i-2-Lista-specjalizacji-i-umiejetnosci-.pdf /dostęp 27.01.2022

³³⁴ *Medycyna komplementarna i alternatywna*, [w:] S. Golinowska (red.), *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia. Polska 2012*. Warszawa 2012, s. 174. <https://akademia.nfz.gov.pl/zarys-systemu-ochrony-zdrowia-polska-2012/?lang=en> /dostęp 27.01.2022/

³³⁵ Historia Polskiego Towarzystwa Akupunktury. <https://www.akupunktura.org/o-pta/> /dostęp 27.01.2022

³³⁶ Szarkowska E.: „Uzdrowiciele” w ciągłym natarciu. 4.10.2017 <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-102017/uzdrowiciele-w-ciaglym-natarciu/> /dostęp 27.01.2022

³³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001997/O/D20151997.pdf> /dostęp 27.01.2022

³³⁸ *Medycyna komplementarna i alternatywna*, [w:] S. Golinowska..., op. cit., s. 174.

generalnie świadczenia z zakresu akupunktury są finansowane przez pacjenta.³³⁹ Odstępstwo stanowi sytuacja, w której pacjent uzyska skierowanie od lekarza.³⁴⁰

Niska wycena punktowa zabiegów z zakresu akupunktury w poradniach walki z bólem nie stanowi jednak zachęty do powszechnego stosowania tej metody, pomimo jej efektywności i stosunkowo małej liczbie skutków ubocznych.³⁴¹

Z drugiej strony brak formalnych regulacji zawodu akupunkturzysty powoduje, iż nie ma kontroli nad jakością i treściami nauczania w tym zakresie, w konsekwencji akupunktura nie jest nauczana w szkołach o profilach medycznych, ponieważ nie ma statusu działalności medycznej.³⁴²

Zabiegi akupunktury przeprowadzane przez osoby nieposiadające przeszkolenia medycznego mogą prowadzić do utraty przytomności, wylewów podskórnych, przebicia płuc, infekcji, żółtaczki, zakażeń bakteryjnych czy też uszkodzenia nerwów.³⁴³

2.6. Podsumowanie

Wydaje się, iż termin zaproponowany przez Włodzimierza Piątkowskiego określający praktyki niezaliczane do oficjalnej medycyny nie jest „idealny”, może rodzić wątpliwości poczynając od dokładnego wyznaczenia ram historycznych zjawiska, kłopotliwego tłumaczenia terminu np. na język angielski, a także negowania określenia „medycyna” (tj. medycyna komplementarna i alternatywna, complementary and alternative medicine, CAM) używanego przez przedstawicieli antropologii czy też historii medycyny. Ewentualne pytania wywołuje zaliczenie do lecznictwa niemedycznego tradycji leczniczych wywodzących się z Dalekiego Wschodu, ale praktykowanych w Polsce, bowiem mogłoby to ograniczać prawa osób, które uzyskały kwalifikacje

³³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2003 r. w sprawie wykazu ponadpodstawowych świadczeń zdrowotnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20030620575/O/D20030575.pdf> /dostęp 26.01.2022/

³⁴⁰ *Medycyna komplementarna i alternatywna*, [w:] S. Golinowska..., op. cit., s. 174.

³⁴¹ Garnuszewski Z.: *Renesans akupunktury*. Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa 1988, s. 210-212.

³⁴² W 2019 roku Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna w Radomiu poinformowała o utworzeniu nowej specjalności w ramach studiów licencjackich- Medycyna alternatywna w ramach kierunku Zdrowie publiczne. Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie poprosił uczelnię o przesłanie szczegółowego programu nauczania. <https://podyplomie.pl/aktualnosci/05975.nowy-kierunek-studiow-medycyna-alternatywna> /dostęp 28.01.2022

³⁴³ Zwoliński A.: *Leksykon terapii alternatywnych...*, op. cit., s. 20-21.

i kompetencje do leczenia określonymi technikami na niektórych zachodnich uniwersytetach medycznych. Jednakże należy pamiętać, że ten termin proponowany jest jedynie do określenia lokalnych form korzystania z usług nieprofesjonalistów świadczących swoje usługi na terenie Polski, o czym świadczy m.in. używanie terminu CAM przy omawianiu badaczy z zachodnioeuropejskiego kręgu.³⁴⁴ Obecnie przy braku alternatyw dla terminu „lecznictwo niemedyczne” należałoby skłaniać się do zaakceptowania określenia „medycyna komplementarna i alternatywna” w odniesieniu do zachodnich, niekonwencjonalnych metod leczenia. Trzeba równocześnie pamiętać, że w znanych, zachodnich podręcznikach socjologii medycyny coraz częściej stosuje się termin „sociology of healing”.³⁴⁵ Jednakże należy mieć na uwadze, iż termin ten odnosi się zarówno do metod zaliczanych w poczet CAM, jak również do opisu medycyny akademickiej. A. C. Twaddle oraz R. M. Hessler zaliczyli „healerów” do grupy osób wykonujących „healing occupation” obok m.in. lekarzy czy pielęgniarek.³⁴⁶

Termin „lecznictwo niemedyczne” nie jest (bo nie może być) oczywiście pojęciem idealnym, jednakże aktualnie w literaturze polskiej nie znajduje się lepszej, równoległej propozycji dla określenia tej kategorii interesujących nas zjawisk i procesów społecznych.

³⁴⁴ Penkala-Gawęcka D.: [recenzja] „*Lecznictwo niemedyczne...*”, op. cit., s. 458.

³⁴⁵ Weiss G. L., Lonnquist L., E.: *The sociology of health, healing and illness*. 5th ed. Pearson Education. Inc, New Jersey 2006, s. 6, 219-221.

³⁴⁶ Twaddle A. C., Hessler R. M.: *Asociology of health*. The C. V. Mosby Company. Saint Louis 1977, s. XIII-XIV, 137-141.

II. CZĘŚĆ METODOLOGICZNA

1. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE

1.1. Cel badań i problemy badawcze

Ch. Frankfort-Nachmias i D. Nachmias uważają, iż „podstawowym celem nauki, w tym nauk społecznych, jest dostarczenie - dającej się zweryfikować – wiedzy. Wiedza pomaga wyjaśnić, przewidzieć i zrozumieć zjawiska empiryczne. Co więcej, kształt wiedzy może zostać wykorzystany do poprawy kondycji ludzi”.³⁴⁷ Z kolei Jerzy Sztumski wyjaśnia: „podobnie jak we wszystkich naukach, które opierają się na badaniach empirycznych, tak też w naukach społecznych, a w tej mierze i w socjologii, celem podejmowanych badań jest – najogólniej biorąc – naukowe poznanie badanej rzeczywistości”.³⁴⁸ Nie jest to jedyny cel, równie istotne jest by kształtować rzeczywistość społeczną tj. planować i prognozować jej przeobrażenia, co może skutkować właściwym pobudzaniem procesów społecznych. E. Babbie uważa, iż badania mają trzy cele: „zaspokojenie ciekawości badacza i jego pragnienia lepszego zrozumienia przedmiotu, zbadanie możliwości podjęcia szerszych badań oraz wypracowanie metod, które zostaną użyte w dalszych badaniach”.³⁴⁹

Celem tej pracy jest analiza dyskursów dotyczących leczenia niemedycznego, ze szczególnym uwzględnieniem ich wzajemnych powiązań i relacji oraz znaczeń i kontekstów kulturowych.

Aby osiągnąć cel należy dotrzeć do kręgu znaczeń, jakie nadają określonemu zjawisku badani uczestnicy badania. Umożliwi to rekonstrukcję sposobu wytwarzania, przetwarzania i przekształcania „własnych światów” w ramach „*universum* leczenia niemedycznego”.

³⁴⁷ Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D.: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Zys i S-ka, Poznań 2001, s. 23.

³⁴⁸ Sztumski J.: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawca „Słask” sp. z o.o. Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2010, s. 22.

³⁴⁹ Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 111.

Problemem głównym w pracy jest próba odpowiedzi na pytanie: W jaki sposób praktycy i eksperci leczenia niemedycznego (CAM)³⁵⁰ konstruują rzeczywistość w ramach „*universum* leczenia niemedycznego”?

Zagadnienia składające się na główny problem badawczy oraz precyzyjniej określające obszar badań, sformułowano w postaci następujących pytań szczegółowych:

1. W jaki sposób praktycy stosujący metody leczenia niemedycznego (CAM) określają formę i kontekst swojej działalności?
2. Jaka jest ocena efektywności pracy z pacjentem w obszarze leczenia niemedycznego z punktu widzenia praktyków leczenia niemedycznego (CAM)?
3. Jakie znaczenie oraz treść przypisywane są pojęciu: „leczenie niemedyczne” wśród praktyków i ekspertów leczenia niemedycznego (CAM)?
4. W jaki sposób definiowany jest termin „choroba” przez praktyków i ekspertów leczenia niemedycznego (CAM)?
5. Co praktycy i eksperci leczenia niemedycznego (CAM) rozumieją przez pojęcie „zdrowie”?
6. Jakie są opinie praktyków leczenia niemedycznego na temat stosunku pracowników ochrony zdrowia do korzystania z metod leczenia niemedycznego (CAM) pacjentów?
7. Jakie są najczęstsze powody korzystania z metod leczenia niemedycznego w opinii praktyków i ekspertów leczenia niemedycznego (CAM)?
8. Jakie główne skutki (negatywne i pozytywne) korzystania z metod leczenia niemedycznego dostrzegają badani praktycy i eksperci leczenia niemedycznego (CAM)?
9. Jakie trudności w pracy z pacjentem zauważają praktycy leczenia niemedycznego (CAM)?

³⁵⁰ Termin "medycyna komplementarna i alternatywna, CAM" jest najczęściej stosowany w literaturze zachodniej oraz jest jednym z najczęściej rozpoznawalnych pojęć obecnych w literaturze polskiej. Dlatego ostatecznie zdecydowałam się używać tego pojęcia zamiennie z leczeniem niemedycznym.

10. Czy, a jeśli tak, to na czym polegały najważniejsze zmiany w sposobie postrzegania przez społeczeństwo zjawiska leczenia niemedycznego (CAM) zachodzące w czasie trwania pracy zawodowej praktyków i ekspertów zajmujących/interesujących się tymi metodami ?
11. Czym charakteryzują się relacje pomiędzy leczeniem niemedycznym (CAM) a medycyną akademicką w opinii badanych praktyków i ekspertów?
12. Jaka relacja pomiędzy medycyną akademicką a leczeniem niemedycznym (CAM) byłaby najbardziej korzystna zdaniem praktyków i ekspertów?
13. W jaki sposób, zdaniem praktyków i ekspertów, będzie się w Polsce kształtowała przyszłość leczenia niemedycznego (CAM)?

Przeprowadzona analiza w części badawczej (rozdział III) będzie się opierała na aplikacji założeń metodologii teorii ugruntowanej wykorzystując konstruktywistyczną perspektywę zdefiniowaną przez Kathy Charmaz. Przyjęcie tej metody implikuje brak hipotez wyjściowych, co pozwala na interpretację i wyjaśnianie zjawisk wcześniej nieprzewidzianych (czy niezakładanych).³⁵¹

Efektom analiz przeprowadzonych w ramach zasad metodologii teorii ugruntowanej (MTU) ma być nasycony szczegółami, pełnowymiarowy, żywy obraz badanego świata społecznego, a więc „*universum* leczenia niemedycznego”.

W ramach procedury badawczej wyróżniono dwa elementy składowe:

1. Wywiady pogłębione z osobami pełniącymi rolę społeczną terapeutów stosujących w swojej pracy metody leczenia niemedycznego: praktykami, stosującymi w swojej pracy metody wchodzące w skład CAM i mających kompetencje w zakresie praktykowanych sposobów leczenia, których w pracy określa się terminem „praktycy”.
2. Wywiady pogłębione z naukowcami-ekspertami pełniącymi rolę znawców obszaru CAM (leczenia niemedycznego/medycyny komplementarnej i alternatywnej), w całej pracy określanej jako „eksperci”.

³⁵¹ Wiorogórska Z.: Teoria ugruntowana i jej wybrane zastosowania w badaniach z zakresu informacji naukowej i bibliotekoznawstwa, *Przegląd biblioteczny* 2012, z. 1, s. 51.

1.2. Uzasadnienie stosowania metodologii jakościowej

Moim celem było dotarcie do kręgu znaczeń, jakie nadają określonemu zjawisku badani i ich empiryczna rekonstrukcja oraz rozpoznanie, w jaki sposób wytwarzają, postrzegają i przekształcają „własne światy społeczne” w ramach „*universum* leczenia niemedyceznego”, po to by móc stworzyć konstrukcję pewnego rodzaju modelu, który wyjaśnia istotę i mechanizmy funkcjonowania leczenia niemedyceznego we współczesnym społeczeństwie. Przyjęłam równocześnie założenie, że analiza doświadczeń, opinii, interakcji, postaw, przekonań oraz aktów komunikacji mieści się w ramach teorii metodologii jakościowej.^{352, 353} Aplikacja tej orientacji badawczej ma także swoje uzasadnienie w kontekście specyfiki badanych przeze mnie 2 grup uczestników badania (praktyków i ekspertów). Badania jakościowe dają możliwość wykorzystania wiedzy i doświadczenia praktyków oraz ekspertów. Pozwalają one na zdobycie wiedzy o podstawowych przyczynach i motywacjach, a także ujawniają aktualne sądy oraz opinie jednostek. Umożliwiają wielopoziomowe spojrzenie i interpretacje w kontekście rzeczywistych warunków, co jest możliwe przy udziale tej grupy badanych. Badania jakościowe dają szansę wykonania obserwacji zachowań i szeregu reakcji, a także nawiązania interakcji z badanymi.

Według E. Babbie „każdy jednoznaczny, ilościowy pomiar będzie uboższy w znaczenia niż odpowiadający mu opis jakościowy.”³⁵⁴ W. Piątkowski uważa, iż „przełamanie dominacji analiz o charakterze ilościowym jest szczególnie ważne na polu socjologii choroby, gdzie mamy do czynienia z koniecznością badań, pomiarów i oceny tak niepowtarzalnych zjawisk społecznych czy stanów psychicznych”.³⁵⁵ Badania jakościowe pozwalają dostarczyć informacji o wartościach lub relacjach społecznych i kulturowych; relacjach pomiędzy uczestnikami danego świata społecznego, konfliktami religijnymi lub kulturowymi czy też stygmatyzacją. Badania jakościowe posiadają

³⁵² Flick U.: *Niezbędnik badacza*, [w:] S. Kvale, *Prowadzenie wywiadów*. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 11.

³⁵³ Boczkowski A.: Badania ilościowe i jakościowe w socjologii. Między separacją epistemologiczną a praktyczną komplementarnością, *Rocznik Nauk Społecznych* 2018, t. 10(46): 4, s. 63-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.18290/rns.2018.46.4-4> /wejście 28.07.2022/

³⁵⁴ Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. PWN, Warszawa 2004, s. 49.

³⁵⁵ Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedycezne w Polsce*. ..., op. cit., s. 297.

przede wszystkim charakter poznawczy, można je opisać jako „systemowe, subiektywne podejście stosowane w celu opisania doświadczeń życiowych i nadania im znaczenia”.³⁵⁶ A. Wyka zauważa, że metoda ankietowa „nie jest w stanie uchwycić niuansów opinii społecznych, gdyż <<odcina>> odmienne poglądy, które, choć nieliczne w skali ogólnospołecznej mogą mieć silny walor opiniotwórczy”.³⁵⁷ Stosując metody ankietowe jesteśmy w stanie oddać jedynie statystyczny wizerunek opinii, nie obejmując procesów społecznych, a badany wypowiada się głównie w kategoriach zaproponowanych przez samego badacza. Wyka podkreśla również ważność kontekstu społecznego i kulturowego w opinii lub poglądu, wraz z możliwością zgłębienia mikroprocesów społecznych, a także ich skutków.³⁵⁸

Zastosowanie perspektywy jakościowej w odniesieniu do problematyki zjawiska leczenia niemedycznego zdaje się być szczególnie wartościowe, a pozyskana w ten sposób wiedza może pomóc w planowaniu systemu opieki zdrowotnej w przyszłości.

1.3. Metodologia teorii ugruntowanej jako podstawa analizy danych

(Założenia teoretyczne a przyjęta metodologia)

Dane pochodzące z wywiadów eksperckich eksploracyjnych zarówno przeprowadzonych z naukowcami zajmującymi się naukowo zjawiskiem leczenia niemedycznego/ medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM) oraz z osobami praktykującymi CAM zostały poddane analizie zgodnej z założeniami metodologii teorii ugruntowanej (MTU), a dokładniej opowiadam się za jej konstruktywistyczną wersją autorstwa Kathy Charmaz.

Decyzja o zastosowaniu teorii ugruntowanej została antycypowana ze względu na przyjęte założenia o konstruktywistycznym i relacyjnym charakterze świata społecznego. Łączy się to z metodologicznymi założeniami teorii ugruntowanej, gdzie badanie nigdy nie jest zakończonym procesem, z uwagi na fakt, iż rzeczywistość nie może być „zupełna”; wywierana jest konieczność przeprowadzania badań w „naturalnym środowisku” (w tym wypadku- gabinety nieprofesjonalnych

³⁵⁶ Keeler R.: *Nursing research and evidence-based practice: Ten steps to success*. Jones & Barlett Learning, Sudby, MA 2010, s. 276.

³⁵⁷ Wyka A.: *Badacz społeczny wobec doświadczenia*. Wydawnictwo IFiS PAN, 1993, s. 14.

³⁵⁸ *Ibidem*, s. 14.

uzdrowicieli). Teoria ugruntowana pozwala, dzięki naciskowi na definiowanie sytuacji i sposobów postrzegania świata, zrozumieć rzeczywistość społeczną. Według K. Charmaz teoria nie jest ugruntowana jedynie w danych, jak zakładali Barney Glaser i Abselm Strauss. Teoria jest zanurzona w doświadczeniu i wiedzy badacza, jego refleksyjności, przygotowaniu do prowadzenia badań naukowych oraz w danych konstruowanych przez badacza.³⁵⁹

Termin „ugruntowanie” określa fakt, iż sam proces budowania koncepcji światów społecznych zaznacza się w ścisłym powiązaniu z badaniem terenowym. Może to skutkować przystępną i bezproblemową operacjonalizacją pojęć teoretycznych, bowiem powstają one z obserwacji oraz opisu precyzyjnie wyodrębnionego dla badań obszaru empirycznego. Podczas procesu badawczego następuję ciągła weryfikacja pojęć; sprawdza się czy „pracują”, czy są ważne w kontekście respondentów, czy odwzajemniają zebrane dane, a także czy pozwalają na wyciągnięcie wniosków.³⁶⁰ Teoria jest stosowana w sytuacjach empirycznych, jest również zrozumiała dla socjologów oraz dla laików (nieprofesjonalistów).³⁶¹

Przyjmuje się, iż w ramach teorii ugruntowanej badacz nie powinien być obeznany w literaturze przedmiotu, by zachować obiektywność. Jednakże poznanie tematu pomaga dostrzec pewne aspekty empiryczne, lecz może przesłonić inne.³⁶² B. Glaser i A. Strauss mówią o maksymalnym ograniczeniu prekonceptualizacji zamierzeń poznawczych i utrzymaniu „kontekstu odkrycia” (*serendipity*),^{363, 364} zamiast podążania znaną ścieżką przyjętych wcześniej aksjomatów. Celem takiego zabiegu miałyby być wystrzeżenie się sytuacji, w której badacz posiadając wiedzę na dany temat nieświadomie mógłby ukierunkować badania, jednocześnie tracąc z oczu inne istotne

³⁵⁹ Mazurek E.: Choroba w rodzinie. Zastosowanie metodologii teorii ugruntowanej do analizy funkcjonowania rodziny w sytuacji choroby, *Family Forum* 2013, 3, s. 29.

³⁶⁰ Zakrzewska-Manterys E.: Ode teoretycznianie świata społecznego. Podstawowe pojęcia teorii ugruntowanej, *Studia Socjologiczne* 1996, 1 (140), s. 18-19.

³⁶¹ Glaser B.G., Strauss A. L.: *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*. Seria Współczesne teorie socjologiczne VI, tł. M. Gorzko. Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2009, s. 7.

³⁶² Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 28

³⁶³ Gorzko M.: *Teoria ugruntowana jako „rodzina metod”?* *Opuscula Sociologica* 2013, nr 4, 6, s. 11.

³⁶⁴ Glaser B.G., Strauss A. L.: *Odkrywanie teorii ugruntowanej...*, op. cit., s. 41-42.

problemy czy zjawiska społeczne.^{365, 366} Jednakże badacz nie jest jedynie neutralnym obserwatorem (jak zakładali Glaser i Strauss), który tylko odkrywa dane w obiektywny i neutralny sposób. K. Konecki zauważa, iż „naiwnością byłoby sądzić, że można wyeliminować taką wiedzę i, że badacz jest *tabula rasa* w trakcie stawiania pytań badawczych bądź analizy danych”.³⁶⁷ K. Charmaz zakłada, że „tradycyjna”- „obiektywistyczna” teoria ugruntowana Glasera i Straussa przyjmuje pozytywistyczne założenie o konieczności uznania bezstronności badacza. Jednakże, „naukowcy: [...] konstruują swoje teorie ugruntowane poprzez przeszłe i teraźniejsze zaangażowanie i interakcje z ludźmi, perspektywami i praktykami badawczymi.”³⁶⁸ Podejście badaczki bezsprzecznie informuje o wzajemnej subiektywnej relacji badacza i badanego, którzy to wspólnie konstruują określone znaczenia w trakcie procesu badawczego.³⁶⁹ W wersji konstruktywistycznej (interpretacyjnej) teorii ugruntowanej rzeczywistość ma charakter zmienny, tymczasowy, nieprzewidywalny. Takie przyjęte założenie wpływa na rozumienie niżeli wyjaśnianie rzeczywistości. Dostarczają one wyjaśnień, a nie weryfikują wiedzy lub danych.³⁷⁰

Badacze wytwarzają wraz z uczestnikami badania dane. Wchodzą w interakcje z danymi dzięki czemu tworzą o nich teorie. Jednakże nie są one pozbawione „rys”, bowiem badacze posiadają wcześniej nabyte i/lub odziedziczone społeczne założenia.³⁷¹

³⁶⁵ Konecki K.: *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 27.

³⁶⁶ Frąckowiak-Sochańska M.: *Spoleczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Seria Socjologia nr 81, Poznań 2019, s. 275.

³⁶⁷ Konecki K.: *Wprowadzenie do wydania polskiego. Teoretyzowanie w socjologii- czyli o odkrywaniu i konstruowaniu teorii na podstawie analizy danych empirycznych*, [w:] B.G. Glaser, A. L. Strauss, *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*. Seria Współczesne teorie socjologiczne VI, tł. M. Gorzko. Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2009, s. XIII.

³⁶⁸ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 18.

³⁶⁹ Gorzko M.: „Drugie pokolenia” teoretyków grounded theory, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Sociologica* 2010, nr 20 (619), s. 38.

³⁷⁰ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 162.

³⁷¹ Konecki K.: *Przedmowa do wydania polskiego. Konstruowanie teorii ugruntowanej według Kathy Charmaz*, [w:] K. Charmaz: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. XXVIII.

Badacz stanowi część badanego problemu i nie znajduje się „poza nim”.³⁷² Zatem uzyskiwane dane oraz teorie nie są odkrywane, jesteśmy częścią świata, który badamy i pola informacji, które odkrywamy.³⁷³ Naukowiec nie przystępuje do badania z pozycji neutralnej, nie rozpoczyna badań z pozycji osoby niewtajemniczonej. „To, co wiemy, kształtuje to, co odkrywamy, ale tego koniecznie nie determinuje”.³⁷⁴ Charmaz uważa także, że „należy być blisko doświadczeń uczestników, ale też być świadomym tego, że nie możemy dokładnie odtworzyć tych doświadczeń.”³⁷⁵ Podejście to pokazuje, iż teoria jest interpretacją badacza, zależy od jego perspektywy. Badacz nie może się oderwać od swoich poglądów, doświadczeń czy wykształcenia.³⁷⁶

„Istnieje wielość rzeczywistości oraz wielość perspektyw wobec tych rzeczywistości. Ludzie tworzą i podtrzymują znaczące światy, wnosząc w nie znaczenia i działając wewnątrz nich.”³⁷⁷ Naukowiec powinien odkrywać u badanych nie tylko sposób definiowania sytuacji, ale także ich realność. Procesy konstruowania realności są nierozrwalne z kontekstami społecznymi, kulturowymi czy też historycznymi. Są one także warunkowane poprzez te konteksty.³⁷⁸

Można zatem wnioskować, iż Glaser i Strauss nawoływali do „zachowania teoretycznej otwartości” podczas eksplorowania danych.³⁷⁹ Z kolei A. Clarke akcentuje, iż „zasoby wiedzy, z którymi badacz przystępuje do badania danego fragmentu rzeczywistości społecznej powinny zostać ujawnione, ponieważ stanowią one ważne argumenty na rzecz wiarygodności badań i analiz”.^{380, 381}

³⁷² Idem, *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] K. Charmaz: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. XXI.

³⁷³ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 228-229.

³⁷⁴ Eadem, *Teoria ugruntowana w XXI wieku. Zastosowanie w rozwoju badań nad sprawiedliwością społeczną*, [w:] N.K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*. T.1, red. nauk. wyd. polskiego K. Podemski. PWN, Warszawa 2009, s. 713.

³⁷⁵ Konecki K.: *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] K. Charmaz, *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. XVIII.

³⁷⁶ Ibidem.

³⁷⁷ Gorzko M.: „Drugie pokolenia” teoretyków grounded theory..., op. cit., s. 38.

³⁷⁸ Ibidem.

³⁷⁹ Frąckowiak-Sochańska M.: *Społeczne konstruowanie...*, op. cit. 276.

³⁸⁰ Frąckowiak-Sochańska M.: *Społeczne konstruowanie...*, op. cit., s. 276 za A.E. Clarke: Situational Analysis: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn, *Symbolic Interaction* 2003, 26 (4), s. 553-576.

³⁸¹ Konecki K.: *Wprowadzenie do wydania polskiego. Teoryzowanie w socjologii...*, op. cit. s. XXIII.

Złożoność relacji „*universum* leczenia niemedycznego” wymagało odwołania się i zasięgnięcia licznych źródeł oraz rodzajów danych celem poszerzenia perspektywy badanego zjawiska. MTU zakłada korzystanie z różnego rodzaju materiałów, np.: danych pochodzących z obserwacji, wywiadów, dokumentów, opublikowanych kasusów/analiz przypadku, nie wyłączając danych statystycznych. Różnorodność materiałów i informacji mogą pozwolić na lepsze zrozumienie i opracowanie kategorii i ich własności, czyli tzw. „triangulację”.³⁸² M. Hammersley i P. Atkinson uważają, że „w przypadku badań społecznych istnieje niebezpieczeństwo, iż polegając tylko na jednym źródle danych, możemy łatwo wyciągnąć błędne wnioski, które zniszczą całą analizę. Jeżeli natomiast różne rodzaje danych prowadzą do identycznych konkluzji, wolno patrzeć na nie z większą dozą ufności.”³⁸³ Z kolei T. Konecki podkreśla, że dzięki zastosowaniu triangulacji możliwa jest weryfikacja danych w celu ich „urzeczywistnienia” oraz potęgowania ich siły argumentacyjnej.³⁸⁴

Celem analizy w konstruktywistycznym założeniu nie powinna być teoria cechująca się abstrakcją i skrótowością czy też nadmierną zwięzłością. Zdaniem Charmaz analiza powinna dążyć do „interpretatywnego zrozumienia empirycznych fenomenów w teorii, która posiada wiarygodność, oryginalność, oddźwięk i użyteczność relatywne ze względu na moment historyczny”.³⁸⁵

Długotrwałym, ale jakże istotnym etapem pracy badacza jest analiza zgromadzonego materiału (danych). Powinna ona, według wskazówek Kathy Charmaz, zakończyć się napisaniem raportu z przebiegu badań, a także skonstruowaniem teorii ugruntowanej.

Etap analityczny zaczyna się od kodowania. Charmaz podpowiada, że „kodowanie to główne ogniwo między zbieraniem danych a budowaniem wyłaniającej się teorii, które ma na celu

³⁸² Wieczorek T.: Triangulacja metod w badaniach społecznych, *Zagadnienia Społeczne* 2014, nr 1 (1), s. 16-17.

³⁸³ Hammersley M., Atkinson P.: *Metody badań terenowych*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 236.

³⁸⁴ Konecki K.: Triangulation and dealing with realness of qualitative research, *Qualitative Sociology Review* 2008, t. 4, nr 3, s. 23- 24. <https://doi.org/10.18778/1733-8077.4.3.02> /wejście 8.12.2022/

³⁸⁵ Gorzko M.: „Drugie pokolenia” teoretyków grounded theory. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Sociologica* 2010, nr 20 (619), s. 38. za K. Charmaz: *Shifting the Grounds: Constructivists Grounded Theory Methods*, [w:] J.M. Morse i in., *Developing Grounded Theory: The Second Generation*. Walnut Creek, Left Coast Press 2009.

wyjaśnienie tych danych.”³⁸⁶ Dzięki procesowi kodowania można zacząć definiować to co ukryte jest w danych i podjąć próbę rozszyfrowania doświadczeń uczestników badania. Kodowanie ma na celu wydobyć naturę danych, umożliwia ich zgrupowanie oraz u efektywnia zestawienie poszczególnych segmentów.³⁸⁷ Uważne kodowanie sprawia, iż badacz „zaczyna tkąć dwie nici w materiale teorii ugruntowanej”³⁸⁸, tj. twierdzenia teoretyczne, które można uogólniać, wykraczające poza dany czas i miejsca; a także kontekstualne analizy wydarzeń i działań.³⁸⁹

MTU zakłada co najmniej dwa etapy kodowania: wstępne oraz skoncentrowane. Kodowanie wstępne opiera się na czytaniu tekstu i przypisywaniu każdemu wierszowi lub segmentowi danych kodu. Podczas kodowania wstępnego transkrypcji wywiadu K. Charmaz zaleca kodowanie wydarzenia po wydarzeniu, a nie słowo po słowie.³⁹⁰ (Kodowanie słowo po słowie daje dobry efekt, gdy dotyczy zwartej treści dokumentu lub innych szczegółowych danych.) A następnie należy zestawić wydarzenia o podobnej randze. Kodowanie wstępne powinno ściśle odpowiadać danym. Należy wystrzegać się nakładania z góry przyjętych kategorii. Powinno się kodować dane używając słów, które odzwierciedlają działania.³⁹¹ „Kody wstępne są prowizoryczne, można je przeredagować w celu lepszego dopasowania kategorii do określonego działania respondenta i znaczenia owego działania stanowiącego wiedzę badacza.”³⁹² Podczas kodowania wstępnego należy zadać sobie pytania: „co można zbadać za pomocą tych danych? Co sugerują owe dane? O czym świadczą? Z czyjego punktu widzenia? Na jakie kategorie teoretyczne wskazują określone dane?”^{393, 394} Charmaz uważa, że „uważne kodowanie pomaga [...] w powstrzymaniu się od

³⁸⁶ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 63.

³⁸⁷ Ibidem, s. 9.

³⁸⁸ Ibidem, s. 63.

³⁸⁹ Ibidem, s. 63-64.

³⁹⁰ Mazurek E.: *Choroba w rodzinie. Zastosowanie metodologii teorii ugruntowanej...*, op. cit., s. 31.

³⁹¹ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 66.

³⁹² Cytowska B.: *Trudne drogi adaptacji. Wątki emancypacyjne w analizie sytuacji dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym społeczeństwie polskim*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012, s. 155.

³⁹³ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 66.

³⁹⁴ Glaser B. G.: *Theoretical sensitivity*. The Sociology Press, Mill Valley, CA, s. 57. za Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 66.

przypisywania respondentom lub zebranych danych własnych motywów, obaw lub nierozwiązanych prywatnych spraw”.³⁹⁵

W drugim etapie kodowania, zwanym kodowaniem skoncentrowanym wykorzystuje się najważniejsze i najczęściej występujące kody wstępne celem posegregowania, zsyntetyzowania, zintegrowania oraz zorganizowania dużych ilości danych.^{396, 397} Kodowanie skoncentrowane wymaga od badacza rozstrzygnięcia, które kody posiadają największe znaczenie analityczne, by móc stworzyć wnikliwą i kompleksową kategoryzację danych.³⁹⁸

Ostatnim poziomem kodowania jest kodowanie teoretyczne, które polega na opracowaniu kodów, mających za zadanie określić relacje pomiędzy kategoriami powstałymi podczas wcześniejszych etapów kodowania.^{399, 400} „Kody teoretyczne mają charakter integracyjny- nadają formę zebranym kodom skoncentrowanym”.⁴⁰¹

Dobór próby w MTU jest określony procedurą zwaną teoretycznym pobieraniem próbek. Jest to proces „[...] zbierania danych dla celów generowania teorii, w którym analityk zbiera, koduje i analizuje swoje dane oraz decyduje, jakie dane zebrać w następnej kolejności i gdzie je znaleźć w celu rozwinięcia teorii, która się wyłania.”⁴⁰²

Teoretyczne pobieranie próbek daje możliwość wychwycenia głębi i precyzji pracy, co z kolei skutkuje nadaniem pracy ogólnego i przejrzystego charakteru; wykraczającego często poza bezpośredni temat. Nadając kategoriom rzeczowe podłoże badacz zdobywa możliwość poruszania się po innych obszarach, które wyłaniają się w trakcie badania.⁴⁰³ Warunkiem koniecznym do zrozumienia badanej rzeczywistości jest całościowe, praktyczne zaangażowanie się badacza. K. Charmaz radzi by w trakcie teoretyzowania ustanowić bliską znajomość z badanym obszarem zjawisk, zarówno ze zdarzeniami, które się uwidaczniają, jak i z uczestniczącymi osobami. Należy

³⁹⁵ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 75.

³⁹⁶ Ibidem, s. 79.

³⁹⁷ Mazurek E.: *Choroba w rodzinie. Zastosowanie metodologii teorii ugruntowanej...*, op. cit., s. 32.

³⁹⁸ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 79.

³⁹⁹ Ibidem, s. 85- 86.

⁴⁰⁰ Mazurek E.: *Choroba w rodzinie. Zastosowanie metodologii teorii ugruntowanej...*, op. cit., s. 32- 33.

⁴⁰¹ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 86.

⁴⁰² Glaser B.G., Strauss A. L.: *Odkrywanie teorii ugruntowanej...*, op. cit., s. 41.

⁴⁰³ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 139.

skoncentrować się na znaczeniach i procesach; zaangażować się w badanie działania. Badacz winien odkrywać i poznawać wszelaki kontekst, nawet najbardziej szczegółowy, w jakim zachodzi działanie. A także, zwracać szczególną uwagę na język, który go otacza podczas procesu badawczego.^{404, 405}

Podstawą do podjęcia decyzji o zatrzymaniu procesu zbierania danych powinna być sytuacja zwana „teoretycznym nasyceniem”. Jest to stan w procesie badawczym, w którym nie ma już dodatkowych danych, kategoria jest nasycona, bowiem badacz obserwuje ciągle pojawianie się analogicznych wzorców.^{406, 407} „Gdy kategorie są pełne, odzwierciedlają jakość doświadczeń respondentów i są przydatnym analitycznym kluczem do ich zrozumienia.”⁴⁰⁸ Nie chodzi tutaj o pobieranie próbek w taki sposób, by odzwierciedlić rozmieszczenie większych populacji. Celem badań nie jest możliwość generalizacji. Badacze teorii ugruntowanej tworzą czasami jedynie podwaliny hipotez, które inni badacze będą mogli rozwijać.⁴⁰⁹ Sięgnięcie po szeroką grupę porównawczą, by osiągnąć nasycenie teoretyczne sprowadza się do zastosowania triangulacji. Związane jest to z gromadzeniem podobnych przypadków, danych celem opracowania minimalnych porównań, ale również przypadków odmiennych, kontrastowych, które mogą spowodować ukazanie się zróżnicowanych warunków wyłaniających się kategorii.⁴¹⁰

Istotną częścią procesu badawczego w metodologii teorii ugruntowanej jest pisanie not, które to według Charmaz stanowią główną metodę teorii ugruntowanej. „Badacz sporządza wstępne notatki analityczne zwane notami, które dotyczą jego kodów, porównań i wszelkich skojarzeń na temat danych. Poprzez badanie danych, ich porównywanie i sporządzanie notatek badacz definiuje

⁴⁰⁴ Eadem, *Grounded Theory in the 21st Century*, [w:] N.K Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition. Sage, Thousand Oaks–London–New Delhi 2005, s. 221-225.

⁴⁰⁵ Gorzko M.: „Drugie pokolenia” teoretyków grounded theory..., op. cit., s. 40.

⁴⁰⁶ Glaser B.G., Strauss A. L.: *Odkrywanie teorii ugruntowanej*..., op. cit., s. 53- 56.

⁴⁰⁷ Ibidem, s. 88-89.

⁴⁰⁸ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik*..., op. cit., s. 131.

⁴⁰⁹ Ibidem.

⁴¹⁰ Okólska K.: Teoretyczne nasycenie w badaniach wykorzystujących procedury metodologii teorii ugruntowanej- z doświadczeń młodego badacza, *Parezja* 2/2020 (14), S. 85-86. doi:10.15290/parezja.2020.14.07 doi:10.15290/parezja.2020.14.07 /wejście 8.12.2022/

idee, które najlepiej pasują do danych i je interpretują jako analityczne kategorie”.⁴¹¹ Pisanie not umożliwia nie tylko analizę danych oraz opracowanie wcześniejszych kodów, ale także rozwijanie idei.⁴¹²

Proces badawczy w konstruktywistycznym podejściu metodologii teorii ugruntowanej powinien posiadać elastyczny i otwarty charakter, nie może być zbiorem sztywnych reguł. Badacze są zaangażowani w proces analizy i nie mogą „stać obok” wydarzeń. Prawdopodobne jest, iż podczas analizy badacz będzie musiał skorzystać z innej metody próby, jednakże może to wpłynąć korzystnie biorąc pod uwagę liczbę danych. Porównując ciągle wiele grup kategorii uwaga socjologa zostaje skoncentrowana na podobieństwach i różnicach między nimi. Kategorie reprezentujące niższe poziomy ogólności będą wyłaniać się szybciej we wczesnych etapach zbierania danych. Natomiast konceptualizacje wyższego poziomu, integrujące czy też nadrzędne oraz własności rozwijające je będą zarysowywać się później, w trakcie ogólnego zbierania, kodowania oraz analizy zebranych danych.⁴¹³

Budowanie teorii ugruntowanej jest procesem, w którym to nie powinno się weryfikować wcześniej zbudowanych hipotez. Proces zbierania danych, budowania hipotez i ich weryfikacji nie posiadają przedziału czasowego; jaki ma miejsce w tradycyjnych badaniach, gdzie kończąc jeden z etapów badania następuje kolejny. W MTU te czynności wzajemnie się przenikają podczas czasochłonnego procesu generowania teorii.⁴¹⁴

Teorie ugruntowanych konstruktywistów wyłaniają się z danych, które to wraz z analizami interpretowane są jako społeczne instrukcje. Badacze „próbują być świadomi swoich założeń i zrozumieć, jak wpływają na swe badania. Nie twierdzą ponadto, że wnioski teoretyczne z ich badań mają charakter obiektywny i że same wyłoniły się z danych.”⁴¹⁵

⁴¹¹ Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik...*, op. cit., s. 9- 10.

⁴¹² Mazurek E.: *Choroba w rodzinie. Zastosowanie metodologii teorii ugruntowanej...*, op. cit., s. 33.

⁴¹³ Glaser B.G., Strauss A. L.: *Odkrywanie teorii ugruntowanej...*, op. cit., s. 34.

⁴¹⁴ Konecki K.: *Wprowadzenie do wydania polskiego. Teoretyzowanie w socjologii...*, op. cit., s. XIV.

⁴¹⁵ Ibidem, s. XXII.

Badacz konstruując teorię ugruntowaną może stale być skupionym na języku, znaczeniu i działaniu. Posiadając konstruktywistyczną wrażliwość naukowiec poznaje i dokonuje interpretacji niuansów tkwiących w działaniach i znaczeniach, nie poprzestaje jedynie na analizie ewidentnych zachowań czy też dosłownych relacji. Teoria ta wykazuje interpretacyjną siłę poprzez umiejętne powiązanie i uchwycenie zróżnicowania konstrukcji, które badacz tworzy. A proces współtworzenia teorii wymaga, by konstrukty tworzone przez badacza miały znaczenia także dla badanych. Nie zapominając o tym, iż badacz jest przecież częścią świata, który bada i danych, które gromadzi.

1.4. Metoda i technika badawcza- eksploracyjny wywiad ekspercki

Według Alexandra Bognera, Beate Liitig i Wolfganga Menza, dyskusja na temat wywiadów eksperckich, rozpoczęła się na początku 1991 roku.⁴¹⁶ Wówczas ukazał się ważny artykuł M. Meusera i U. Nagela.⁴¹⁷ Z kolei publikacja Bognera, Liitig i Menza⁴¹⁸ uważana jest za istotny element w dyskusji toczącej się wokół metodologii wywiadu eksperckiego; została tu podjęta m.in. próba usystematyzowania typów wywiadu, rodzajów wiedzy eksperckiej oraz podano konkretne przykłady stosowania wywiadu w badaniach z dziedziny nauk społecznych.⁴¹⁹

Rzeczywista rola wywiadów eksperckich w indywidualnym projektowaniu badań, ich forma oraz metody interpretacji wyników mogą się różnić w zależności od okoliczności, lecz istnieje szereg praktycznych powodów ich popularności i użyteczności.⁴²⁰

⁴¹⁶ Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki- nowa perspektywa metodologiczna w badaniach pedagogicznych*, [w:] *Zeszyty naukowe młodych pedagogów przy Komitecie nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk. Zeszyt 15 Orientacje jakościowe w badaniach pedagogicznych*. Wydział Etnologii i Nauk o Edukacji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Oficyna Wydawnicza „Impuls” Kraków 2011, s. 130.

⁴¹⁷ Zob. M. Meuser, U. Nagel: *ExperInneninterviews- vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*, [w:] D. Garz, K. Kraimer (red.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. Westdeutscher Verlag, Opladen 1991, s. 441-471.

⁴¹⁸ Pierwsze wydanie ukazało się w języku niemieckim w 2002 r. pod tytułem- *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*, a w 2009 r. wersja anglojęzyczna.

⁴¹⁹ Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki...*, op. cit., s. 130.

⁴²⁰ Bogner A., Liitig B., Menz W.: *Interviewing Experts. Research methods series*. Palgrave Macmillan, New York 2009, s. 2-3.

Po pierwsze, rozmowa z ekspertami w fazie eksploracyjnej projektu jest skuteczniejszą i bardziej efektywną metodą gromadzenia danych, niż np. obserwacja uczestnicząca czy systematyczne badania jakościowe. Przeprowadzanie wywiadów z ekspertami może także służyć skróceniu czasochłonnych procesów gromadzenia danych. Wywiady eksperckie nadają się również do sytuacji, w których dostęp do określonej dziedziny społecznej może okazać się trudny lub niemożliwy (np. w przypadku tematów *tabu*).⁴²¹ M. Pfadenhauer uważa, że: „wywiad ekspercki nadaje się zatem [...] jako instrument generowania danych w tych przypadkach, w których badanie koncentruje się wyłącznie na zasobach wiedzy eksperckiej w kontekście ich (ostatecznej) odpowiedzialności za rozwiązanie problemu.”⁴²²

W wywiadach eksperckich podejmowane są próby opisu dotyczące faktów i opinii o faktach oraz wyjaśniania i przewidywania zdarzeń. Zakłada się, iż respondenci cechują się dużym dorobkiem fachowym lub/i dobrą kompetentną wiedzą specjalistyczną i mogą prezentować wartościowe opinie. Wynikające ze swojej przedmiotowej wiedzy i „wyobraźni osadzonej w realiach”,⁴²³ indagowani eksperci są zdolni do tworzenia realnych prognoz sytuacji czy zdarzeń dotyczących danego fragmentu rzeczywistości społecznej. Uważa się, że zastosowanie metody wywiadów eksperckich: „wydaje się właściwe w odniesieniu do tych obszarów życia społecznego, które wcześniej ulegają zaawansowanej profesjonalizacji” i przynosi realne korzyści poznawcze.⁴²⁴ Wśród zalet należy wymienić zatem szczególne doświadczenie i wiedzę ekspertów w badanym obszarze, niezależność opinii, a także możliwość redukcji do minimum wpływu okoliczności bezpośredniej interakcji, w tym np. skutków dominacji czy efektu myślenia grupowego. Wskazując na ograniczenia tego podejścia należy mieć na uwadze m.in. możliwe uzależnienie wyników od

⁴²¹ Ibidem.

⁴²² Pfadenhauer M.: *At Eye Level: The expert interview-a Talk between Expert and Quasi-expert*, [w:] A. Bogner, B. Littig, W. Menz: *Interviewing Experts. Research methods series*. Palgrave Macmillan, New York 2009, s. 82.

⁴²³ , s. 90-91.

⁴²⁴ Ibidem, s. 97- 98.

wyboru ekspertów, relatywnie wysokie koszty badania czy też brak możliwości wymiany poglądów/stanowisk pomiędzy poszczególnymi ekspertami.^{425, 426}

Jednym z warunków uzyskania wartościowego wywiadu z ekspertami pozwalającego na uzyskaniu oraz uogólnienie wyników jest staranny i przemyślany ich dobór. Dodajmy, że badacz nie zabiega tu o uzyskanie statystycznej reprezentatywności, bowiem wyjściowa populacja ekspertów jest niedookreślona.⁴²⁷

Można wyróżnić dwa wątki, które dominują w rozważaniach nad opisywaną metodą dotyczą one: miejsca wywiadu eksperckiego w metodologii nauk społecznych oraz analizy znaczenia terminu „ekspert”.⁴²⁸

Opisując cechy metodologii wywiadów z ekspertami nie sposób nie zadać pytania w jaki sposób należałoby opisać charakter „eksperta”? Jakie kryteria należy przyjąć podczas realizacji tego typu badań?

W procesie dochodzenia do zdefiniowania terminu „ekspert” można wyróżnić trzy okresy. Pierwszy z nich charakteryzował się mocno zaznaczonym podziałem między ekspertem („mędrce”) a laikiem. Ekspert mógł wpływać na systemy polityczne przez posiadany autorytet. Stał na „straży prawdy”, posiadał rozległą wiedzę i wysoki status społeczny.

Następnie wiedza przestała być postrzegana jako rodzaj „mistycznego daru”, stała się dostępna dla szerszego grona ludzi zdolnych. Nastął czas społecznego konstrukttywizmu. Nauka została poddana swoistemu „odkodowaniu”, a wiedza „zdemokratyzowana”.⁴²⁹ „Dar wiedzy” przestał być dostępny jedynie dla wybranych jednostek, upowszechniła się możliwość posiadania oraz wykorzystywania wiedzy. Okres ten według H. Coilins i R. Evans otwierał fazę tzw. „drugiej

⁴²⁵ Świątek-Barylska I.: Zwinne zarządzanie zasobami ludzkimi w świetle badań eksperckich, *ZZL(HRM)*_ 2019;2 (127), s. 64.

⁴²⁶ Piórkowski P. D.: *Autorytety. Idole, pozory, eksperci i celebryci*. Wydawnictwo Witanet, 2016, s. 32-33.
<https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/3903/Paweł%20Dariusz%20Piórkowski%20-%20Autorytety.%20Idole.%20Pozory.%20Eksperci%20i%20celebryci.pdf?sequence=1> /wejście 1.07.2022/

⁴²⁷ Korcelli-Olekniczak E.: *Funkcje metropolitalne Berlina i Warszawy w latach 1990-2002. Współzależność pozycji w systemie miast Europy Środkowej*. PAN IGiPZ, Warszawa 2004, s. 21.

⁴²⁸ Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki...*, op. cit., s. 130-131.

⁴²⁹ Ibidem, s. 131.

fali”.⁴³⁰

Etap „trzeciej fali”, w której się obecnie znajdujemy to okres kształtowania się i definiowania grup eksperckich. Zdobywanie wiedzy unikatowej, wąsko określonej w sprecyzowanej dziedzinie obwarowane jest koniecznością przyłączania się do określonych grup, które dają możliwość zdobycia teoretycznych wiadomości i umiejętności ich świadomej aplikacji w praktyce.⁴³¹

Z drugiej strony status eksperta może być sankcjonowany społecznie i symbolicznie eksponowany np. poprzez określony ubiór czy też częstą obecność w mediach. Może być także nadawany w sposób subiektywny w „sytuacjach niejasnych”.⁴³²

Według Słownika Języka Polskiego PWN miano eksperta można nadać „specjaliście powoływanemu do wydania orzeczenia lub opinii w sprawach spornych” lub „osobie uznawanej za autorytet w jakiejś dziedzinie”.⁴³³ Z kolei W. Walter uważa, że sytuacja w której ktoś „zostaje zidentyfikowany jako ekspert, a ktoś nie, zależy od badacza”.⁴³⁴ Definicja ta wydaje się być niewystarczająca, bowiem nie obejmuje np. kryteriów odróżniających ekspertów od nie-ekspertów. Rodzi też ryzyko obdarzenia prawie każdego człowieka mianem eksperta. Brak jednoznacznych kryteriów sprawia, że wywiad z ekspertem nie różniłby się od innych technik badawczych, np. wywiadu narracyjnego czy etnograficznego. Próbę definiowania terminu „ekspert” należy rozpocząć od analizy cech odróżniających wiedzę ekspercką od wiedzy potocznej oraz zdroworozsądkowej.⁴³⁵ Zatem badacz społeczny zwraca się do jednostki jako eksperta z powodu posiadania przez niego wiedzy, którą niekoniecznie mógłby on osiągnąć samodzielnie oraz która nie jest dostępna w badanym obszarze działania. W gestii badacza pozostaje decyzja z kim chce przeprowadzić wywiad, we własnym polu działania. Należy zaznaczyć, iż nie każda osoba uznana za eksperta może być potencjalnym informatorem/rozmówcą. Według R. Hitzler, A. Honer i

⁴³⁰ Ibidem, s. 131.

⁴³¹ Piórkowski P. D.: *Autorytety...*, op. cit., s. 31-32.

⁴³² Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki...*, op. cit., s. 135.

⁴³³ Słownik języka polskiego PWN, hasło: „ekspert”. <https://sjp.pwn.pl/sjp/ekspert;2556241/wejście> 04.08.2022/

⁴³⁴ Meuser M., Nagel U.: *The Expert Interview and Change in Knowledge Production*, [w:] A. Bogner, B. Littig, W. Menz: *Interviewing Experts. Research methods series*. Palgrave Macmillan, New York 2009, s. 18.

⁴³⁵ Meuser M., Nagel U.: *The Expert Interview...*, op. cit. s. 17- 18.

C. Maeder „ekspertem” można nazwać osobę, która posiada: „zinstytucjonalizowany autorytet do konstruowania rzeczywistości”.⁴³⁶ Wiedza tego rodzaju daje możliwość supremacji w danym kontekście organizacyjnym oraz obszarze praktykowania.

A. Giddens, uważa, że mnogość pojęć i niejasnych interpretacji w różnych dziedzinach nauki powoduje, że ekspert w epoce nowoczesności staje się jednocześnie laikiem. Obciążenie informacjami sprawia, że zostają przekroczone możliwości adaptacyjne przeciętnego człowieka; skutkuje to ograniczeniami percepcji. Nie możemy być już ekspertami w każdej dziedzinie, jak to bywało np. jeszcze w wieku XIX. Równocześnie niemożliwe jest uwolnienie się od systemów eksperckich w epoce nowoczesności.⁴³⁷ W kluczowych momentach życia ludzie częściej kierują się w stronę systemów eksperckich, konsultantów, terapeutów, doradców etc.⁴³⁸ Swoista „laicyzacja” eksperta zmienia charakter zaufania między laikami a ekspertami: ekspertyza musi być coraz bardziej „inscenizowana”, by uzyskać akceptację osoby korzystającej z wiedzy i doświadczenia specjalisty.⁴³⁹ Należy podkreślić, że ostateczną decyzję korzystania/lub nie korzystania z usług eksperta podejmuje klient-laik. Może bezkrytycznie zaufać wiedzy i doświadczeniu eksperta lub może skorzystać z oferty kogoś innego. Przydatnym narzędziem i środkiem do działalności eksperckiej stał się Internet i fora internetowe, na których można weryfikować kompetencje czy zasięgnąć opinii. Sami specjaliści „rzadko są zgodni w dziedzinie, która jest ich domeną”.⁴⁴⁰

W większości dziedzin laik jest zdolny do uzyskania (w relatywnie łatwy sposób) dostępu do informacji, które są komponentami w procesie kształtowania wiedzy.⁴⁴¹ Społeczny status eksperta wymaga potwierdzenia kwalifikacji, np. w formie specjalistycznych dyplomów i certyfikatów, można je najczęściej uzyskać po określonym treningu/stażu oraz instytucjonalnej weryfikacji posiadanych umiejętności. Uzyskanie statusu eksperta w dziedzinach pożądanym społecznie (np. prawo, medycyna) wiąże się z nierzadko z dużym nakładem pracy oraz przejściem

⁴³⁶ Ibidem, s. 19.

⁴³⁷ Giddens A.: *Nowoczesność i tożsamość*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 195.

⁴³⁸ Ibidem, s. 196-197.

⁴³⁹ Bogner A., Littig B., Menz W.: *Interviewing Experts...*, op. cit., s. 5.

⁴⁴⁰ Ibidem, s. 194.

⁴⁴¹ Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki...*, op. cit., s. 133.

przez skomplikowany proces weryfikacji umiejętności.⁴⁴² Osiągnięcie statusu osoby, której można nadać miano eksperta jest wyzwaniem, które warto podjąć, bowiem wiedza staje się dobrem pożądanym. „Zwykle jest tak, że im większym ekspertem jest dana osoba i im większą ma wiedzę, tym jej zachowanie jest bardziej wartościowe jako wskazówka w niejasnej sytuacji”.⁴⁴³

Granica między wiedzą ekspercką a wiedzą laika niekiedy się zaciera; nie jest tak wyraźna jak dawniej. Jak już wskazano większy dostęp do informacji umożliwia naukę większej rzeszy ludzi, a dostęp do statusu eksperta uzyskać można zazwyczaj po określonym czasie i/lub weryfikacji posiadanych umiejętności.⁴⁴⁴ Paradoksalną „laicyzację” wiedzy eksperckiej można konfrontować ze stanowiskiem, według którego ekspert w celu zachowania swojego statusu, winien stale podnosić własne kompetencje, a jego wiedza powinna być permanentnie uzupełniana i rozwijana.⁴⁴⁵

Alfred Schütz wyróżniał trzy typy idealne, tj. eksperta, dobrze zorientowanego obywatela (well-informed citizen) oraz człowieka z ulicy- laika (man on the street). Głównym kryterium przyporządkowania do jednego z typów stanowi stosunek do otaczającej rzeczywistości- stopień „gotowości do przyjęcia rzeczy za pewnik”.^{446, 447} Wyznacznikiem jest odpowiedź na pytania czy dana osoba przyjmuje rzeczywistość bezrefleksyjnie i zachowuje się w sposób wyuczony w określonych okolicznościach; czy też potrafi podjąć wysiłek by zrozumieć mechanizmy jakie wywołują określone zjawiska, co skutkuje świadomym wyborem reakcji w stosunku do konkretnej sytuacji.

Wiedza ekspercka posiada też pewne limity w postaci ograniczenia/zawężenia do danego zakresu, a jednocześnie w danym obszarze jest usystematyzowana i klarowna. Ekspert dysponuje zadaniową, stosunkowo dobrze określoną kompetencją cząstkową z zakresu wiedzy

⁴⁴² Ibidem., s. 133.

⁴⁴³ Aronson E., Wilson T.D., Akert R. M.: *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Zysk i S-ka, Poznań 1997, s. 277.

⁴⁴⁴ Skryplonek Ł.: Wywiad ekspercki..., op. cit., s. 134-135.

⁴⁴⁵ Ibidem, s. 132.

⁴⁴⁶ Schütz, A.: The Well-Informed Citizen: An Essay on the Social Distribution of Knowledge, *Collected Papers* 1964, Vol. 2 (The Hague: Nijhoff), s. 123.

⁴⁴⁷ Imber J. B.: The Well-Informed Citizen: Alfred Schultz and Applied Theory, *Human Studies* 1984 7 (3-4): 117- 118.

specjalistycznej, której potrzebuje, by pełnić swoją funkcję. Opinie eksperta opierają się na uzasadnionych twierdzeniach, a oceny nie bazują na intuicji, ale na ugruntowanych argumentach. Ekspert posiada metaświadomość dotyczącą zdarzeń, która pozwala przybliżyć rzetelną i pełną analizę określonych zjawisk społecznych.⁴⁴⁸

Z kolei „człowiek z ulicy” dysponuje wiedzą z różnych obszarów, jednakże nie zawsze jest ze sobą spójna. Stosuje on wytyczne, które obligują do konkretnego działania w sekwencji, której ściśle przestrzega; nie rozumiejąc jednak jednostkowego sensu ani też logiki mechanizmów działania. Realizacja „wyuczonych algorytmów” przebiega bezrefleksyjnie, trudno doszukiwać się pytań o istotę działania czy też oczekiwany ich rezultat. W efekcie „człowiek z ulicy” „żyje [...] naiwnie w swoich wewnętrznych powiązaniach oraz w swojej własnej grupie”.⁴⁴⁹

Przekonania i wartości powstają pod wpływem namiętności i uczuć, które są wyznacznikiem hierarchii potrzeb. „Człowiek z ulicy” posiada spójny punkt oparcia, funkcjonujący dopóki żaden z elementów nie koliduje z jego dążeniem do osobistego szczęścia.⁴⁵⁰

Typ „dobrze zorientowanego obywatela” plasuje się pomiędzy dwiema powyższymi kategoriami. Jego zamiarem nie jest dążenie do uzyskania wiedzy eksperckiej, nie zamierza też kierować się emocjami czy przekonaniem, jakie dominują u „człowieka z ulicy”. To „dobre zorientowanie” polega na preferowaniu racjonalnie uzasadnionych opinii w dziedzinach wiedzy, które wymagają trudu zdobywania specjalistycznych kompetencji. „Dobrze zorientowany obywatel” wybiera opinie ekspertów, którzy w sposób logiczny są zdolni do uzasadniania własnego zdania. Sytuując się między mnogością rozwiązań powinien posiadać umiejętność skutecznego oraz racjonalnego wyboru.⁴⁵¹

Każdy człowiek w zależności od sytuacji przyjmuje różne role (tj. eksperta, „człowieka z ulicy” czy też „dobrze zorientowanego obywatela”). Przyjmowanie ról jest bardziej przejawem

⁴⁴⁸ Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki...*, op. cit., s. 134-135.

⁴⁴⁹ Imber J. B.: *The Well-Informed Citizen: Alfred Schultz...*, op. cit. s. 129.

⁴⁵⁰ Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki...*, op. cit., s. 136-137.

⁴⁵¹ *Ibidem*, s. 137.

stosunku do określonego obszaru wiedzy niż konkretnym opowiedzeniem się za jakimś wyborem i sposobem działania.⁴⁵²

Należy także wspomnieć o próbie doprecyzowania definicji „eksperta” i „specjalisty”. Problematyka wywiadu eksperckiego koncentruje się na określonym zasobie wiedzy tj. wiedzy specjalistycznej, która rozwija się proporcjonalnie do wiedzy ogólnej pod względem zakresu i znaczenia. Specjalistyczne zasoby wiedzy społecznej są zróżnicowane i w wielu przypadkach muszą być nabywane w długoletnich procesach socjalizacji, z których w końcu wyłania się typ wiedzy określany jako „specjalistyczna”. Specjalista zatem dysponuje, relatywnie dobrze określoną wiedzą z zakresu subdyscypliny, w której pełni swoją funkcję. Natomiast „ekspert” posiada dobry przegląd wiedzy ogólnej i specjalistycznej w danej dziedzinie.⁴⁵³

W konsekwencji ekspert posiada „pełniejszą” wiedzę, dzięki której nie tylko jest zdolny do rozwiązywania problemów, ale również powinien skutecznie identyfikować i wyjaśniać ich przyczyny. Dysponując zasobem wiedzy, która jest charakterystyczna dla danej dziedziny, jest w stanie zaproponować sposób rozwiązania nurtujących kwestii lub je zmodyfikować dla potrzeb rozwiązania danego problemu w obszarze swoich kompetencji.⁴⁵⁴ Znamienne dla eksperta jest nie tylko posiadanie elitarnego zasobu wiedzy, lecz również branie odpowiedzialności za wskazanie możliwych rozwiązań problemów. Bowiem ekspert może być pociągnięty do odpowiedzialności za realizację lub zaniechanie w trakcie wykonywanych czynności.

J. Stempień i W. Rostocki uważają, że wywiady eksperckie są stosowane w socjologii relatywnie rzadko jako technika badawcza. Na fakt ten może np. wskazywać brak rozdziałów poświęconych tej kwestii w wielu podręcznikach dotyczących metodologii badań socjologicznych.^{455, 456, 457} Można to tłumaczyć sytuacją, w której socjologowie „aspirują-

⁴⁵² Ibidem, s. 138.

⁴⁵³ Pfadenhauer M.: *At Eye Level...*, op. cit., s. 81-82.

⁴⁵⁴ Ibidem, s. 82.

⁴⁵⁵ Stempień J., Rostocki W.: *Wywiady...*, op. cit. s. 89.

⁴⁵⁶ Zob. Sztumski J.: *Wstęp do metod i badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2005; Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004; Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D.: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Zysk i S-ka, Poznań 2001.

w określonym polu dociekań- do miana ekspertów, a zarazem nie zawsze są zainteresowani niesocjologiczną wiedzą fachową w danym obszarze”.⁴⁵⁸ Badacz staje „ponad” rzeczywistością i zakłada, iż jest zaopatrzony w rodzaj „metaświadomości” oraz specjalistycznych kompetencji.⁴⁵⁹ Jednakże odwołanie się do wiedzy eksperckiej i doświadczenia aktorów społecznych skutkuje przemodelowaniem roli socjologa jako autonomicznego i kompetentnego naukowca badającego dany obszar rzeczywistości. Zmienia się bowiem relacja pomiędzy badaczem a uczestnikiem badania. Socjolog uznaje odmienność roli respondenta, akceptuje jego quasi-autorski wkład w uzyskane wyniki. Kosztem tej „transakcji” jest zmiana relacji władza-wiedza, a także nieco ryzykowna reorientacja statusu badacza. Badacz nie powinien traktować instrumentalnie ankietowanego, winien pamiętać, iż uczestnik badania jest partnerem w badaniu. Otwartość na merytoryczne sugestie badanego powinny zostać uwzględniane, bowiem uczestnik badania-ekspert autonomicznie konstruuje wiedzę o społeczeństwie.⁴⁶⁰

Ekspert-badacz posiada potrzebę zarządzania relacjami z silnymi podmiotami badawczymi, jednocześnie musi zabiegać o równowagę w tej relacji, by zabezpieczyć cel badań. Wiąże się to m.in. z rozpoczęciem procesu negocjacji i konstruowaniem własnej pozycji, a także statusu badanego.

Metoda eksploracyjnego wywiadu eksperckiego może zatem służyć jako narzędzie do prowadzenia badań nad wybranymi zjawiskami społecznymi, które są stosunkowo słabo poznane i opisane. Badania mogą być realizowane z ekspertami posiadającymi wiedzę kontekstową oraz z osobami z otoczenia, które pomogą wzbogacać materiał badawczy swoim doświadczeniem. Głównym celem eksploracyjnego wywiadu eksperckiego nie jest pozyskanie jak największej ilości materiału, porządkowanie i porównanie wiedzy, lecz bardziej zgłębienie, sondowanie (sounding

⁴⁵⁷ Z kolei M. Meuser i U. Nagel stwierdzają, że wywiad ekspercki jest jedną z najczęściej stosowanych metod badań jakościowych, zwłaszcza w socjologii przemysłu, badaniach dot. organizacji, edukacji czy też politologii. Zob. Meuser M., Nagel U.: *The Expert Interview and Changes in Knowledge Production*, [w:] A. Bogner, B. Littig, W. Menz: *Interviewing Experts. Research methods series*. Palgrave Macmillan, New York 2009, s. 37.

⁴⁵⁸ Stempień J., Rostocki W.: *Wywiady...*, op. cit., s. 89-90.

⁴⁵⁹ Wyka A.: *Badacz społeczny wobec doświadczenia*. Warszawa 1993, IFiS PAN, s. 47.

⁴⁶⁰ *Ibidem*, s. 96-97.

out) tematu, który stanowi obiekt zainteresowania badacza.⁴⁶¹ Trend ten dość dobrze wpisuje się w badanie leczenia niemedyceznego. BOWIEM jest to zjawisko w niewielkim stopniu poznane, zbadane i opisane. Zastosowanie eksploracyjnego wywiadu eksperckiego może pomóc w zdefiniowaniu tego fenomenu oraz ustaleniu strategii działania poprzez badanie ekspertów oraz praktyków leczenia niemedyceznego.

We współczesnym świecie wiedza ekspercka jest pożądana w wielu dziedzinach życia społecznego. Możliwości wykorzystania wywiadów eksperckich otwierają dostęp do wiedzy specjalistycznej, wiedzy praktycznej, trudno dostępnej dla laika. Celem metody jest eksploracja lub zebranie danych z określonego obszaru zainteresowań, a także podkreślenie znaczenia doświadczeń i perspektyw rozmówcy dla lepszego zrozumienia konkretnej rzeczywistości społecznej.⁴⁶² Przy wyborze metody gromadzenia danych należy określić czemu mają służyć te wywiady. Charakter planowania badań powinno się też odpowiadać na pytanie jaką wiedzę chcemy uzyskać, bowiem grupa ekspertów może nie udzielić odpowiedzi na każdą postawioną przez badacza kwestię. Problemem jest też wytypowanie właściwych ekspertów, którzy potrafią oddzielić poglądy ekspertów od opinii osoby prywatnej. Przeprowadzając badania metodą wywiadu eksperckiego należy dążyć do unikania angażowania się badacza w wewnętrzne konflikty ekspertów.^{463, 464}

Dzięki analizie tego typu danych można tworzyć realistyczne prognozy sytuacji, czy opisywać kierunki rozwoju danego obszaru. Wywiady eksperckie są cennym źródłem wiedzy o ramach interpretacyjnych i opiniach określonej grupy osób. Wywiad ekspercki tworzy także inną wartość- konstruuje nową wiedzę.

⁴⁶¹ Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki...*, op. cit., s. 138- 139.

⁴⁶² Döringer S.: The Problem-Centred Expert Interview. Combining Qualitative Interviewing Approaches for Investigating Implicit Expert Knowledge, *International Journal of Social Research Methodology* 2021 (3), s. 265-266. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1766777>. /wejście 10.11.2022/

⁴⁶³ Meuser M., Nagel U.: *The Expert Interview...*, op. cit. s. 21.

⁴⁶⁴ Cukras-Stelągowska J.: Wywiady eksperckie z przedstawicielami elit- możliwości i ograniczenia w badaniach nad grupami o statusie mniejszościowym, *Przegląd Badań Edukacyjnych* 2012, nr 34, s. 115-116.

1.5. Dobór próby- metoda kuli śniegowej

Metoda kuli śniegowej (śnieżnej, *snowball sampling*) jest skąpo opisywana w polskojęzycznych podręcznikach metodologii badań społecznych.⁴⁶⁵ Dobór próby metodą kuli śnieżnej jest zaliczany do nieprobabilistycznej techniki doboru, uważany przez niektórych badaczy za formę doboru przypadkowego.^{466, 467}

Earl Babbie definiuje pojęcie kuli śniegowej oraz wyjaśnia tę procedurę. „W metodzie kuli śnieżnej badacz zbiera dane o kilku członkach danej populacji, których da się odszukać, a następnie prosi te osoby o dostarczenie informacji potrzebnych do odnalezienia innych członków tej populacji, których akurat znają.”⁴⁶⁸ Socjolog zaznacza, iż termin „kula śnieżna odnosi się do akumulacji, gdyż każda odszukana osoba podaje inne osoby”.⁴⁶⁹ Badacz zauważa również, że reprezentatywność prób wyselekcjonowanych za pomocą tej procedury może budzić zastrzeżenia, więc ta metoda stosowana jest przede wszystkim w badaniach eksploracyjnych.^{470, 471, 472} M. Magierowski zauważa, że metoda ta wykorzystywana jest przede wszystkim w badaniach specyficznych, przy trudno dostępnych grupach.⁴⁷³ Metoda kuli śniegowej jest skuteczna podczas budowania próby o rozsądnej wielkości, zwłaszcza, kiedy jest stosowana jako część badania naukowego na małą skalę. Patrick Biernacki i Dan Waldorf metodę kuli śniegowej nazywają „doborem opartym na łańcuchu rekomendacji”⁴⁷⁴ (*chain referral sampling*), jednakże *snowball sampling* zaszeregowany jest do szerszej kategorii metod doboru opartej na łańcuchu rekomendacji. Dobór metodą kuli śnieżnej posiada liczne zastosowania i jest szeroko stosowany w socjologii jakościowej. Metoda ta jest szczególnie użyteczna podczas badań dotyczących delikatnych tematów lub spraw prywatnych,

⁴⁶⁵ Sęk M.: *Dobór próby przy pomocy metody kuli śniegowej (snowball sampling)*, [w:] B. Fatyga (red.), *Praktyki badawcze*. Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW, Warszawa 2015, s. 59.

⁴⁶⁶ Ibidem.

⁴⁶⁷ Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 205.

⁴⁶⁸ Ibidem, s. 206.

⁴⁶⁹ Ibidem.

⁴⁷⁰ Ibidem.

⁴⁷¹ Denscombe M.: *The Good Research Guide: for small social research projects*. McGraw-Hill International, New York, NY 2010, s. 37.

⁴⁷² Konecki K. T.: O socjologii jakościowej, *Roczniki Nauk Społecznych* 2016, t. 8 (44), nr 4, s. 28.

⁴⁷³ Magierowski M. *Dobór próby*. <http://researchonline.pl/baza/czytaj/podkategoria/42> /dostęp 13.12.2022/

⁴⁷⁴ M. Sęk uważa, iż tłumaczenie terminu „*chain referral sampling*” jest problematyczne, ponieważ słowo „*chain*” można tłumaczyć dwojako; jako sieć i łańcuch, co może wpływać na samo postrzeganie metody, bowiem te typy połączeń (sieć i łańcuch) posiadają inną budowę.

zatem wymaga wiedzy osób z wewnątrz, by zlokalizować osoby do badania.⁴⁷⁵ Z kolei J. Coleman argumentował, że jest to metoda zaprojektowana specjalnie do badań socjologicznych, bowiem pozwala na pobieranie próbek naturalnych interakcji między jednostkami.⁴⁷⁶

M. Denscombe przestrzega przed wyborem metody kuli śnieżnej jedynie w oparciu o wygodę badacza, może to sugerować „leniwe podejście do pracy [naukowej, przyp. P.Z-B.]”.⁴⁷⁷ Dobry badacz wybiera swoje obiekty do badań nie na podstawie tego, że są najłatwiejsze do zdobycia, lecz z konkretnych powodów związanych z przedmiotem badań.⁴⁷⁸ Stosując dobór próby w formie kuli śniegowej wskaźnik odpowiedzi na zaproszenie do badań są zwykle znacznie wyższe, niżeli zaproszenia do badania wysyłane pocztą lub e—mailem.⁴⁷⁹

W doborze próby metodą kuli śniegowej zostają pomijani ludzie żyjący w odosobnieniu czy izolacji, z którymi kontakt jest utrudniony (ze względu na występowanie barier komunikacyjnych) lub polecenie danej osoby wydaje się niestosowane. M. Sęk zaznacza, że „to, co nazywane jest rekomendacją odpowiada nie tylko na treści prośby przedstawionej przez badacza, ale też świadczy o postrzeganiu sytuacji udziału w badaniach, wiedzy o znanych sobie osobach [...]. Respondenci biorący udział w badaniach poproszeni o podanie 3 najbliższych osób, wiedząc, że badacz zamierza do nich dotrzeć i przeprowadzić z nimi takie samo badanie, wybierają spośród bliskich takich, których chcą (z przeróżnych zresztą powodów) wskazać.”⁴⁸⁰

Warto tutaj zauważyć, że akumulacja nie jest jedynym procesem podczas doboru próby. Równie ważne jest obserwowanie zjawiska toru kuli śniegowej. Tocząca się kula pozostawia ślad, więc warto podjąć próbę opisu „toru kuli”. Podjęcie tego wyzwania wnosi dużo informacji o metodzie, a także ukazuje refleksyjność badacza. Ważny jest opis zarówno osób polecających, jak i odmów czy też rezygnacji. Bowiem wskazane rekomendowane osoby mogą jedynie potencjalnie

⁴⁷⁵ Biernacki, P., Waldorf: D.: Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling, *Sociological Methods and Research* 1981, Vol.10 No.2 (November 1981), s. 141- 142.

⁴⁷⁶ Biernacki P., Waldorf D.: Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods and Research* 1981, t. 10, nr 2, s. 141 cit. per Coleman J. S.: Relational analysis: the study of social organizations with survey methods, *Human Organization* 1958, 17.

⁴⁷⁷ Denscombe M.: *The Good Research Guide...*, op. cit., s. 38.

⁴⁷⁸ Ibidem, s. 38.

⁴⁷⁹ Ibidem, s. 38- 39.

⁴⁸⁰ Sęk M.: *Dobór próby przy pomocy metody kuli śniegowej...*, op. cit., s. 67.

wziąć udział w badaniu. Polecający mogą nie dysponować aktualnymi informacjami, nie jest również pewne, iż badacz otrzyma zgodę na udział w badaniu. M. Sęk wyjaśnia, że nazwa tego zjawiska może odwoływać się do „spuszczania ze zbocza niewielkiej kulki śniegu, która ze względu na nachylenie terenu toczy się sama w dół, zbierając stopniowo, pod wpływem własnego ciężaru, leżący na zboczu śnieg”.⁴⁸¹ Jednakże na równinie toczenie kuli wymaga początkowo ulepiania kulki niedużych rozmiarów, którą się pcha przed sobą i zagarnia kolejne warstwy, do uzyskania upragnionej wielkości. Nie jest to jednorazowy, niekontrolowany wzrost wielkości kuli, gdzie nie posiada się kontroli nad torem kuli (oprócz początkowej fazy). W przypadku toczenia proces jest kontrolowany, wymaga ciągłego wysiłku fizycznego i jest również dość żmudny. Podobnie można opisać proces zbierania danych. W doborze próby bardzo ważna jest powtarzająca się sekwencja, tj. badacz prosi osobę badaną o polecenie kolejnych osób, które następnie zaprosi do badania. Badacz sam rozstrzyga w jaki sposób będzie działać sieć rekomendacji i do jakich osób dotrze.⁴⁸² Polecenia nie zawsze nawarstwiają się w trybie geometrycznym, czasami respondent, np. nie jest w stanie polecić kolejnej osoby. Analogia do kuli toczącej się ze zbocza nie oddaje w pełni wysiłku jaki badacz musi wnieść podczas zbierania danych. Można odnieść wrażenie, iż wystarczy znaleźć niewielką liczbę badanych na początku trwania badania a później respondenci „sami się znajdują”.⁴⁸³ Istniejąca literatura metodologiczna sugeruje, że jest to samoistne, samonapędzające się zjawisko, bowiem w jakiś magiczny sposób postępuje bez udział badacza.⁴⁸⁴ Badacz musi aktywnie i intencjonalnie rozwijać i kontrolować inicjację, postęp i zakończenie/zaprzestania próby. Sęk uważa, że Babbie w żaden sposób nie akcentuje, „iż proces doboru próby wymaga kontroli ze strony badacza, nie mówiąc o działaniach wspierających rozwijanie metody”.⁴⁸⁵

Jednym z obszarów problemowych może być znalezienie respondentów i uruchomienie łańcuchów poleceń. Jednym z wyzwania dla badacza może być widzialność społeczna uczestników

⁴⁸¹ Ibidem, s. 60.

⁴⁸² Ibidem, s. 60- 62.

⁴⁸³ Podkreśl. wł.

⁴⁸⁴ Biernacki, P., Waldorf: D.: Snowball Sampling..., op. cit., s. 143.

⁴⁸⁵ Sęk M.: *Dobór próby przy pomocy metody kuli śniegowej...*, op. cit., s. 69.

badania (*social visibility*), rozumiana jako możliwość ich zlokalizowania. Badacz może mieć pewne trudności z uzyskaniem dostępu do populacji z dużą widocznością społeczną, np. policja, pielęgniarki, nauczyciele szkolni, jednakże wiedza o tym, gdzie je zlokalizować nie stanowi większych trudności. Oczywiście istnieją takie obszary, które teoretycznie obfitują w możliwość poznania kolejnych potencjalnych respondentów, jednakże mogą okazać się złudne, bezowocne lub poniesiony wysiłek włożony w pozyskanie odpowiedniej liczby respondentów jest zbyt duży w odniesieniu do liczby pozyskanych badanych. „Znaczenie ma tu liczba potencjalnych respondentów, którą uda się znaleźć w danym obszarze, w relacji do wysiłku jakiego wymagało ich odnalezienie”.^{486, 487}

Według Biernackiego i Waldorfa pozyskiwanie respondentów może odbywać się za pośrednictwem reklam, ogłoszeń publicznych, artykułów w gazetach lub czasopismach, ewentualnie za pośrednictwem wiadomości radiowych lub telewizyjnych. Zalecają jednak, by to rozwiązanie stosować tylko w ostateczności. Decydując się na taką metodę pozyskiwania badanych należy zachować szczególną ostrożność i nie ujawniać wszystkich kryteriów kwalifikujących do badania, bowiem może to skutkować problemami związanymi z weryfikacją chętnych. Natomiast wskazanie zbyt małej liczby kryteriów może nieść za sobą komplikacje związane z zarządzaniem, tj. trudności z odrzucaniem niekwalifikujących się, lecz chętnych do ochotników badania. Najwłaściwszym sposobem pozyskiwania respondentów jest sposób drugi, który nie powinien mieć znaczącego wpływu na prawdziwość wyników badania.⁴⁸⁸ Gdy udział w badaniach wiąże się z gratyfikacją finansową należy ochotników poddać szczegółowej weryfikacji.⁴⁸⁹

Douglas uważa, że autoprezentacje dokonywane przez dobrowolnych uczestników badania nie mogą być brane za dobrą monetę⁴⁹⁰; tj. badacz nie powinien bezrefleksyjnie przyjmować daną postawę badanego za pewnik, winien krytycznie traktować każdego kandydata do badań.

⁴⁸⁶ Ibidem, s. 72.

⁴⁸⁷ Biernacki, P., Waldorf: D.: Snowball Sampling..., op. cit., s. 144- 146.

⁴⁸⁸ Ibidem, s. 149.

⁴⁸⁹ Sęk M.: *Dobór próby przy pomocy metody kuli śnieżkowej...*, op. cit., s. 73.

⁴⁹⁰ Biernacki, P., Waldorf: D.: Snowball Sampling..., op. cit., s. 148.

Weryfikacja potencjalnych respondentów powinna odbywać się za pośrednictwem osób trzecich oraz triangulacji danych. W przypadku wyczerpania pierwotnych kontaktów, które badacz wykorzystywał do zapoczątkowania łańcuchów w jakimkolwiek badaniu, naukowiec mierzy się z kolejnym problemem, tj. inicjowaniem nowych kontaktów. Badacz przenosząc się w nowe obszary (w których nie ma z góry nawiązanych kontaktów lub są one nieliczne) natrafia na trudności związane z zaufaniem do potencjalnych respondentów.⁴⁹¹ Pomocne może być zaangażowanie respondentów jako potencjalnych asystentów badacza. Taki sposób postępowania zakłada, iż wiedza i doświadczenie jest rozplanowane w sposób zróżnicowany oraz, że pewne osoby w związku ze swoją przyszłą lub obecną sytuacją posiadają większą dostępność i wiedzę na temat określonych dziedzin życia. Respondenci/asystenci badacza mogą łatwiej tworzyć łańcuch rekomendacji, ponieważ mogą już być świadome potencjalnych respondentów lub istnieje większa szansa na ujawnienie się potencjalnych, nowych badanych.⁴⁹² Jednakże nie wszyscy respondenci powinni być poproszeni o rekomendacje innych osób, ponieważ nie są w stanie lub nie powinni być angażowani do systematycznej pomocy w badaniu. Wydaje się, że najważniejszym czynnikiem brany pod uwagę przy selekcji respondentów przy pomocy w badaniu jest stopień zaufania do respondenta/asystenta badania, że zrozumie on cele badania i zaprezentuje projekt naukowy w sposób akceptowalny zarówno dla badacza, jak i potencjalnego badanego. Biernacki i Waldorf uważają, iż konieczne jest, aby respondenci zatrudnieni jako asystenci przechodzili pewne szkolenia, aczkolwiek minimalne. Szkolenia powinny zawierać elementy rozumienia kryteriów kwalifikowalności.⁴⁹³

Rodzaj danych użytecznych w każdym eksploracyjnym badaniu będzie różnić się w zależności od etapu badania naukowego. Każdy etap badania determinuje korzystanie z różnych typów łańcuchów z przeróżnych powodów. Wysiłek włożony ze zbieraniem danych, na początku, posiada charakter czysto eksploracyjny, a celem jest po prostu rozpoczęcie pracy badawczej. Jeśli to możliwe, to na

⁴⁹¹ Ibidem, s. 148- 149.

⁴⁹² Ibidem, s. 154.

⁴⁹³ Ibidem, s. 153- 154.

początku badacz zaczyna od nawiązywania kontaktów z osobami, o których wiadomo, że spełniają kryteria badawcze określonego badania. Jak już wcześniej wspomniano badanie można także upublicznić- na tym etapie wywiady przeprowadzane są z badanymi, gdy się znajdują i gdy stają się dostępni. W miarę postępu pracy badawczej kontrola nad łańcuchami poleceń przeobraża się w bardziej szczegółową, a także opiera się na rozważaniach merytorycznych.⁴⁹⁴ Kontrola może być przeprowadzona w celu upewnienia się czy próba obejmuje respondentów, którzy pod względem jakościowym, a czasami również rygiorem statystycznym prezentują to, co przyjmuje się jako ogólną charakterystykę danej populacji.

W niektórych badaniach eksploracyjnych rozsądne jest, by część wywiadów przeprowadzić dopiero na późniejszych etapach badania w celu weryfikacji. Kolejnym problemem, na który może natrafić badacz jest ograniczenie liczby przypadków w podgrupie. Należy zadawać sobie pytania: Ile jeszcze przypadków w należałoby zebrać i w jakim kierunku należy toczyć kulę śniegową? Odpowiadając na te pytania trzeba wziąć pod uwagę dwie składowe, tj. reprezentatywność próby oraz powtarzalność danych. Bieżąca analiza danych jest wymagana wtedy, gdy celem badania jest stworzenie teorii. Powinno się dokonywać analizy typów respondentów zarówno pod względem merytorycznym, jak i teoretycznym. Analiza merytoryczna pozwala uzyskać informacje, dzięki którym można podjąć decyzje o ograniczeniu liczebności dowolnej podgrupy w próbie, czyli pozwoli upewnić się, iż cechy próbki będą w przybliżeniu odpowiadać tym, które przyjmuje się za istniejące rzeczywistej populacji.⁴⁹⁵ Takie działanie ma na celu zapobieganie możliwości zniekształcenia próby, by nie odzwierciedlała ona jedynie jednej podgrupy. Przy powtarzalności danych należy ograniczyć liczbę rekomendacji z danego łańcucha. Biernacki i Waldorf sugerują, że wspomniane wcześniej kryteria są czasami naruszane podczas wykonywania badań. I tak niektóre doświadczenia mówią o potrzebie przeprowadzenia dodatkowych, lecz nie wnoszących do badania

⁴⁹⁴ Ibidem, s. 155.

⁴⁹⁵ Sęk M.: *Dobór próby przy pomocy metody kuli śniegowej...*, op. cit., s. 74.

wywiadów, tylko po to, by nie urazić entuzjastycznego respondenta, który to mógłby zagrozić kontynuacji niektórych łańcuchów poleceń/torów kuli.^{496, 497}

Ważnym zadaniem dla badacza pracującego w oparciu o metodę kuli śnieżowej jest ustalenie szybkości z jaką łańcuchy referencji są inicjowane i rozwijane. Jednym z wyzwań może okazać się tendencja do tworzenia się grup, które będą posiadały informacje o badaniu od pierwotnego źródła. Może to nieść ze sobą ryzyko powstania kilka kul śnieżowych, które tocząc się jednocześnie, mogą zamienić się w lawinę, tj. spowodować chaos w badaniach. Dlatego szybkość z jaką rozwija się łańcuch poleceń, a tym samym kule śnieżowe, powinien być stymulowany, spowalniany czy też w razie potrzeby czasowo zatrzymany. Należy tutaj mieć na uwadze fakt, iż jeśli referencje nie zostaną natychmiast podjęte to znalezione „tropy” zostaną zapewne utracone.

Na każdym etapie badań musi istnieć pewność, iż zbierane są prawidłowe dane, tj. uzyskane informacje muszą być regularnie monitorowane. Szczególnie ważne jest by regularnie kontrolować dane, które są utrwalane np. nagrywane. Warto jest w krótkim odstępie czasu od uzyskania nagrania wykonać transkrypcję, by mieć kontrolę nad poprawnością zebranych informacji.^{498, 499}

Pozyskiwanie próbek za pomocą metody kuli śnieżowej wydaje się być procesem nieskomplikowanym i dającym możliwość zaoszczędzenia czasu badacza. Jednakże w praktyce może okazać się metodą pracochłonną i czasochłonną, szczególnie gdy mamy na myśli weryfikację respondenta i/lub pozyskanego materiału. *Snowball sampling* daje możliwość zebrania danych bez posiadania dużych nakładów finansowych. Pozyskane informacje służą przede wszystkim eksploracji danego zjawiska, bowiem rzadko uzyskuje się reprezentatywność próby.

1.6. Badacz w procesie zbierania i analizowania danych

W naukach społecznych istnieje tendencja opisywania oraz objaśniania rzeczywistości w sposób bezosobowy. Niekiedy pomija się realną obecność badacza jako podmiotu uczestniczącego w procesie wytwarzania wiedzy. Niekiedy zakłada się, że jest on „przezroczystym

⁴⁹⁶ Biernacki, P., Waldorf: D.: *Snowball Sampling...*, op. cit., s. 157- 158.

⁴⁹⁷ Sęk M.: *Dobór próby przy pomocy metody kuli śnieżowej...*, op. cit., s. 74- 75.

⁴⁹⁸ Biernacki, P., Waldorf: D.: *Snowball Sampling...*, op. cit., s. 158- 159.

⁴⁹⁹ Sęk M.: *Dobór próby przy pomocy metody kuli śnieżowej...*, op. cit., s. 76.

narzędziem nie wywierającym zasadniczego wpływu na ostateczne wyniki i sam proces realizacji badania lub jakby wypowiedane słowa nie płynęły od konkretnej osoby, ale stanowiły wypowiedź ahistoryczną i bezosobową, relacjonującą obiektywne fakty”.⁵⁰⁰ Ujęcie przedstawiające badaczy jako „obiektywnych obserwatorów” wynika prawdopodobnie z dążenia do uzyskania intersubiektywnej wiedzy, sprawdzalności, a także utrzymaniem kontroli nad procesem badawczym.⁵⁰¹

Na przykład E. Clarke zwraca uwagę, iż danymi stają się tylko te elementy świata, które badacz spostrzegł, poznał, a które zostały dołączone do analizy. Aspekty rzeczywistości, które zostały pominięte lub niezauważone nie będą przedmiotem takich rozważań. Słynne słowa Barney’ a B. Glasera „*all is data*”, które można rozumieć jako przekonanie, iż wszystko może stanowić źródło informacji, a rolą badacza jest gromadzenie, utrwalanie i klasyfikowanie danych. Dla Glasera dane mogą być zarówno subiektywne jak i obiektywne, konstruowane przez badacza oraz „czyste” (*pure*), a więc napotymane/odnajdywane w analizowanej rzeczywistości.⁵⁰² Wszystkie artefakty będą istnieć bez względu na to czy badacz z nich skorzysta czy też nie. Mówiąc o danych mamy na myśli te źródła, które są użyteczne dla badającego, które zostały przez niego „wprowadzone” do projektu badawczego. Clarke wyraża opinię, że dane są „konstruowane” przez osobę badającą. Nie mamy do czynienia z inną „przestrzenią zewnętrzną”, która mogłaby pozostawać poza konstrukcją, z której „dobiera się” dane.^{503, 504, 505}

Uczony w trakcie swej pracy występuje w podwójnej roli - jest zwykłym uczestnikiem interakcji społecznych i zdarzeń oraz prowadzącym badanie na temat wyodrębnionego poznawczo

⁵⁰⁰ Kacperczyk A.: Badacz i jego ciało w procesie zbierania i analizowania danych- na przykładzie badań nad społecznym światem wspinaczki, *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2012, t. VIII, nr 2, s. 33.

⁵⁰¹ Ibidem, s. 33-34.

⁵⁰² Kacperczyk A.: Badacz i jego poszukiwania w świetle „Analizy Sytuacyjnej” Adele E. Clarke, *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2007, t. III, nr 2, s. 9.

⁵⁰³ Ibidem, s. 9.

⁵⁰⁴ Berger P., Luckmann T.: *The Social Construction of reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Anchor Books, Garden City, New York 1966. Za: Kacperczyk A.: Badacz i jego poszukiwania..., op. cit. s. 9.

⁵⁰⁵ Blumer H.: Race Prejudice as a Sense of Group Position, *Pacific Sociological Review* 1958, t. 1, s. 3.

fragmentu rzeczywistości. Uczestnik świata społecznego przeżywa swoiste „zapętlenie”. Niejednokrotnie występuje zamiana świata badacza i uczestnika rzeczywistości społecznej.⁵⁰⁶

Osobiście, jako badaczka, działam w specyficznym środowisku i konkretnym kontekście społeczno-kulturowym. Uczestniczę, więc równocześnie jestem częścią przebiegających w nim procesów. Nie jestem w stanie oddzielić ich od mojego obszaru świata nie-naukowego. W tym wypadku specyficznym środowiskiem jest *uniwersum* leczenia niemedyceznego, do którego można zaliczyć pacjentów (i ich rodziny) stosujących terapie wchodzące w skład CAM, ale też nieprofesjonalnych terapeutów, naukowców i również całe środowisko lekarskie, którego zjawisko korzystania z leczenia niemedyceznego również dotyczy. Wszyscy uczestnicy tego *uniwersum* poruszają się i działają wewnątrz tego obszaru wpływając na siebie nawzajem.

W ramach tej koncepcji rozprawy podejmuję próbę rekonstrukcji obrazu wskazanego *uniwersum*. Warto przy tym zaznaczyć, że moje wykształcenie oraz doświadczenie zawodowe, hierarchia wartości czy też poziom wrażliwości znacząco wpływają na sposób w jaki postrzegam dany fragment rzeczywistości.

Stąd też pragnę przedstawić swoją osobistą perspektywę, z jakimi osobistymi doświadczeniami opisuję interesujące mnie zjawisko. Z medycyną jestem związana od ponad 13 lat. Początkowo jako studentka kierunku położnictwo na studiach I i II stopnia, następnie jako osoba wykonująca zawód położnej z ponad dziewięcioletnim stażem. Studia, praca, doświadczenie zawodowe zdobyte w różnych instytucjach oraz samokształcenie w tej dziedzinie ukształtowały mój sposób recepcji świata. Zgodnie z przyjętą metodologią i jej założeniami mam świadomość, że podczas analizy zgromadzonych danych nie jestem w stanie pominąć własnych kompetencji, interpretacji, doświadczeń, np. „słownictwa branżowego”, charakterystycznego dla osób

⁵⁰⁶ Kacperczyk A.: Badacz i jego ciało w procesie zbierania..., op. cit., s. 41.

pracujących w ochronie zdrowia. Jestem w tej rzeczywistości w pewien sposób „zanurzona” i determinuje to np. moje postrzeganie danych, dopuszczam jednak możliwość odmiennych ich ocen i interpretacji.

1.7. Realizacja projektu badawczego

Realizację projektu badawczego rozpoczęłam w listopadzie 2021 roku, a zakończyłam w marcu 2023 roku. Etap realizacji badania składał się z fazy rekrutacji potencjalnych uczestników, fazy przeprowadzenia wywiadów oraz fazy kodowania materiału. Powyższe etapy nie były jednak realizowane chronologicznie, w wymienionej kolejności. Wykorzystałam trzy sposoby odkrywania potencjalnych rozmówców. Przede wszystkim, prowadziłam rekrutację w oparciu o wysyłanie do potencjalnych uczestników badania prywatnych wiadomości mailowych oraz na portalach społecznościowych lub poprzez kontakt telefoniczny. Ostatnim sposobem pozyskiwania uczestników badania było zastosowanie metody kuli śniegowej, opisany szerzej w części poświęconej metodologii.

Respondentów podzieliłam na dwie grupy: praktyków oraz ekspertów. Praktycy stanowili zbiór terapeutów leczących ludzi za pomocą technik leczenia niemedycznego. Eksperci natomiast byli naukowcami różnorodnych specjalizacji czy dyscyplin, którzy badali różne obszary CAM (leczenia niemedycznego). Ostatecznie przeprowadziłam 8 wywiadów z praktykami oraz 3 wywiady z ekspertami.

Przed właściwą rozmową respondenci zapoznawali się z celem badania oraz byli informowani o możliwości anonimizacji wypowiedzi. Ze względu na to, iż większość badanych nie wyraziła zgody na ujawnienie danych osobowych to zdecydowałam zanonimizować wszystkie osoby biorące udział w badaniu. Ponadto, warto zaznaczyć, że w trakcie przeprowadzania wywiadu korzystałam z autorskiego narzędzia badawczego - kwestionariusza wywiadu eksperckiego.

Podczas kodowania danych używałam CAQDAS (Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software, oprogramowanie wspomagające analizę danych jakościowych) a dokładniej

bezpłatnego narzędzia typu *open source* - „Taguette”. Umożliwiło mi ono segmentację oraz podział wywiadów na mniejsze jednostki analityczne, tj. kodowanie, przeszukiwanie tekstu i zakodowanego fragmentu, filtrowanie i kategoryzację kodów oraz ich hierarchizację. Narzędzie to dało mi możliwość łatwego i wielokrotnego przeszukiwania różnych fragmentów „analogicznie zakodowanego tekstu bez jego dekontekstualizacji, to jest utraty informacji ułatwiających jego zrozumienie.”⁵⁰⁷ Wykorzystanie tego narzędzia zdecydowanie usprawniło pracę nad rozproszonym materiałem empirycznym oraz skłoniło do ciągłej weryfikacji własnego warsztatu oraz uczenia się i rozwijania umiejętności analitycznych.⁵⁰⁸

Zdecydowałam się zapisywać *memos* w formie metody manualnej. Rozwiązanie to pomogło zorganizować mi notatki w taki sposób, który najbardziej mi odpowiada, jeśli chodzi o graficzne przedstawienie idei i pomysłów. Zapisywanie odręcznych notatek pozwoliło na lepsze zrozumienie treści oraz połączenie różnych elementów badania.

1.8. Trudności związane z rekrutacją i prowadzeniem wywiadów

K. Stachura uważa, że: „<<wejście>> w teren zyskuje w warunkach technologicznego zapośredniczenia nowe znaczenia oraz generuje cały zestaw nieoczywistych wątpliwości, z którymi badacze muszą się zmagać”.⁵⁰⁹ Umieszczenie w przestrzeni wirtualnej całego lub części procesu badawczego wiąże się z ciągłym podejmowaniem wyzwań, wynikających z faktu, iż część procesu rekrutacji oraz realizacji wywiadów przeprowadzałam online. Pierwszą fazą w procesie pozyskiwania respondentów online było wysłanie indywidualnych zaproszeń do udziału w badaniu dla wybranych osób zajmujących się zawodowo leczeniem z wykorzystywaniem metod zaliczanych do leczenia niemedycznego. Starłam się maksymalnie różnicować rekrutowanych nieprofesjonalnych terapeutów uwzględniając bogactwo źródeł dostępnych w Internecie,

⁵⁰⁷ Bryda G.: CAQDAS a badania jakościowe w praktyce, *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2014, t. 10, nr 2, s. 17.

⁵⁰⁸ Ibidem, s. 22.

⁵⁰⁹ Stachura K.: *Problemy zapewnienia jakości w badaniach online*, [w:] P. Sudas (red.), *Metody badań online*. Wydawnictwo Naukowe Katedra, Gdańsk 2016, s. 159.

przeszukując zarówno profile zawodowe umieszczone na takich portalach jak Facebook czy też Instagram, ale również strony internetowe, na których osoby działający na polu CAM prezentowały swoją sylwetkę. Poszukiwałam także grup parentingowych pod kątem wzajemnego polecenia specjalistów działających w ramach leczenia niemedycznego. Próbowałam także odpowiedzieć na pytanie: jakie treści powinny znaleźć się w treści indywidualnego zaproszenia, (tu starałam się m.in. nakreślić problematykę badanego zjawiska, opisać obopólne korzyści wynikające ze współpracy oraz podać informacje „techniczne” np. dotyczące przewidywanej długość rozmowy). Jednocześnie miałam świadomość, że zajmuję się tematem, który wcześniej nie był często eksplorowany, co może wywoływać nieufność potencjalnych respondentów. Nie łatwe było też ustalenie liczby odbiorców, którzy ostatecznie otrzymaliby zaproszenie do udziału w badaniach. Pamiętając o niskiej efektywności tego sposobu rekrutowania badanych, chciałam, wysłać zaproszenia do największej liczby nieprofesjonalnych terapeutów.

Na początku założyłam, iż uczestnikami badania będą praktycy z Lublina i okolic. Niestety ze względu na nikły odzew postanowiłam rozszerzyć teren badania. Uczestnicy badania pochodzili z Lublina, Warszawy, Poznania, Kielc czy Krakowa. Trudno jest też jednoznacznie określić zakres geograficzny działalności praktyków, bowiem byli oni bardzo mobilni, posiadali kilka gabinetów w różnych lokalizacjach, a niektórzy praktykowali swoją działalność również w Internecie.

Istniało także zagrożenie, biorąc pod uwagę kontrowersyjny temat, czy będę w stanie zrealizować postawione cele i pozyskać dostateczny zbiór danych. Niektórych z ekspertów określałam jako wysoce przydatnych, bowiem ich doświadczenie zawodowe obejmowało ponad 20 lat. Np. jeden z respondentów podczas rozmowy na temat propozycji udziału w wywiadzie przekonywał mnie, iż „*temat jest interesujący i ważny*” oraz wyraził opinię, że „*jestem świadomą badaczką*”, jednocześnie próbował wpłynąć na kształt części teoretycznej mojej pracy. Specjaliści z zakresu leczenia niemedycznego obawiali się wykorzystania nagrania w celu „*ośmieszenia swojej osoby*” lub podważania dorobku całego systemu CAM. Najczęściej proces pozyskiwania danych od eksperta trwał średnio około 3-4 tygodni. Co obejmowało wysłanie zaproszenia do

badania poprzez platformę Facebook/mail lub kontakt telefoniczny, później uzgadnianie terminów spotkania / najczęściej poprzez kontakt mailowy lub za pomocą mediów społecznościowych. Należy pamiętać, że eksperci najczęściej byli osobami aktywnymi w *social mediach*, posiadali rozbudowaną bazę klientów/pacjentów, więc nie mieli zbyt wiele wolnego czasu na aktywności poza zawodową. Media społecznościowe dają możliwość szybkiego zaistnienia w sieci, pozyskania nowych pacjentów, czy też bardziej bezpośredniego kontaktu z pacjentami/sympatykami CAM. Najdłuższą relacją jaką nawiązałam z nieprofesjonalnym terapeutą trwała ok. 4,5 miesiąca. Badany dysponował wolnym czasem jedynie w weekendy, chociaż niekiedy również w soboty i niedziele przyjmował klientów. Interesował się również sportem, dlatego kontakt był podwójnie utrudniony z uwagi na rozgrywki w ramach Mistrzostw Świata w Piłce Nożnej 2022. Z kolei np. inni badani zajmowali się rozwojem osobistym, w tym uczestnictwem w konferencjach jako uczestnicy czynni lub bierni i/lub byli wykładowcami CAM.

Bez względu na sposób w jaki rekrutowałam potencjalnych badanych trudnym doświadczeniem było dla mnie sytuacja, w której poziom zainteresowania ze strony potencjalnych respondentów był niski w porównaniu do poniesionych nakładów mojej pracy. Tak więc proces pozyskiwania rozmówców wymagał ode mnie wytrwałości, a także niejednokrotnie podejmowania prób zachęcenia poszczególnych osób do udziału w badaniu. Inną, rodzącą problemy, sytuacją był brak stałego kontaktu z pozyskanym respondentem. Przerwy w komunikacji były dla mnie frustrujące, bowiem zależało mi na systematycznie pozyskiwanych danych oraz wiązało się z opóźnieniem procesu pozyskiwania danych. Te doświadczenia skłoniły mnie w konsekwencji do refleksji, przyjąłam, iż to naturalne, że badani kontrolują tempo komunikacji oraz w pewnym stopniu posiadają „kontrolę” nad naszą relacją.

Problematyczne były dla mnie także sytuacje, w których potencjalni badani rezygnowali z udziału w badaniu po otrzymaniu propozycji udziału w badaniu naukowym. W takiej sytuacji zwykle prosiłam o podanie powodu tej decyzji. W ponad 90% odmów pytanie pozostawało bez odpowiedzi. Niekiedy nieprofesjonalni terapeuci jako powód rezygnacji podawali brak czasu

„trudno wygospodarować mi w tej chwili czas na tego typu spotkanie”, brak zainteresowania tematem i badaniami. Spotkałam się także z sytuacją, w której osoba stosująca praktyki CAM początkowo myślała, iż jestem pacjentką i wtedy była dyspozycyjna, jednakże gdy wyjaśniłam na czym polega mój projekt, to terapeuta stracił zainteresowanie kontaktem. Najtrudniejsze były sytuacje, w których komunikacja z potencjalnymi respondentami, była już na zaawansowanym poziomie i w pewnym momencie osoby te przestawały się ze mną komunikować bez podania przyczyny. Skutkowało to niemożnością podjęcia działań naprawczych, aby móc uniknąć tego typu sytuacji w przyszłości.

Zdarzało się, że w trakcie przeprowadzania badania, by ułatwić interakcję podczas trwania wywiadu oraz poniekąd w celu oceny słuszności interpretacji zbieranego materiału zadawałam pytanie, które weryfikowało poprzednią odpowiedź rozmówcy w kontekście pytań badawczych.⁵¹⁰ Już po pierwszym wywiadzie oczywistym było dla mnie, iż nie będę w stanie zaangażować się z każdym podmiotem badań w „dyskusję, która wyłania się, gdy każdy z nas daje drugiemu przestrzeń interpretacyjną i rozciąga się, aby zrozumieć perspektywę drugiego”.⁵¹¹ Miały tu miejsce okoliczności przypominające „pozycjonowanie ucznia” tj. niektórzy uczestnicy badania przyjmowali rolę „nauczycieli”/”mentorów” np. by pouczyć mnie na czym polegała niepoprawność zadawanych przeze mnie pytań. Co miało sugerować, iż moja zdolność rozumienia badanych zjawisk oraz moja perspektywa była „ograniczona”.

Niektórzy rozmówcy chcieli zaprosić mnie na badanie bym to ja ze swojego ujęcia opisała to co czułam, bowiem ich zdaniem : „teorię mogę znaleźć w całym Internecie”. W tych wypowiedziach można było wyczuć obawę o porównywanie ich praktyk z praktykami medycyny akademickiej.

⁵¹⁰ Obelene V.: *Expert versus Researcher: Ethical Considerations in Process of Bargaining a Study*, [w:] A. Bogner, B. Littig, W. Menz: *Interviewing Experts*. Research methods series. Palgrave Macmillan, New York 2009, s. 189.

⁵¹¹ Borland, K.: *That's not what I said: Interpretative conflict in oral narrative research*, [w:] R. Perks, A. Thomson A., *The Oral History Reader*. Routledge, London 1998, s. 331.

Na koniec rozmowy prosiłam o zarekomendowanie innych praktyków, którzy mogliby udzielić wywiadu. Moi rozmówcy z reguły chętnie polecali innych praktyków związanych z metodami zaliczanymi do CAM. Jednakże rekomendowane osoby najczęściej nie były zainteresowane udziałem w projekcie. Jedynie jedna z poleconych osób zgodziła się wziąć udział w badaniu.

Wywiady z ekspertami - osobami, które w pracy naukowej badają leczenie niemedyczne/medycynę komplementarną i alternatywną (CAM) zostały przeprowadzone na dobranej celowo grupie. Przed wywiadem przeprowadziłam analizę stanu badań, w tym informacji o publikacjach, projektach badawczych, zainteresowaniach, cytowaniach oraz pozyskanych grantach. Krąg ekspertów, którzy zajmują się naukowo leczeniem niemedycznym jest niewielki; liczbę osób dodatkowo ogranicza fakt, iż lekarze naukowcy niekiedy zajmują się również praktykowaniem CAM, co powoduje, że można ich zakwalifikować jako grupę „praktyków”. W swoich rozważaniach brałam pod uwagę socjologów, psychologów, antropologów, historyków medycyny, osoby wykonujące zawody medyczne tj. lekarzy, pielęgniarki, a także m.in. farmaceutów. W tej sytuacji bardzo przydatna była metoda kuli śniegowej w procesie pozyskiwania rozmówców. Eksperti mieli „spersonalizowaną wiedzę” o innych specjalistach. Przydatnym „doradcą” okazał się Profesor Włodzimierz Piątkowski, ekspert w badającym leczeniu niemedycznym w Polsce. Jednakże ze względu na etykę badań nie został on poproszony o udzielenie wywiadu. Posiadając wieloletnie doświadczenie w badaniach nad socjologią leczenia niemedycznego oraz utrzymując bogate kontakty z przedstawicielami nauki z różnych dziedzin stał się „początkiem łańcucha rekomendacji”.

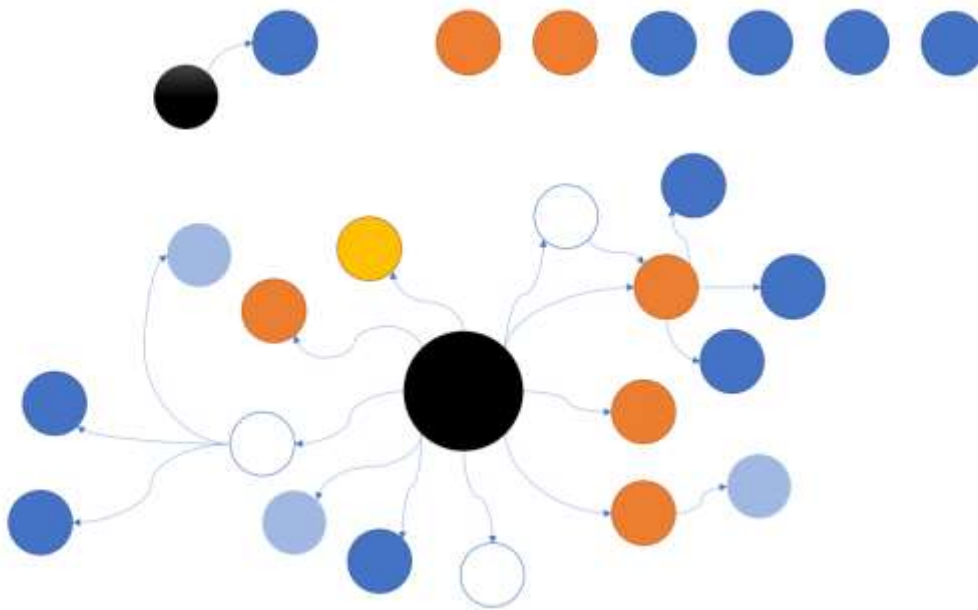
Profesor W. Piątkowski podał dziewięć rekomendacji. Trzy osoby zgodziły się na udzielenie wywiadu, trzy odmówiły od razu, dwie osoby się zgodziły, jednak przy dalszym kontakcie zaczęła tworzyć się luka komunikacyjna, tj. eksperci nie odpisywali na wiadomości. Jeden kontakt okazał się być profilem niepasującym do przyjętej metody, bowiem według moich założeń metodologicznych nie był on ekspertem - naukowcem, a jedynie lekarzem, niezajmującym się w

pracy naukowej tematyką leczenia niemedycznego/CAM. Potencjalni badani wnieśli swój wkład w poznanie zagadnień związanych z leczeniem niemedycznym w przeszłości; jednakże podczas korespondencji okazywało się, że przestali to robić, odeszli od tego nurtu badawczego i/lub rozpoczęli badania w innej subdyscyplinie. *„Od ładnych kilku lat nie zajmuję się już socjologią medycyny. W ogóle nie zajmuję się pracą badawczą, jedyne co robię, to jeden wykład monograficzny <<socjologia medycyny>> dla studentów lokalnej szkoły wyższej”*. Potencjalni respondenci nie uważali się za ekspertów np. *„nie wydaje mi się, żeby mnie to upoważniało do miana <<eksperta>>”*. Spotkałam się z sytuacją, gdy dwóch innych ekspertów polecało danego naukowca, ale sam badacz CAM nie czuł się ekspertem z leczenia niemedycznego w Polsce, bowiem prowadził badania w innej części świata. *„Nie uważam się (i nie mogę być uznana) za ekspertkę w obszarze CAM w Polsce. Wynika to przede wszystkim z faktu, że reprezentuję antropologię społeczno-kulturową, dla której podstawową metodą badawczą są pogłębione badania terenowe, tymczasem prowadziłam jedynie zupełnie wstępne badania ze studentami (w ramach praktyk) na przełomie lat 80. i 90., których później już nie kontynuowałam.”* Również brak czasu był czynnikiem powodującym odmowę- *„nadmiar obowiązków chyba mi nie pozwala na takie przedsięwzięcia”*.

Eksperci odmawiający chęci udziału w badaniu polecali innych naukowców, których profil mógł pasować do celów badania naukowego. Jednakże nie otrzymałam od tych osób żadnej odpowiedzi. Zdarzały się sytuacje, w których eksperci byli ze sobą w kontakcie i rozmawiali o moich badaniach. Tutaj warto wspomnieć o pomocy jednej z ekspertek, która pomimo hospitalizacji i długiej rehabilitacji zgodziła się udzielić odpowiedzi na pytania. Otrzymywałam informację o innych, potencjalnych ekspertach, jednakże nie skutkowały one przeprowadzeniem wywiadu, tj. dwie propozycje pozostały bez odpowiedzi, a w jednym przypadku ekspertka wyraziła zgodę, by przy finalizacji rozmowy zawiesić kontakt. Ciekawą sytuacją była rekomendacja eksperta od nieprofesjonalnego terapeuty, który jest „guru homeopatii”. Niestety

osoba ta nie pracowała już na uczelni, jest emerytowaną profesorką, co powodowało niemożność skontaktowania się.

W trakcie przebiegu procesu badawczego głównym wyzwaniem była konieczność jednoczesowego rekrutowania dwóch grup badanych, to jest zarówno osób/terapeutów stosujących w swojej pracy metody wchodzące w skład CAM i mających kompetencje w zakresie praktykowania sposobów leczenia oraz naukowców-ekspertów, którzy w pracy naukowej badają leczenie niemedyczne/ medycynę komplementarną i alternatywną (CAM), prowadzenia wywiadów oraz analizowania danych zgodnie z konstruktywistyczną wersją metodologii teorii ugruntowanej. Ten nielinearny przebieg procesu badawczego wymagał ode mnie kreatywności, elastyczności i cierpliwości.



- Odmówił wywiadu
- Udzielił wywiadu
- „Początek łańcucha rekomendacji”
- Brak kontaktu
- Zgodził się na wywiad, ale go nie przeprowadzono
- Nie pasował do profilu

Rycina 1 Dobór próby ekspertów- osób, które w pracy naukowej badają leczenie niemedyczne/ medycynę komplementarna i alternatywną (CAM) przy pomocy metody kuli śnieżowej.

III. CZĘŚĆ BADAWCZA

W ramach realizowanego projektu przeprowadziłam serię wywiadów z ekspertami posiadającymi merytoryczne kompetencje w dziedzinie badania CAM. Należy podkreślić, że uwzględniłam zarówno opinię tak zwanych praktyków, jak i akademickich badaczy eksplorujących to zjawisko. Każda z rozmów trwała około godziny i miała charakter wstępnie ustrukturyzowany. Moi rozmówcy wypowiadali się na tematy poruszone wcześniej w pytaniach badawczych, mając równocześnie możliwość komentowania innych wątków oraz odnoszenia się do różnorodnych zagadnień bezpośrednio lub pośrednio związanych z lecnictwem niemedycznym.

Rozdział opiera się na fragmentach tych rozmów dotyczących pytań badawczych. Dodatkowo, dzięki wspomnianym dygresjom możliwe do wyodrębnienia stały się dwa wątki istotne dla większości interlokutorów, które omówiono w osobnych podrozdziałach dotyczących: wpływu pandemii COVID-19 na lecnictwo niemedyczne oraz doświadczenia innych krajów jako wzór współpracy lecnictwa niemedycznego z medycyną akademicką.

1. Konstruowanie *universum* lecnictwa niemedycznego w narracjach praktyków stosujących metody wchodzące w skład lecnictwa niemedycznego

1.1. Kontekst i forma działalności praktyków

1.1.1. Wykształcenie i staż pracy

Osoby, które w swojej pracy stosowały metody zaliczane do lecnictwa niemedycznego często posiadały gruntowne wykształcenie przeddyplomowe na poziomie uniwersyteckim oraz podyplomowe w postaci kursów oraz studiów podyplomowych. Niektórzy z respondentów posiadali wykształcenie medyczne, np. dyplom ukończenia pielęgniarstwa czy kierunku lekarskiego. Jedna osoba podkreślała, iż ukończyła studia medyczne, a prowadzącymi zajęcia byli lekarze. Dla praktyków bardzo ważne było podkreślenie swojego wykształcenia i roli uzyskanych kompetencji oraz posiadanie dokumentów „potwierdzających” ich status zawodowy.

„[...] zaczęłam studia najpierw jako ziołoznawca, podyplomowe studia na Uniwersytecie Rzeszowskim, potem skończyłam towaroznastwo zielarskie kosmetyków i żywności funkcjonalnej w Krośnie w Podkarpackiej Uczelni Wyższej. To też była podyplomówka. Później w międzyczasie zrobiłam kurs zielarz fitoterapeuta [...]. Później zrobiłam kurs naturoterapeuty i egzamin zawodowy czeladnika naturoterapii u pana Zdzisława Hudaka, który tworzył prawne podstawy zawodu naturoterapeuty w Polsce. Ukończyłam też studia podyplomowe z psychodietetyki” [P01]

„Czyli z jednej strony pracowałam w placówce. Bo zaczęłam tak pracować, [...] czyli tam byłam specjalistą [pielęgniarką, przyp. P.Z-B.]” [P03].

„[...], bo ja ziołolecznictwo kończyłam na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu i tam uczyli nas lekarze.” [P05]

„Zaczęliśmy się tym interesować, pokończyłam różne kursy, różnych terapii próbowałam.” [P06]

„Ja skończyłam AWF. Na początku poszedłem bardziej w kierunku rehabilitacji niż sportu, tak czy inaczej ze zwyrodnieniami, czy zwichnięciami już miałem do czynienia. [...] Tak myślę, że na raz się uczyłem na jednej specjalizacji i na drugiej. W pierwszej połowie dnia była jedna, w drugiej druga i dwie udało się.” [P07]

„ [...] , bo ja jestem internistą”. [08]

Staż pracy praktyków bywał różny. Wahał się od 2 lat (w momencie przeprowadzania wywiadu) do ponad 30 lat. Dla większości moich rozmówców bycie praktykiem CAM oznaczało przekwalifikowanie się lub zdobycie drugiego zawodu.

„Zaczęłam się szkolić od roku 2017, natomiast swój gabinet, znaczy, tę firmę rodzinną, mamy od 2020 roku. Wtedy otworzyliśmy gabinet.” [P06]

„Jeżeli chodzi o tę formę medycyny, to pracuję już w tej chwili 4 lata. I jeżeli chodzi o formę współpracy, to pracuję jako indywidualna osoba” [P03]

„Homeopatię zaczęłam od 2017 r., więc to już mamy prawie 5 lat, tak mniej więcej. No nie, będzie 6. Prawie 6 lat” [P02]

„Jest to blisko 9 lat, ale nie taki był mój cel, bo w 2013 roku założyłam sklep z zdrową żywnością [...]” [P01]

„w temacie właśnie tej medycyny szerszej doświadczenie lekarskie mam około 15-letnie. [...] natomiast w tym temacie [medycyna holistyczna, przyp. P.Z-B.] pracuję 8-9 lat. Dziewięć w tym roku będzie.” [P08]

„Szkolenie dwu-, trzyetapowe było wprowadzone. Ja w 89 roku to skończyłem”.

[P07]

1.1.2. Motywy wyboru (nowych) kwalifikacji zawodowych

Wybór konkretnej metody pracy był najczęściej podyktowany naturalną „ścieżką rozwoju” w danym czasie i określonych okolicznościach życiowych. Nie zawsze była to kwestia swobodnego wyboru, np. w przypadku jednego z praktyków CAM stał się metodą pracy, gdy zmienił miejsce zamieszkania z ZSRR, w którym terapie manualne była uznawana za medycynę akademicką, natomiast w polskim systemie legislacyjnym metody terapii manualnej zaliczane są do nurtu leczenia niemedyceznego. Osoba ta rozpoczęła studia na AWF, po których mogła specjalizować się w terapiach manualnych i chiropraktyce, bowiem polskie przepisy na to pozwalały.

„Ja zaczynałem też od rehabilitacji, takiej dość tradycyjnej, czyli masaże, te mobilizacje i tak dalej i w specjalizacjach terapii manualnych, bo ja pochodzę ze Związku Radzieckiego i w latach 84 był wprowadzony już termin terapii manualnej, wprowadzono, dołączono do medycyny. Nawet jeszcze pojęcie rehabilitacji nie było tak do końca określone, a terapia manualna już się pojawiła.” [P07]

Impulsem do zmiany ścieżki kwalifikacji zawodowych, według Autorki cytowanej poniżej wypowiedzi, był fakt, iż klienci podczas zakupów w sklepie ze zdrową żywnością mieli nadzieję uzyskania kompetentnych porad dotyczących zdrowego stylu życia. Terapeutka zdecydowała się dostosować się do oczekiwań klientów i poszerzyła swoje usługi o doradztwo zdrowotne.

„założyłam sklep z zdrową żywnością i bardzo szybko się okazało, że osoba, która pracuje w takim sklepie za ladą, jest osobą, od której klienci oczekują, że będzie im doradzać w zakresie zdrowia. Tak było, że bardzo długo rozmawiałam z klientami zza lady” [P01]

W relacjach respondentów można było zauważyć, iż nie wszyscy praktycy od początku wiązali swoją zawodową przyszłość z leczeniem niemedyceznym. Istotnym czynnikiem były też osobiste doświadczenia „bycia pacjentem”, rozczarowanie medycyną konwencjonalną, braki w jej efektywności, a także niemożność działania w obszarze świadczeń medycznych. Wszystko to skłaniało do samodzielnego poszukiwania „alternatywnych rozwiązań”.

„Bo ja np. sama kiedyś dwa razy usłyszałam - byłam osobą od małego chorującą, mama zawsze uważała, że jestem najstarsza w miocie i tak dalej i to wyglądało tak, że chorowałam co chwilę. Później, gdzieś na studiach miałam jedną operację, później drugą operację, potem miałam sama problemy - miałam udar niedokrwienny. I mimo tego, że miałam np. lekarza - teścia i jego narzędzia, żeby mi pomóc się skończyły - jest jakiś zakres tej medycyny konwencjonalnej i rozkładają ręce, koniec.” [P06]

„zaczęliśmy szukać metod, które mi pomogą, natknęliśmy się na te naturalne metody.” [P06]

Impulsem do poszerzania swojej oferty terapeutycznej o metody wchodzące w skład lecznictwa niemedycznego jest przekonanie o dużej skuteczności konkretnej metody, „sprawdzonej na pacjentach”. Innym motywem była otwartość moich rozmówców na nieznaną im dotąd technikę leczenia i chęć poszerzenia *spectrum* swoich umiejętności.

„tak naprawdę najpierw mnie zaciękała akupunktura, która zaczęła dawać w niektórych powiatach efekty niespodziewane dobre i mnie to pociągnęło [...]” [P07]

„Natomiast dodatkowo, po pewnym czasie, że ta homeopatia to nie wszystko i dodatkowo do swojej praktyki wprowadziłam elementy totalnej biologii, czyli poszukiwanie tematu konfliktów tzw. biologicznych, od czego pewne rzeczy się zaczęły u danej osoby.” [P02]

1.1.3. Metody i techniki pracy z pacjentem

Praktycy CAM najczęściej bardzo realistycznie i obiektywnie oceniają swoją profesję, mając świadomość jej ograniczeń. Znają granicę nabytych umiejętności oraz posiadanych „potencjałów”. Dbają też np. o stosowanie prawidłowego nazewnictwa obowiązującego wewnątrz swojej grupy zawodowej, sprzeciwiają się używaniu nie akceptowanej taksonomii, co może dezawuować działalność praktyków CAM, w tym konkretnym przypadku ziołarzy/ fitoterapeutów.

„Ziołarz fitoterapeuta to jest taki zawód, który w sumie nie daje żadnych uprawnień oprócz pracy w sklepie ziołarsko-medycznym, ale daje podstawy pracy z człowiekiem, z ziołami.” [P01]

„Jeżeli ktoś z fitoterapeutów mówi, że uzdrawia, to ze strony innych fitoterapeutów jest oceniany czasem jako magik naciągacz. Fitoterapeuci zajmują się pracą z ziołami i używają substancji aktywnych. Oczywiście, że

celem wszystkiego jest uzdrowienie człowieka, ale słowo uzdrowiacz brzmi mało fachowo w polskim języku.” [P01]

Wątek związany ze szczegółowym opisem charakteru swojej pracy przewijał się dość często w treści rejestrowanych wypowiedzi. Autorzy chcieli w jak najbardziej zrozumiały i jasny sposób przedstawić specyfikę swojej pracy.

„[praktyki- przyp. P.Z.-B.] Nazywają się terapie manualne. To jest to określenie, które jakby idzie w zakresie dość często do jednego worka „chiropraktyka”, nie? Terapie manualne i to, co jeszcze w Polsce bardzo znane, mobilizacje, ale to jest, no każdy ma swoje troszeczkę jakby niuanse. Terapia manualna to jest jakby bardziej ogólne. Praca idzie ze stopami, to znaczy pracujemy z kośćcem. To znaczy, że każdy staw w organizmie, w tym kościec, możemy poprawić albo nie możemy, jeżeli jest zwyrodniały. I na tym polega jakby takie bazowe podejście przede wszystkim do nerwobólu, bo dość często bywa tak, że ludzie chodzą na rehabilitację taką tradycyjną, dobrze opracowaną, ale nie daje skutku. Dlaczego? No bo w kośćcu nie było poprawione. Nasze podwichnięcia blokady mają znaczenie i dość często bywają taką główną, taką głębinową przyczyną i jak po rozblokowaniu, jeżeli oczywiście udało się, to dane wszystkie te schodki rehabilitacyjne dają efekt. Fizjoterapia fizykoterapia daje efekt, bo już zlikwidowano te drobne mikroobrzęki przy stawach. Na tym polega.” [P07]

“W zależności, z czym pacjent przychodzi, ale bardzo często stosuję hirudoterapię, czyli pijawki lekarskie, bo one wpływają na krew. Jeżeli krew jest w porządku, jest dobra, dociera zdrowa do każdej komórki w ciele, organizm jest natleniony, odżywiony, jest odblokowany, krążenie jest w porządku... I od tego, wydaje mi się, że trzeba zacząć. Jeżeli ktoś ma w porządku z krążeniem to wszystko, to możemy wtedy np. zrobić jakiś masaż, możemy zrobić akupunkturę.” [P06]

W cytowanych relacjach pojawiają się także wątki dotyczące współpracy z lekarzami. Widać wyraźnie, że praktycy CAM starają się kopiować schematy wizyt medycznych: szczegółowa analiza stanu pacjenta, dobieranie technik leczenia ramach w „zespołu terapeutycznego”, podmiotowe spojrzenie na pacjenta, w tym dobieranie leczenia na podstawie wywiadu z pacjentem, to niektóre przykłady takich zapożyczeń i imitacji. Jednak z drugiej strony podkreśla się szersze możliwości „alternatywnych terapii”: szeroki pakiet badań, z których pacjent może skorzystać na miejscu, bez czekania w wielomiesięcznych kolejkach w przychodniach POZ,

możliwość szybkiego i wygodnego umawiania się przez telefon na rozmowę i wizytę u uzdrowiciela etc. Autorzy wypowiedzi podkreślają, że CAM daje także możliwość łączenia różnych metod i technik w trakcie procesu leczenia.

„[...] jest to gabinet terapii naturalnej. [...] Współpracuję z lekarzami, więc analizujemy wyniki badań, opieramy o stan pacjenta, jakie naturalne metody możemy zastosować, jakich nie możemy zastosować. [...]” [P06]

„posługujemy się też spektrofotometrią tkankową czy badaniami też spektrofotometrią spaleniową włosa czyli badaniami poziomu mikroelementów, witamin w organizmie i w związku z tym terapia się też opiera na suplementacji witaminowej i mikroelementowej w oparciu o te niedobory i o wywiad doustną bądź również dożylną czy domięśniową natomiast również w dużej mierzej ozonoterapią.” [P09]

Kolejną cechą terapii komplementarnych jest praca z emocjami. Skupienie się na oddziaływaniu na wewnętrzne struktury osobowości pacjenta co ma być równie ważne jak praca z jego ciałem. Moi rozmówcy podkreślali znaczenie jedności sfery psychosomatycznej ludzi chorych i rolę zaspokojenia ich potrzeb w tym zakresie.

„Zaczynam zawsze od tego, że patrzę przez pryzmat emocji i tego jak funkcjonuje ciało, jakie jest powiązanie emocji z ciałem. To raz. Dwa, to typowo psychologiczne podejście, od strony tego, jak funkcjonuje nasza podświadomość, co tam tak naprawdę mamy. Te wszystkie elementy przez te bardziej klasyczne, czyli to, o czym zazwyczaj myślimy, kiedy mówimy o leczeniu. Ziołolecznictwo, dieta, techniki oddechowe, techniki relaksacyjne, przeróżne substancje naturalne, które mają wspomóc organizm w procesie regeneracji i leczenia. Tego jest dużo. Ja łączę różne medycyny. Bazuję bardzo mocno na medycynie chińskiej, na ogólnie szeroko rozumianej medycynie naturalnej, medycynie świętej Hildegardy. Tak jak wspomniałam, medycyna germańska chociażby, czyli połączenie tego, co się dzieje na płaszczyźnie emocji z tym, co się dzieje na planie ciała.” [P04]

Znaczenie komunikacji i relacji między pacjentem a terapeutą- praktykiem jest ważnym elementem tego typu terapii. Sposób, w jaki praktyk rozmawia z pacjentem, diagnozuje jego potrzeby, to wszystko może mieć wpływ na efekty procesu leczenia, uznaje się ,że „słowo” może mieć dobroczynne właściwości lecznicze. Zastrzega się ,że choć samo słowo nie jest samo w sobie lekarstwem, ale sposób, w jaki się je wykorzystuje w trakcie interakcji.

„że to, jak ja rozmawiam z człowiekiem, jak do niego podchodzę, też ma znaczenie, czyli słowo też leczy.” [P07]

Niektóre relacje ukazują, iż metody i techniki na których się opierają uzdrowiciele są zgodne z zaleceniami ekspertów i federacji zrzeszających terapeutów CAM, co ma sugerować profesjonalizm i bazowanie na zweryfikowanych danych naukowych oraz hołdowanie zasadzie wiarygodności i uczciwości, przez odwoływanie się do zasady: *argumentum ab auctoritate*.

„Opieramy się na wytycznych Światowej Federacji Ozonoterapii stąd robimy nie ozon bezpośrednio gaz dożylnie czy inne formy tak zwane pasy to my tego nie robimy. To są formy właśnie autoimmunoterapii, gdzie krew jest ozonowana zewnątrz ustrojowo [ns 00:05:59] i wtedy jest podawana do krwi z powrotem krew pacjenta już z cytokinami, już z tą informacją biochemiczną i ona jest powielana.” [P08]

„Pracuję kinezylogią stosowaną, którą wymyślił Goodheart, Amerykanin. Pracuję technikami osteopatycznymi. Pracuję akupunkturą. Pracuję metodą kranio-sakralną, twórcą jest uczeń Andrew Stilla. Falami theta, czyli takimi głębokimi wizualizacjami, w taki głęboki stan wprowadzam pacjenta. Pracuję biologią totalną i recall healing. To jest metoda pracy, gdzie my dekodujemy choroby. [...] I medycyna germańska. To jest taka medycyna doktora Hamera.” [P03]

„ [...] też o konfliktach i że te konflikty od razu można zobaczyć i zmapować na mózgu. Czyli mój sposób myślenia będzie generował mój sposób funkcjonowania. I np. jeżeli ja mam [ns 00:02:50], które powodują... Niosę z rodu, z rodziny na poziomie embrionalnym. Czyli te trzy komórki: że moja mama jako pięciomiesięczny płód już miała komórkę jajową, z której ja się urodziłam. Dlatego też jestem połączona z moją babcią. Ja wiem, co ona też czuła. Ja jestem zaprogramowana. Np. jeżeli tam była jakaś forma nienawiści do mężczyzn, jakieś żale i wtedy np. u mnie jest nieświadome myślenie na ten temat, to na poziomie świadomym mam problemy ginekologiczne. I ja mam zmienić mój sposób funkcjonowania i myślenia o danych wydarzeniach. [...] I faktycznie jak ja pracuję z pacjentami i pokazuję im jak działa układ współczulny i przywspółczulny, jak się przełączyć właśnie w tych falach theta, to oni są w stanie wyłapać ten sposób myślenia i w tym drugim układzie przywspółczulnym się zregenerować. Jeżeli to jest oczywiście świeża rzecz. Jeżeli to jest jakaś stara, długa, to jest to proces poszukiwania w dłuższym procesie. I pracuję też modelem konstrukcji emocji amerykańskiego psychiatry, Davida Hawkinsa. Który też zmapował emocje na mózgu i pokazał, że myślenie jest pierwszą fazą. I ta sama myśl jest w tym samym miejscu co emocja, która mi występuje, np. wstydu, i reakcja. I połączył takie trzy elementy. Ja to nazywam trzema bramkami. Więc zawsze masz trzy szanse, żeby zobaczyć, że coś się dzieje i się z tego ewentualnie wycofać. Na ten moment tymi. I jeszcze doktor Joe Dispenza. On pracuje na głębokim poziomie zmiany sposobu myślenia i emocji, żeby przeprogramować sieci neuronalne mózgu. Zrobić

nowe ścieżki neuronalne, czyli wyjść z tego automatycznego funkcjonowania, w którym ja teraz funkcjonuję, do nowego. Czyli na razie takim wachlarzem operuję. Pewnie będzie szerszy.” [P03]

Wypowiedzi te ukazują jak szeroki wachlarz technik i metod jest ofertowych przez praktyków. Dzięki łączeniu różnych nurtów leczenia mają nadzieję, że staną się oferentami leczenia „pierwszego wyboru”, działając holistycznie na sferę socjopsychosomatyczną pacjenta. Należy podkreślić, że przez atrakcyjny i przystępny sposób prezentacji metod swej pracy odwołujący się m.in. do licznych przykładów „sukcesów terapeutycznych” może być przykładem udanej „strategii marketingowej” atrakcyjnej dla „zwykłych ludzi”.

1.1.4. Pierwsza wizyta w gabinecie praktyka CAM

Pierwsza wizyta jest ważnym etapem całego procesu terapeutycznego. Szczególnie ważnym elementem jest skrupulatnie przeprowadzony i starannie interpretowany wywiad. Większość respondentów była świadoma, iż prawidłowo zaplanowany wywiad wymaga czasu i cierpliwości oraz jest procesem długotrwałym i żmudnym. Skrupulatnie zebrane wiadomości oszczędzają czas i zwiększają szanse na postawienia trafnej diagnozy. Znaczenie zaufania zdobytego podczas kontaktów z pacjentem i umiejętność aktywnego słuchania jest kolejnym ważnym elementem pierwszej wizyty.

„U nas taki mamy system pracy, że konsultacja składa się z szeroko rozwiniętego wywiadu. Dosyć długo to trwa [...]co jest dla pacjenta istotne, gdzie moi mistrzowie też mi pokazywali, że ten wywiad jest szalenie ważny, że wiele badań potem jest niepotrzebnych albo bardzo można mocno wycelować i skrócić tok diagnostyczny.” [P08]

„Ten wywiad często trwa nawet godzinę, czasem dłużej, w zależności od okoliczności i doboru leku.” [P02]

„Na pewno wywiad - co dolega, od kiedy, jak ktoś próbował sobie już pomóc, co skutkowało, co nie skutkowało.” [P06]

„Praca to jest duży wywiad na temat wszystkiego, co jest ważne.” [P01]

„Moje pytanie jest zawsze jak ktoś pije zioła, po co je pijesz? Jaki cel chcesz tym osiągnąć?” [P01]

W trakcie przeprowadzania wywiadu istotne jest hołdowanie zasadzie kompleksowego podejścia do pacjenta. Pacjenci przychodzą z prośbą o skuteczną pomoc oraz z konkretnymi oczekiwaniami. Praktycy nie skupiają się na jednym narządzie chorego organizmu, starają się podejść do potrzeb człowieka w sposób kompleksowy. Dążą do poznania człowieka i jego historii chorowania.

„U mnie praca z klientem polega na tym i jest to najważniejszy element, czyli robię duży wywiad. To jest różnica między tym, co klienci mówią, że spotyka ich u lekarzy, czyli czas, który im poświęcam. Sam wywiad to jest czasami godzina, a czasami tak, że osoba otrzymuje ankietę, nad którą musi przysiąść, żeby ją wypełnić. Ankieta na temat swojego zdrowia, swoich chorób, branych suplementów, ziół, tego jak się odżywia. Osoba musi zrobić dzienniczek żywieniowy. Również pytam, czy miała jakieś traumatyczne wydarzenia w życiu, ponieważ one wpływają na stan zdrowia, a ponieważ jestem jeszcze od niedawna terapeutką uwalniania emocji, to łączę te wszystkie aspekty. To jest najważniejszy dla mnie element, że człowieka, który do mnie przychodzi, traktuję kompleksowo. Interesuje mnie jego stan zdrowia fizyczny, psychiczny na zasadzie emocji trudnych i łatwych oraz tego co on je. Praca to jest duży wywiad na temat wszystkiego, co jest ważne. Zalecenia łączą te wszystkie trzy elementy.” [P01]

„Pierwsza wizyta, czyli zawsze najdłuższa, bo trwa zazwyczaj minimum półtorej godziny z tego tytułu, że szczegółowy wywiad zdrowotny, to myślę, że wie każdy terapeuta, jest najważniejszy. Możemy oczywiście mieć szereg wyników różnych badań laboratoryjnych, czy jakichkolwiek innych, natomiast wywiad zdrowotny i poznanie pacjenta, tego w jaki sposób on funkcjonuje, jego subiektywne odczucia, jakie są dolegliwości i później umiejętność przełożenia tego przez pryzmat tego co się dzieje w organizmie i poukładania przyczynowo, to jest konsultacja. U mnie tak to wygląda, dlatego że mocno bazuję na medycynie chińskiej, więc oprócz analizy wyników laboratoryjnych, czy [bio-rozmazów magnetycznych, bo to się zdarza coraz częściej, diagnozuję też z języka i twarzy. To jest dodatkowa diagnoza plus, tylko za zgodą pacjenta, 99% osób mówi tak, po konsultacji radiestezyjnie sprawdzam, czy czegoś tam jeszcze nie mam.” [P04]

„A w homeopatii jest coś takiego, że każdy z tych 10 osób, które przyjdzie, może dostać inny lek. Bo my prowadzimy z nim wywiad, dopytujemy się, co mu pomaga, co przeszkadza, kiedy mu jest lepiej, kiedy mu jest gorzej.” [P02]

Z wypowiedzi praktyków wyłania się obraz pacjenta od którego nie jest łatwo uzyskać potrzebne informacje. Dla pacjentów z kolei udzielanie wywiadu jest swoistym wyzwaniem, któremu trudno podołać i do czego korzystając z placówek służby zdrowia nie są przyzwyczajeni.

„Oczywiście z tym też jest duży problem, bo my jako ludzie nie jesteśmy tego nauczeni. Nie jesteśmy nauczeni opowiadania o sobie. Czasami ciężko się prowadzi wywiad z osobami.” [P02]

„Czasami ciężko się prowadzi wywiad z osobami. Bo tak, jak zazwyczaj szliśmy do lekarza: „Co panią boli? Gardło, ból głowy, mam katar, mam kaszel”, był przepisywany lek i wychodziliśmy z jakąś propozycją lekową. A tutaj ja zadaję pytania, drążę temat od czego to się zaczęło: „Czy pani np. zmarła? Czy pani przewiało? Jaka wtedy była pogoda?”. I ludzie wtedy mają problem z odpowiadaniem na te pytania, bo nie rejestrują pewnych rzeczy, pewnych faktów, bo uważają, że to jest mało istotne. I tak czasami ciężko jest wydobyć tę informację. Więc może być taka sytuacja, że dobierzemy lek na te informacje, które uzyskaliśmy, ale on nie jest tak na 100% dobrany.” [P02]

Niekiedy zaistnieje potrzeba uzupełnienia wywiadu i w efekcie weryfikacji procesu leczenia. Warto wspomnieć, że na drugim spotkaniu weryfikacji zostają poddane zapiski pacjenta, które wcześniej przygotowywał w domu. Praktyk CAM podkreśla, że jest otwarty na kontakt z pacjentem również po zakończonym seansie w gabinecie. Pacjent czuje, że nie jest kolejnym bezimiennym „przypadkiem chorobowym”. Ma poczucie kontroli nad procesem leczenia, możliwość inicjatywy oraz swobodę działania. Z reguły nie czuje się uprzedmiotowiony.

„On może pomóc na 60-70%. I wtedy jeszcze raz się spotykamy i jeszcze raz robimy wywiad po to, żeby wyciągnąć jeszcze jakieś elementy, które umknęły, a będą istotne.” [P02]

„Natomiast z tym, z czym się mierzę, to już wcześniej powiedziałam, czyli z tym wywiadem, z tymi informacjami. Ale staram się weryfikować ten wywiad, tak jak mówiłam. Czyli np. dostaję pierwsze informacje od klienta, proponuję jakieś rozwiązanie homeopatyczne i ono może zadziałać tak, jak powiedziałam w 60-70%. Jeżeli do mnie się zwraca: „Dobrze, jest już mi lepiej, ale coś tam, coś tam”, to wtedy weryfikuję, dopytuję się o następne informacje, które są istotne i ewentualnie zmieniam tę propozycję i się rozstajemy, czyli już nie ma tematu. I tu bardziej w takim kierunku idę. Czyli doprowadzam tę dolegliwość do końca i wtedy wiem, że klient do mnie mówi do mnie: „Tak, już dobrze. Dobrze śpię, nic mnie nie boli”. Na tym kończymy współpracę z tą dolegliwością. I jeżeli pojawi się nowa potrzeba, to jest znowu kontakt.” [P02]

„Sam wywiad to jest czasami godzina, a czasami tak, że osoba otrzymuje ankietę, nad którą musi przysiąc, żeby ją wypełnić. Ankieta na temat swojego zdrowia, swoich chorób, branych suplementów, ziół, tego jak się odżywia.” [P01]

Ważnym etapem podczas wizyty jest procedura podpisania zgód. Przestrzeganie przepisów dotyczących danych osobowych (RODO), jest ważne dla zachowania prywatności i bezpieczeństwa pacjentów. W dobie technologii cyfrowych i przetwarzania danych, konieczne jest zapewnienie odpowiedniego poziomu ochrony prywatności pacjentów. Przestrzeganie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych nie jest jedynie formalnością, ale również podkreśla przestrzeganie i respektowanie wymiaru etycznego terapii oraz pozwala zbudować atmosferę zaufania pomiędzy pacjentem a praktykiem CAM.

„jeżeli chodzi o takie rzeczy tzw. papierkowe, no to zgody i RODO i takie rzeczy,[...]” [P05]

„ [...] ale jeżeli chodzi o wizytę, no to po prostu badam na biorezonansie, oglądam oczy [ns 0:00:58], ewentualnie zadam jakieś pytania dodatkowo, no i ktoś, najczęściej wszyscy, potwierdzają to co ja widzę w badaniach, czy źle się czują, czy na przykład jakieś komórki rakowe wychodzą mi, to najczęściej potwierdzają to osoby mówiąc, że mieli nowotwór, czy są po leczeniu nowotworowym, czy w rodzinie ktoś miał raka jelita czy innych narządów. I później, w zależności od tego, co wychodzi, to ja zalecam terapię odpowiednią.” [P05]

1.1.5. Podsumowanie

Podsumowując, z tego fragmentu, wypowiedzi praktyków wyłania się dość jednolity obraz osoby realizującej „role zawodowe” na polu CAM. Moi rozmówcy byli dobrze przygotowani do swoich obowiązków, prawie zawsze posiadając wiedzę teoretyczną w postaci odbytych licznych studiów, szkoleń i certyfikatów. Z jednej strony możemy tu dostrzec poczucie odpowiedzialności za cudze zdrowie i troskę o dobro pacjenta. Można jednak zaobserwować elementy myślenia pragmatycznego i dążenia do budowy swego fachowego autorytetu.

Wzór karier zawodowych terapeutów nie jest prosty. Tylko niektórzy rozmówcy deklarowali, że zamierzali praktykować CAM już wcześniej, w momencie wyboru kierunku studiów. Raczej

opisywano proces przekwalifikowania się w dążeniu do wykonywania nowego zawodu. Pojawiał się też wątek CAM w kontekście konieczności przebranzowienia się i chęci niesienia pomocy ludziom w potrzebie. Ważnym wątkiem jest sygnalizowana potrzeba zdobycia wiedzy i kwalifikacji fachowych.

Kolejnym aspektem jest również wątek współpracy z lekarzami, dążenie do tworzenia „zespołów terapeutycznych”, konieczności uzyskania umiejętności trafnej interpretacji wyników „tradycyjnych” badań diagnostycznych oraz konieczność używania ich do usprawnienia własnych technik leczenia. W tym kontekście również warto podkreślić znaczenie odwoływania się do autorytetów/budowania własnego, czy też umiejętności wykorzystania /manipulowania/autorytetem lekarzy.

Należy zauważyć też powszechność twierdzeń wśród osób badanych dotyczących kluczowej roli rozmowy i wsparcia emocjonalnego w procesie niekonwencjonalnego leczenia. Jest to jeden z najczęściej poruszanych wątków w trakcie przeprowadzanych wywiadów. Stanowi to więc istotne potwierdzenie cytowanych wcześniej badań i obserwacji innych autorów.

Na tym etapie pracy, odwołując się do zebranego już materiału, można próbować dokonać rekonstrukcji „roli zawodowej” osoby praktykującej CAM. Ogólnie rzecz biorąc są to ludzie, którzy dość późno „weszli” do tego zawodu w efekcie „procesu przekwalifikowywania”, wykazując się przy tym dużą dozą determinacji i motywacji w przyswajaniu sobie nie łatwej, szeroko rozumianej wiedzy (para)medycznej. Nie bez znaczenia pozostaje również postrzeganie swoich praktyk jako raczej komplementarnych niż alternatywnych wobec medycyny akademickiej. Na osobne podkreślenie zasługuje także rola jaką terapeuci CAM przykładali do wsparcia emocjonalnego w procesie leczenia i podkreślanie terapeutycznego znaczenia rozmowy w kontaktach z pacjentem decydującym się na korzystanie z „metod naturalnych”.

1.2. Ocena efektywności pracy z pacjentem

1.2.1. Zróżnicowane metody pomiaru efektywności terapeutycznej

Metodą klasyfikowania efektywności pracy za pomocą metod i technik zaliczanych w poczet leczenia niemedycznego dla praktyków CAM, były opinie pacjentów/klientów. Respondenci nie prowadzili statystyk ewaluacyjnych, które zawierałyby dane z ocenami pacjentów i materiały wskazujące na efektywność stosowanego leczenia. Jednym z elementów oceny efektywności była liczba poleceń/rekomendacji danego terapeuty/praktyka w społeczności w jakiej funkcjonuje dany chory lub ponowny powrót konkretnego pacjenta do gabinetu uzdrowiciela. Liczba poleceń rośnie, gdy pacjenci zadowoleni z usług danego specjalisty CAM polecają go innym.

„Nie robię statystyk, nie lubię statystyk, które gdzieś bym tam weryfikowała czy pomogę czy nie pomogę. Dla mnie jednym takim odbiorem mojej skuteczności jest to, że mam coraz więcej klientów. Mam dużo poleceń, że pani pomogła, to ja też przychodzę. I to jest dla mnie taki wyznacznik tematu. [P02]

„Myślę, że to są przyczyny. I że faktycznie pacjenci czują, że jest efektywność. Bo gdyby nie było efektywności, to oni by nie wracali, oni by z tego nie korzystali.” [P03]

Innym sposobem pomiaru skuteczności jest wykształcenie w efekcie leczenia pewnych pożądanych postaw u pacjenta. Konkretnie, praktyk ocenia czy nastąpiło wytworzenie się np. poczucia sprawczości, rozumianej jako przekonanie o posiadaniu kontroli czy wpływu na własne zdrowie.

„Najważniejszym dla mnie skutkiem byłoby to, żeby ludzie wzięli odpowiedzialność za to, że mają wpływ na swoje zdrowie. To jest dla mnie najważniejsze. Czasami współpraca z naturoterapeutami, zmusza ich do tego, żeby tę odpowiedzialność wzięli.” [P01]

„[...] efektywność tutaj widzę właśnie jako wypadkową współpracy pacjenta, podjętych działań doustnych czy dożylnych, także i mojego doświadczenia.” [P08]

Inny sposób oceny efektywności stanowi opis oraz interpretacja osiągniętych sukcesów terapeutycznych, tj. wyzdowień czy też uzyskanie lepszego samopoczucia, albo przynajmniej ograniczenie odczuwania negatywnych symptomów.

„Patrząc na całokształt, czyli ile osób, mówiąc brzydko, przeszło przez moje ręce i ile osób, wiem, że rzeczywiście wyzdrowiało, został uzyskany efekt terapeutyczny, do którego dążyliśmy.” [P04]

„Bo dla mnie jakby takim punktem osiągnięcia takiej satysfakcji jest to, że osoba powie, że dobrze się czuje, dobrze śpi, mniej się denerwuje, jest spokojniejsza, nie przeżywa tak wszystkiego, co się dzieje wokół. Więc to jest dla mnie wyznacznik.” [P02]

Trwałość utrzymywania się efektów jest istotnym elementem w weryfikowaniu efektywności. Niektórzy praktycy patrzą na to pod kątem „czasu trwania” [P03], inni rozpatrują pod kątem ilości zabiegów potrzebnych do wyleczenia [P07]. Wraz z czasem i nabywanym doświadczeniem rośnie również umiejętność poprawnego rozpoznania jednostki chorobowej i wynikających z nich trafność stawianych diagnoz. W wywiadzie z [P08] pojawia się twierdzenie o efektywności, rozumianej w kategoriach pomocy pacjentowi, któremu biomedycyna nie pomogła.

„Ale taka efektywność, jeżeli pacjent chce wyjść z tego stanu, to po 6 miesiącach jest w stanie dobrze funkcjonować. Widzę taki standard. 6 miesięcy i faktycznie z neurofizjologii, neurobiologii przeprogramowywanie zajmuje ok. 6 miesięcy. I widzę taką też efektywność.” [P03]

„[...] już jest pewne doświadczenie, to, co zwykle w systemie rozkłada się na 7, 10 zabiegów, nagle można w 3, 5, a teraz w jeden zabieg. Ja z tego się cieszę, że mogę na raz, po prostu w jednym momencie pomóc, oczywiście nie każdemu, ale dość często, więcej niż połowie ludzi. Nie wymagają drugiego czy trzeciego zabiegu.” [P07]

„[...] widzę, że jestem w stanie lepiej dobierać terapie, już przewidywać u jakiego pacjenta która terapia będzie miała większe możliwości a która nie będzie miała szansy także ta skuteczność jest w mojej ocenie satysfakcjonująca, wystarczająca. Szczególnie, że biorę pod uwagę to, że trafiają do nas często pacjenci bardzo trudni, którym medycyna akademicka nie była w stanie pomóc.” [P08]

1.2.2. Mechanizmy i formy współpracy z pacjentem

Kolejnym czynnikiem, który praktycy uważają za istotny element w swojej pracy z pacjentem, jest stopień zaangażowania pacjenta w proces terapeutyczny. Skuteczność terapii stanowi bowiem bezpośrednią wypadkową stosowania się do zaleceń uzdrowiciela [P01]. Pojawił się tu również wątek zapotrzebowania części pacjentów na dłuższą, życzliwą rozmowę o własnych potrzebach zdrowotnych.

„Efektywność jest, jeżeli osoby są zainteresowane zmianą faktyczną, a nie tylko spędzeniem czasu na rozmowie. Efektywność to te osoby, które wzięły sobie do serca moje zalecenia, to mówią, że bardzo szybko ogólny stan zdrowia się poprawił.” [P01]

Inny praktyk również zwraca uwagę na rolę współpracy z pacjentem jako jeden z istotnych czynników wpływających na postęp w terapii, równie istotna jest też adaptacja organizmu do potrzeb niekonwencjonalnego leczenia.

„[...] jak oceniam skuteczność i tu zacząłem mówić, że to zależy od współpracy z pacjentem, która często jest dobra, natomiast pewne uwarunkowania, zależy od tego czy jak dany organizm odpowiada.” [P08]

1.2.3. Kategorie pacjentów

Praktycy CAM wyróżniają trzy kategorie pacjentów. Pierwszą są osoby, preferujące jedynie medycynę naturalną i odrzucający w całości biomedycynę, kolejna grupa to chorzy, którzy wykorzystują każdą możliwość leczenia oferowaną przez szeroko rozumianą medycynę, ostatnią kategorię stanowią osoby, które korzystają z obu rodzajów leczenia.

Każda z tych grup posiada własne przekonania i doświadczenia wpływające na ich wybory. Pacjenci z pierwszej grupy wierzą, iż medycyna naturalna jest optymalna dla ich zdrowia i unikają korzystania z biomedycyny, która w ich mniemaniu jest „trucizną”, co ukazuje w poniższy cytata. Pacjenci z drugiej grupy mogą mieć negatywne doświadczenia z medycyną akademicką, ale jednocześnie szukają innych rozwiązań, by poprawić swoje zdrowie. Są sceptyczni wobec CAM,

bardziej wymagający, nieufni i mają wyższe oczekiwania wobec praktyków CAM i terapii. Wreszcie klienci z trzeciej grupy wierzą, iż połączenie obu rodzajów medycyn jest najlepsze dla ich zdrowia, postrzegając te systemy jako komplementarne.

„[...] to są takie trzy grupy pacjentów. Jedni są pacjenci stricte nastawieni na medycynę naturalną i nie chcą tknąć żadnej chemii, że tak powiem, do apteki to nie zjadą, bo tam są trucizny w ich toku myślenia patrząc. Inni, druga skrajność to korzystali, działali ile się dało, ale nie przyniosło to skutku, doszli do ściany i patrzą co jest za ścianą w cudzysłowie i szukają dalej. To jest bym powiedział dosyć trudna grupa, bo właśnie, bo to są bym powiedział tacy już przebrani pacjenci w sensie ci trudniejsi, bo tym, którzy mają mniej, łatwiejsze nazwijmy to choroby do wyleczenia to ci już się wyleczyli czy jakoś tam zaleczyli natomiast ci często o krok przed amputacją palca czy nogi ze stopą cukrzycową czy z jakimiś wieloletnimi chorobami, które są trudne do uleczenia, ale możliwe do redukcji objawów to tym próbujemy pomóc. Trzecia grupa pacjentów, którzy od samego początku myślą dwutorowo. Myślą o tym żeby patrzeć na zabiegi czy na metody lecznicze akademickie i jakoś się próbować wspomóc inaczej, bo na przykład nie odpowiada im to jak onkolog im mówi, że dietę to wszystko jedno jaką będą stosować dietę. Nie ma znaczenia jak się będą odżywiać. Albo to, że diabetolog owszem mówi, że dieta cukrzycowa jest ważna i na tym kończy i niewiele dalej działa, dalej głównie tabletki” [P08]

Na koniec warto również wspomnieć, że partycypacja i stosowanie się do zaleceń terapeuty jest kluczowe w procesie leczenia. Jeden z praktyków CAM [P01] uważa, że jest osobą wymagającą, a pacjenci/klienci w procesie leczenia nie chcą podejmować trudu proponowanej im modyfikacji stylu życia. Możliwe, że nie są w stanie spełnić tych rygorystycznych wymagań czy też systematycznie przestrzegać długotrwałych zaleceń dotyczących zdrowia. Ta trudność może wpływać na ograniczenie skuteczności proponowanego leczenia, bowiem brak współpracy radykalnie zmniejsza skuteczność niekonwencjonalnych terapii.

„Ponieważ ja jestem wymagająca od tych osób, od klientów, to jest to drugi aspekt, że ludziom się nie chce.” [P01]

1.2.4. Komentarz podsumowujący dotyczący miar efektywności pracy z pacjentem

Praktycy podchodzą do ewaluacji swojej efektywności terapeutycznej w różnorodny sposób. W ramach tej części pracy próbowałam wskazać na mnogość tych podejść. Na wstępie podjęto

próbę określenia najbardziej podstawowych sposobów w jaki praktycy CAM rozumieją te procedury. Zgodnie z oczekiwaniami główną miarą efektywności jest z jednej strony skuteczność danej terapii, a z drugiej specyficznie rozumiana popularność konkretnego specjalisty.

Samo określenie „skuteczności” zawiera ciekawe uwagi praktyka [P04], który mówi o efektach terapii i osiągnięciu celów wcześniej wspólnie założonych z pacjentem. Stanowi to interesujący kontrast w stosunku do metod tradycyjnych, gdzie lekarz według własnych kryteriów sam ocenia czy pacjent został wyleczony.

W rozdziale 1.2.1. przytoczono cytaty praktyka CAM [P02]. Jego zdaniem miarą skuteczności było wzajemne polecanie sobie jego usług przez grono zadowolonych klientów. Warto podkreślić, że rekonstrukcja modelu wzajemnych rekomendacji między klientami CAM stanowi interesujące wyzwanie badawcze.

Efektywność jest również mierzona długością okresu potrzebnego na wyzdrowienie pacjenta, przy założeniu, że lepszy, skuteczniejszy terapeuta wyleczy pacjenta szybciej. To również odbiega od schematów postępowania w biomedycynie, gdzie zakładamy, że terapia trwa tak długo, ile wymagają procedury terapeutyczne medycyny opartej na dowodach (EBM). Czas uznawany jest za element podporządkowany ostatecznemu efektowi terapii.

Kolejnym kryterium oceny swojej efektywności w ramach CAM jest opinia o tym na ile, i jak mocno pacjenci angażują się w zaleconą terapię. Przyjmuje się, że im bardziej klienci podporządkowują się terapeutycie i im bardziej angażują się w proces leczenia, tym będzie on skuteczniejszy. Ponownie możemy też powrócić do kwestii trudnej relacji praktyków CAM z wybranymi lekarzami traktowanymi jako autorytety, w celu budowania przez uzdrowicieli własnej pozycji oraz prestiżu zawodowego.

1.3. Stosunek do definiowania własnej praktyki przy zastosowaniu pojęcia „lecznictwo niemedyczne”

1.3.1. Unikanie definiowania

Praktycy w różny sposób definiują lecznictwo niemedyczne. Niektórzy nie są zwolennikami definiowania i klasyfikowania CAM [P07]. Rozmówca ten uważa, że wszystkie metody i techniki, które mogą pomóc człowiekowi są równie wartościowe, a to jak je określamy jest całkowicie wtórne wobec nadrzędnego celu, to jest zabiegania o „dobro pacjenta”.

„Tak że to jest, no nie wiem, określić jakimś jednym pojęciem nie da się, bo wszystko, co człowieka stawia na nogi, to może dawać efekty. [...] Nazwać możemy, jak tylko chcemy. Można paramedycyną nazwać, prawda? Można. Nawet w usługi chyba wpisane tych różnych rejestrów jako paramedyczne, tak że to możemy nazwać tak i siak”. [P07]

W podobnym tonie wypowiada się inny praktyk CAM [P04], który również nie przywiązuje wagi do tej terminologii. Uważa on, iż określenie „medycyna naturalna” jest tylko jednym z wielu adekwatnych w stosunku do metod i technik zaliczanych do lecznictwa niemedycznego. To, co określamy jako „konwencjonalne” lub „niekonwencjonalne”, to jedynie kwestia osobista, subiektywna. Cytowany praktyk CAM zauważa, że wiele niekonwencjonalnych metod leczenia istnieje od tysięcy lat, co może sugerować, iż są one sprawdzone w odróżnieniu od niektórych konwencjonalnych technik biomedycyny, które są stosowane zaledwie ponad sto lat.

„Nigdy nie byłam osobą, która przywiązuje wagę do nazewnictwa. Ja po prostu używam zwrotu medycyna naturalna [...] Utało się, że jest to medycyna naturalna, niekonwencjonalna. Co jest bardziej konwencjonalne, a co mniej, to moglibyśmy tutaj długo dyskutować, ponieważ to co jest niekonwencjonalne, istnieje już kilka tysięcy lat, a to co jest konwencjonalne, istnieje trochę ponad sto”. [P04]

Inny praktyk [P06] nie przywiązuje dużej wagi do „etykietowania” metod leczniczych jako „alternatywne”, „konwencjonalne” lub „niekonwencjonalne”. Bowiem dąży do unikania napięć i konfliktów, które często towarzyszą takim dyskusjom. Swoją praktykę określa jako „terapię

naturalną”, uważa, że to może być „bezpiecznym” określeniem., jest ono bowiem neutralnym określeniem, nie obciążonym emocjonalnie, tak jak np. „medycyna alternatywna czy niekonwencjonalna”, które można utożsamiać z pewnymi kontrowersjami i konfliktami ze światem medycznym. Z drugiej strony nazwa ta jest celowo mało precyzyjna, ogólna, bowiem nie doprecyzowuje konkretnych metod i technik leczniczych, jakie są oferowane w jego gabinecie.

„Dlatego, mówię, gabinet terapii naturalnej - tak to nazywam w skrócie, nie to, że jest medycyna, powiedzmy, alternatywna, konwencjonalna, niekonwencjonalna, że to jest medycyna integracyjna i takie tam inne. Bo ludzie nie znają takich pojęć, bo to jest takie śliskie - ktoś określił, powiedzmy, zrobił definicję i ta jest konwencjonalna, ta jest niekonwencjonalna, ta jest taka, ta jest akademicka, nieakademicka.” [P06]

1.3.2. Synteza wiedzy jako sposób na przekroczenie ograniczeń

Inny praktyk CAM [P01] łączy wiedzę z różnych dziedzin, by lepiej zrozumieć i opisać medycynę. Zwraca uwagę, iż termin „medycyna alternatywna” jest kontrowersyjnym określeniem, ponieważ medycyna akademicka (zwana przez tego praktyka klasyczną) istnieje od około stu lat. Natomiast „medycyna tradycyjna” jest tradycją leczenia o długiej historii i jest obecna w różnych kulturach od wieków.

„Ponieważ zajmuję się też etnobotaniką i dużo czytam starych źródeł, zielników, książek związanych z leczeniem z XIX wieku i wcześniej. To też jest trudne określenie, medycyna alternatywna, dlatego że medycyna, którą uznajemy za tradycyjną i klasyczną, istnieje od 100 lat. Medycyna tradycyjna istnieje od zawsze. [...] Medycyna tradycyjna i klasyczna. Klasyczna jest związana z obecną medycyną akademicką, a medycyna tradycyjna to jest zasób, który mamy na podstawie historii.” [P01]

Alternatywnie, podejście praktyka [P05] sugeruje, że metody i techniki niezaliczane do biomedycyny powinniśmy określać zbiorczo terminem „medycyna holistyczna” czy też „medycyna tradycyjna”. Medycyna holistyczna bierze pod uwagę nie tylko objawy fizyczne pacjenta, ale także jego stan emocjonalny i psychiczny, w tym m.in. styl życia, dietę, relacje interpersonalne i czynniki psychologiczne, które mogą wpływać na zdrowie.

„[...] termin mi pasuje medycyna holistyczna, na każdej płaszczyźnie docieranie do pacjenta, także i w tym psychologicznym, i też medycyna tradycyjna.” [P05]

1.3.3. Nacisk na komplementarność CAM

W analizowanych wypowiedziach obecne jest podejście, według którego definicja CAM (medycyna komplementarna i alternatywna) nie stoi w sprzeczności z określeniem „medycyna akademicka”, jest raczej jej uzupełnieniem potrzebnym w celu uzyskania najlepszych rezultatów leczenia. CAM umożliwia pacjentom zwiększenie dostępności różnorodnych metod i technik leczenia.

„Bo od razu mam inklinację „alternatywa do”. Czyli jakby stawała już w kontrze. A ja definiuję to w ten sposób, że to nie jest kontra, co uzupełnienie technik. Czyli jeżeli ja mam wiedzę, to mogę zastosować więcej rzeczy dla mojego pacjenta. Coś, co zadziała.” [P03]

Kolejny rozmówca [P08] uważa, że medycyna naturalna jest opisem podejścia, które zwraca szczególną uwagę na naturalne metody i komponenty lecznicze, lecz równolegle uznaje potrzebę stosowania sprzętu i aparatury medycznej oraz wykorzystywania w formie przetworzonej naturalnych składników leczniczych.

„Dla mnie medycyna naturalna to użycie samych metod, które gdzieś tam wypływają z natury, nie dotykając nazwijmy to chemii czyli środków farmaceutycznych, a używając środków fizycznych czy pochodzących...czy jak na przykład oddziaływanie czy ciepłe czy ciśnienie, czy światło czy na przykład ozon też jest w sumie gazem nazwijmy to w tym kontekście naturalnym aczkolwiek działania nie są naturalne, bo osprzętu medycznego to wymaga całkiem konkretnego. [...] i oczywiście cała sfera elementów z przyrody ożywionej to znaczy czy ziół czy owoców, czy witaminy, mikroelementy nieożywionej właśnie czy sól czy ziemia, czy inne aspekty, które są dla nas niezbędne.” [P08]

Ten sam praktyk CAM [P08] uważa, iż porusza się w ramach medycyny komplementarnej. Uważa on, iż łączy ona tradycję medycyny naturalnej z klasyczną biomedycyną. Takie połączenie może zapewnić lepszą, skuteczniejszą opiekę zdrowotną niż wyłącznie medycyna akademicka.

„a medycyna komplementarna to ta, która łączy medycynę tą naturalną tak zdefiniowaną i medycynę klasyczną czy akademicką jak to ci naturalni, że tak powiem nazywają [...]” [P08]

1.3.4. Podsumowanie definiowania własnej praktyki przy zastosowaniu pojęcia „lecznictwo niemedyczne”

Praktycy CAM, jak wykazano, mają zróżnicowany stosunek do medycyny akademickiej oraz relacji z niekonwencjonalnym systemem leczenia. Niektórzy próbują, w dość niejasny sposób, wykazać wyższość swoich metod nad tradycyjną biomedycyną (EBM). Często powtarzającym się argumentem jest odwołanie do historii i próba wykazywania, że stosowane przez nich praktyki mają za sobą setki lat historii i tradycji skutecznego leczenia. W opinii większości praktyków stanowi to kluczową przesłankę umożliwiającą uznanie danej metody za skuteczną.

Inni odpowiadający traktują swoje zabiegi jako alternatywę wobec medycyny tradycyjnej. W ich opinii relacja z medycyną opartą na dowodach (EBM) nie jest istotna, gdyż najważniejsza jest skuteczna pomoc pacjentowi. Postrzegają oni CAM jako metodę na wyjście ponad ograniczenia biomedycyny i uwzględnianie różnorodnych potrzeb pacjenta. Często podejście to łączone jest z całkowitym odrzuceniem potrzeby definiowania obu interesujących nas terminów. Ci praktycy widzą klasyfikowanie poszczególnych metod jako tworzenie podziałów i pola konfliktów, które wnoszą niewiele korzyści, a jedynie powstrzymują chorych przed rozważaniem innych możliwości leczenia.

Pośrednio powiązane z przedstawionymi poglądami jest stanowisko, według którego metody leczenia niemedycznego stanowią komplementarną część całości praktyk leczniczych. CAM staje się w tym ujęciu uzupełnieniem technik terapeutycznych biomedycyny i dzięki temu „medycyna naturalna” osiąga nowy poziom, nieosiągalny przy zastosowaniu wyłącznie ortodoksyjnego podejścia akademickiego.

1.4. Definiowanie terminu „choroba”

1.4.1. Choroba jako utrudnienie w społecznym funkcjonowaniu jednostki

Podejście do choroby, które reprezentują praktycy CAM [P07] i [P05] skupia się na negatywnych skutkach dla normalnego życia jednostki w zbiorowościach. Choroba nie jest tylko medycznym problemem jednostki, lecz także zjawiskiem społecznym, które rzutuje zarówno na życie jednostki jak i funkcjonowanie społeczeństwa jako całości. W tym kontekście choroba może być rozumiana jako sytuacja, która utrudnia normalną aktywność jednostki; jako coś, co nam utrudnia lub uniemożliwia codzienne życie i wymaga interwencji medycznej oraz społecznej reakcji. Takie podejście może sugerować, iż osoby chore nie są w stanie funkcjonować, więc nie powinny brać udziału w życiu społecznym.

„Choroba, czyli to, co odwleka nas od normalnego życia, czyli zastanawiamy się, co nie tak z nami dlaczego my nie możemy cokolwiek coś tam zrobić bo nam coś przeszkadza.” [P07]

„A choroba, to jest odwrotność tego zdrowia, czyli kiedy pacjent czuje się źle, odbiega to od normy i to już jest choroba.” [P05]

1.4.2. Choroba jako przyczyna problemów emocjonalnych

To podejście koncentruje się na złożonej relacji między emocjami, a stanem zdrowia oraz znaczeniu procesów fizjologicznych i emocjonalnych, które leżą u podstaw etiologii chorób. Choroby nie istnieją jako odrębne byty, są raczej wynikiem złożonych, różnorodnych procesów zachodzących w organizmie człowieka. To stanowisko praktyka CAM zakłada, że emocje, a zwłaszcza silne przeżycia mogą wpływać na procesy fizjologiczne, co w konsekwencji może doprowadzić do zagrożenia zdrowia. Takie myślenie o chorobie może doprowadzić do lekceważenia konkretnych chorób, które nie są wywołane emocjami, np. choroby genetyczne czy zakaźne.

„Choroby nie istnieją”. My możemy powiedzieć, że coś jest chorobą, zacząć nazywać te stany organizmu jako konkretna jednostka chorobowa, natomiast patrząc przez pryzmat emocji, to na początku przyczyną jest zawsze emocje,

silne przeżycie emocjonalne. To trzeba wziąć pod uwagę. Nie każda emocja, prawda? Jak na chwilę się zezłościimy, to wcale nie oznacza, że zaraz będziemy mieli obciążenie w ciele. Te silne przeżycia się później manifestują jako obciążenie fizyczne. Nie patrzę przez pryzmat choroba, tylko przez pryzmat pewnego procesu, który dzieje się w organizmie.” [P04]

Choroby nie zawsze mają jednoznaczne symptomy i są łatwe do zdiagnozowania. Nawet jeśli w badaniach klinicznych czy laboratoryjnych pacjent jest uznany za zdrowego, może on mimo to doświadczać pewnych objawów dyskomfortu lub cierpieć z powodu określonych stanów emocjonalnych, które nie zostały uznane przez lekarza za chorobę w ujęciu biomedycznym (*disease*). Może to oznaczać, iż cierpienie jest subiektywnym odczuciem i może być efektem wielu czynników, np. kultury, osobowości, doświadczeń życiowych czy też sytuacji zdrowotnej. Podejście to jest ważne, bowiem podkreśla, iż choroby i cierpienie są ściśle powiązane ze społecznymi, emocjonalnymi i kulturowymi kontekstami. Należałoby zwrócić uwagę, że istnieją różnice pomiędzy chorobą (*disease*) a doświadczeniem cierpienia (*illness*). Choroba w ujęciu biomedycznym opiera się na objawach klinicznych, możliwych do zmierzenia, natomiast doświadczenie cierpienia może wynikać z innych źródeł, takich jak ból emocjonalny, problemy interpersonalne czy poczucie straty.

„W badaniach są może zdrowi, ale ich cierpienie jest realne.” [P08]

Autor wypowiedzi [P06] podchodzi nieco szerzej i zwraca uwagę, iż stres i napięcia są wskaźnikami stanu zdrowia i mogą być objawami niezdrowych zachowań. Osoba doświadczająca stresu i napięcia może wykazywać symptomy takie jak przemoc, agresja czy też negatywne zachowanie wobec innych ludzi. Jednostka, która nie ma fizycznych dolegliwości, ale nieustannie doświadcza stresu, może nie zdawać sobie sprawy z istniejącego problemu i uważać się za zdrową. W tym przypadku konieczne jest by rozumieć wpływ stresu na zdrowie psychiczne, a także prowadzenie odpowiednich działań, które pozwolą na zmniejszenie napięcia i poziomu stresu.

„Jeżeli np. ktoś - tutaj też zdrowie psychiczne jest bardzo ważne, bo z tym są problemy teraz ostatnio, obserwujemy już od małych dzieci - jeżeli np. nasz

organizm nie reaguje biernie na stres - też to wtedy widać, czy organizm jest zdrowy. Bo np. przychodzi ktoś i trzęsie się cały, jest zestresowany swoim życiem, spięty taki i to też nie jest zdrowe. Może komuś nic nie dolega, ale jest spięty, znerwicowany, denerwuje go wszystko, denerwują go korki na mieście, po prostu przychodzi, trzęsie się, przeklina sto razy na minutę - to nie jest też zdrowy człowiek, mimo tego, że nie widać po nim jakiejś tam choroby, żeby miał, nie wiem, złamaną nogę, żeby coś mu takiego dolegało, żeby go brzuch bolał czy miał chorą wątrobę. Ludzie mówią np., że są zdrowi, bo nic im nie dolega, ale np. cały czas jest kortyzol, adrenalina i wszystko ich denerwuje, przeklinają, wyżywają się na dzieciach, na żonie, na mężu, na sąsiadach, dokuczają wszystkim wokoło. Albo np. szefowie w pracy czasami są zestresowani i się wyżywają na pracownikach. Albo nauczyciele na studentach czy na uczniach. To też widać, że to nie są zdrowi ludzie.” [P06]

1.4.3. Choroba jako brak odczuwania dobrostanu

Kolejny rozmówca [P01] odnosi się do koncepcji zdrowia, która skupia się na ogólnym dobrostanie jednostki. Autorka wypowiedzi uzależnia dobrostan od braku choroby. Samo pojęcie „dobrostanu” jest niejasne i nadmiernie inkluzywne. Oczekiwanie i wymóg całkowitego dobrostanu sprawia, że większość ludzi może „subiektywnie” czuć się chora przez większą część własnego życia. Co z kolei może doprowadzić m.in. do ryzyka nadmiernej medykalizacji ich zachowań zdrowotnych.

„Choroba to jest brak dobrostanu” [P01]

1.4.4. Choroba/ chorowanie jako proces „podejmowania decyzji”

Choroba może być postrzegana jako wyraz indywidualnej decyzji, w której jednostka rozstrzyga, kiedy i co nie jest w porządku i wymaga poświęcenia większej uwagi własnemu organizmowi. Jest to wyraz subiektywnego doświadczenia choroby, w którym jednostka zdaje sobie sprawę z nieprawidłowości w swoim organizmie lub psychice i sama rozstrzyga o swoim działaniu lub nie działaniu zdrowotnym.

„Choroba to czas lub stan, w którym muszę na swoje ciało lub umysł, zwrócić większą uwagę. Jeżeli coś nie pasuje, to dla mnie jest choroba.” [P01]

1.4.5. Choroba jako przeciwnik (antagonista)

Wypowiadający się praktyk CAM jest przekonany, iż biorezonans jest skuteczną metodą diagnozowania chorób, która pozwala na uzyskanie wielu informacji na temat „przeciwnika”, czyli choroby, z którą pacjent ma do czynienia. W tym kontekście „przeciwnik” może oznaczać chorobę, która jest antagonistą zdrowia i prawidłowego funkcjonowania organizmu.

„Natomiast w większości przypadków po biorezonansie mamy informacje czy są i jeszcze mamy informacje jakie są. Czyli mamy taką bazę informacyjną, z jakim, jak to się mówi, przeciwnikiem mamy do czynienia i jesteśmy w stanie łatwiej dopasować kurację.” [P02]

1.4.6. Choroba i zdrowie jako bieguny *continuum*

Inny praktyk CAM [P03] postrzega dysfunkcję emocjonalną jako chorobę, która jest w stanie utrudnić wykonywanie codziennych czynności, co implikuje konieczność udzielenia pomocy z zewnątrz, bowiem jednostka nie jest w stanie sama sobie pomóc. Praktyk odwołuje się do podejścia zachowania zdrowia zaproponowanego przez Aarona Antonovskiego, gdzie normalnym stanem funkcjonowania jednostki jest dynamiczny stan chwiejnej równowagi. Zdrowie i choroba nie są dwoma odrębnymi pojęciami, lecz leżą na odmiennych końcach swoistego kontinuum. Pacjent jest umiejscowiony w określonym punkcie tej skali, a terapia ma na celu „przesunięcie go” w kierunku zdrowia. Cytowany Autor [P03] zwraca uwagę, iż deficyty emocjonalne są wynikiem niedojrzałości emocjonalnej. Już będąc dzieckiem cierpi się na ten syndrom niedoskonałości. Zauważa, że ta dysfunkcja nie jest wynikiem konkretnej choroby, ale czymś bardziej złożonym i niejednoznacznym.

„Czyli dla mnie chorobą już może być stan, w którym ja mam deficyty emocjonalne jako osoba. Bo one są z dzieciństwa, bo moi rodzice byli niedojrzali emocjonalnie i już nie jestem w stanie np. wykonać niektórych czynności. Odkładam rzeczy do zrobienia. Prokrastynacja. Ja nie jestem w stanie tego zrobić. Więc dla mnie już mogę ten sposób potraktować jako chorobę. I nie jest to stan, że ja mam nowotwór i to jest choroba. To jest jakaś

forma dysfunkcji dla mnie, gdzie ja sama samodzielnie nie jestem w stanie sobie z daną rzeczą poradzić. I potrzebuję tzw. osoby trzeciej, która byłaby w stanie po prostu na mnie z boku spojrzeć. Tym jest dla mnie w tej chwili choroba. I z Aarona Antonovskiego to ja mam się ustawić na continuum zdrowia czy choroby. I teraz dla mnie podstawowym pojęciem są właśnie pojęcia Aarona Antonovskiego, którym się posługuję i patrzę, gdzie się pacjent ustawia". [P03]

1.4.7. Podsumowanie

Moi rozmówcy reprezentowali bardzo różnorodne podejście do definiowania choroby. W ich wypowiedziach pojawiały się jednak wspólne, powtarzające się wątki. I tak, w ramach próby usystematyzowania tych wypowiedzi, uporządkowałam je i podzieliłam na 6 głównych kategorii. Zostały sklasyfikowane na umownej skali od subiektywnie najbardziej rozpowszechnionych do najmniej typowych. Te bardziej tradycyjne ujęcia obejmują np. założenie, że choroba stanowi mniejszą lub większą niedogodność/dyskomfort w życiu chorego. Podobnie popularne jest również określanie choroby i zdrowia jako *continuum*, na którego skali plasuje się pacjent. Metafora choroby jako „przeciwnika” również jawi się jako relatywnie rozpowszechniona.

Ważne jest także dostrzeżenie roli zdrowia psychicznego i emocji w kształtowaniu postaci chorób. Praktyk [P06] mówił, że zaburzenia psychiczne, w tym długotrwały stres, dają podobne objawy jak dolegliwości natury fizycznej. Podkreślanie roli sfery emocjonalnej jest zresztą charakterystyczne dla ogółu praktyków CAM i pojawiało się relatywnie często w przeprowadzonych wywiadach.

Najbardziej zaskakujące było jednak określenie choroby jako decyzji pacjenta, który sam ustala kiedy jest chory. Stanowi to wyraźne odejście od kanonów medycyny tradycyjnej, w ramach której diagnoza, czyli ustalenie istnienia choroby, jest wyłączną domeną lekarza. Z perspektywy praktyka leczenia niemedycznego jednak samo pojawienie się pacjenta stanowi jasną przesłanką do stwierdzenia, że ma do czynienia z osobą chorą.

Zastanawiające jest zatem czy można się pokusić o postawienie hipotezy, że lekarze chcieliby leczyć osoby, które określają się jako chore, mimo bycia w

rzeczywistości zdrowymi (casus osób „fałszywie pozytywnych” w czasie pandemii COVID-19). Alternatywnie, praktycy CAM najchętniej widzieliby każdego jako osobę chorą, co wręcz sugeruje ignorowanie „obiektywnego stanu chorego”, a kierowanie się wyłącznie subiektywną opinią pacjenta. Kwestią indywidualną pozostałby jednak fakt czy stanowi to wynik ufności i troski, czy też traktowania każdego pacjenta, nawet obiektywnie zdrowego, jako potencjalnego źródła dochodu. Szczególnie istotne byłoby przyjrzenie się metodologii pracy praktyków CAM, gdyż widać tu pewną sprzeczność. Z jednej strony indagowani praktycy CAM mówili o konieczności starannej weryfikacji diagnozy i korzystania z wyników analiz laboratoryjnych, z drugiej, łatwo przyjmują, że pacjent ma z reguły rację stwierdzając, że jest chory i taka deklaracja wystarcza do podjęcia niekonwencjonalnego leczenia.

1.5. Definiowanie terminu „zdrowie”

1.5.1. Zdrowie jako stan pozwalający na realizowanie planów i aspiracji życiowych

Definicja praktyka [P01] dotycząca zdrowia jest związana z kulturowymi i społecznymi wartościami. Ważne jest znaczenie kondycji fizycznej i psychicznej dla ogólnego samopoczucia oraz poziomu jakości życia. Ten opis skupia się na indywidualnym doświadczeniu i odczuciach osoby, a nie na obiektywnych wskaźnikach zdrowia. Zdrowie umożliwia tu realizowanie własnych planów i spełnianie celów życiowych, co sugeruje, że w kulturze i społeczeństwie zdrowie jest ważne dla osiągnięcia sukcesu i szczęścia. Definicja ta posiada ograniczenia, bowiem nie uwzględnia m.in. aspektów zdrowia związanych z prewencją i leczeniem chorób.

„Zdrowie jest dla mnie ogólnopojętym dobrostanem, czyli stanem, w którym wstaję rano, nic mnie nie boli, czuję się radosna i pełna życia. To jest dla mnie zdrowie, kiedy jak sobie coś zaplanuję, to mam siłę i czas, żeby to realizować. Nie przeszkadzają mi żadne dolegliwości fizyczne. Dla mnie zdrowie, to dobrostan.” [P01]

1.5.2. Zdrowie jako czynnik determinujący sprawczość

Według praktyków [P02] i [P06] zdrowie jest siłą umożliwiającą prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz jego reakcje adaptacyjne na niesprzyjające wyzwania płynące ze środowiska. Siła ta obrazowana jest przez brak zaburzeń, optymizm, spokój, lepszy sen, mniejszy stres, czy też poprzez zdolność organizmu do przetrwania w obliczu zagrożenia w związku z obecnością patogenów. Zdrowie jest definiowane jako swoisty stan, w którym organizm potrafi poradzić sobie z różnymi stresorami, takimi jak np. infekcje, zakażenia czy stres bez wystąpienia jakichkolwiek objawów choroby. Akcentowane są w tym kontekście adaptacyjne zdolności organizmu oraz łatwość do przystosowania się w zmiennych warunkach środowiskowych.

„Ale zdrowie to jest dla mnie taka siła. Siła funkcjonowania, spokój, sen, optymizm, radość, jakby taka siła na funkcjonowanie w tym świecie. Czyli, jeżeli ja mam siłę, jestem zdrowa, moje organy są zdrowe, to ja prawidłowo funkcjonuję i prawidłowo reaguję na to wszystko, co się dzieje: czy zanieczyszczenia, czy pogoda. Mniej mam infekcji, bo w momencie, kiedy ja jestem słaba, to mnie się mogą przyplątać wszystkie dolegliwości. A w momencie, kiedy ja mam tę silną siłę w sobie, jestem w stanie więcej przetrzymać, mniej mieć dolegliwości. To jest dla mnie zdrowie. Ale chyba przede wszystkim stan umysłu typu spokój, mniej nerwów, mniej stresu, lepszy sen, który wpływa na tę całość.” [P02]

„Pojęcie zdrowia to według mnie jest to, żeby po prostu potrafić funkcjonować bez jakichś takich zaburzeń. [...] Czyli organizm jest zdrowy jeżeli potrafi poradzić sobie sam na bieżąco z niesprzyjającymi mu warunkami środowiska.” Czyli np. z jakimś tam patogenem albo ze stresem. Czyli nie ma jakichś tam zaburzeń, funkcjonuje sobie, nawet nie zastanawia się nad tym, czy jest zdrowy, czy nie jest zdrowy, po prostu żyje sobie i nic mu nie dolega. I w razie gdyby się pojawił np. Covid, to on to zwalczy na bieżąco, to znaczy, jest organizm zdrowy.” [P06]

1.5.3. Zdrowie jako subiektywne doświadczenie

Kolejnym ciekawym opisem „zdrowia” jest definicja, która traktuje ten stan jako subiektywne doświadczenia osoby nieodczuwającej fizycznych i emocjonalnych ograniczeń, co umożliwia pełne zaangażowanie i aktywność w życiu codziennym. Opis ten odwołuje się do sposobu w jaki zdrowie wpływa na nasze postrzeganie siebie i świata wokół nas. Jednakże ta definicja może być zbyt idealistyczna wobec realiów ludzkiego doświadczenia. Każdy człowiek

doświadcza czasem różnych dolegliwości fizycznych lub emocjonalnych, które mogą mieć wpływ na codzienne otoczenie.

„Zdrowie to jest stan, kiedy człowiek nie myśli, ile ma rąk, nóg, po prostu nie myśli. Robię to, co mam zamiar zrobić w tym dniu, w tym życiu, w tym zakresie, czyli nie myślę o swoim ciele. Nie ma ciężkich jakichś takich emocji. To jest zdrowie, kiedy my zastanawiamy się bardziej o naszych planach niż o naszym zdrowiu, czyli zdrowy człowiek nie myśli o zdrowiu.” [P07]

1.5.4. Zdrowie jako dobrostan (*well-being*)

Zdrowie jak całościowy dobrostan fizyczny, duchowy i psychiczny przyczynia się do satysfakcjonującego życia. Praktyk CAM podkreśla w swojej definicji, iż wymiary ciała, duszy i psychiki są ważne dla ogólnego samopoczucia, włączając również w to aspekt związany z funkcjonowaniem psychospołecznym. Definicję tę można zestawić z definicją WHO. Oba podejścia kładą nacisk na dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Zdrowie jest stanem pełnego dobrostanu, a nie tylko braku choroby lub kalectwa.

„Ja dosyć klasycznie to definiuję to znaczy dobrostan, zdrowie jako całościowy dobrostan fizyczny, duchowy, psychiczny, jako takie satysfakcjonujące życie że tak powiem pod wieloma aspektami i samopoczucie w tym i pewnie psychospołeczne do tego wszystkiego także aspekt ciała, duszy i ducha jest dla mnie istotny [...]” [P08]

1.5.5. Podsumowanie

Podobnie jak choroba, zdrowie również może być traktowane wieloaspektowo. Należy jednak podkreślić, że przytoczone przez praktyków CAM definicje zdrowia są raczej zbieżne. Praktycy mogą inaczej rozkładać akcenty, odnosić się do aspektów jedynie ciała lub duszy, ale pojęcie to traktowane jest przez nich wszystkich podobnie. Warto również dodać, że stosowane przez nich definicje są raczej zbieżne z tradycją medycyny akademickiej.

1.6. Relacje łączące praktyków CAM z reprezentantami zawodów medycznych

1.6.1. Trzy perspektywy interpretacji CAM przez przedstawicieli zawodów medycznych

Jednym z przejawów złożonego statusu CAM jest rozmaity stosunek profesjonalistów do metod i technik leczenia niemedycznego. Przedstawiciele zawodów medycznych, w tym lekarze, skłaniają się ku odmiennym podejściom do tego zagadnienia. Można wyróżnić trzy główne sposoby interpretacji CAM. Pierwszy reprezentują lekarze stosujących metody zaliczane do leczenia niemedycznego, takie jak np. biorezonans i którzy osiągają pozytywne wyniki w leczeniu pacjentów. Ta grupa jest zainteresowana poszerzaniem swojej wiedzy i rozwijaniem umiejętności w dziedzinie CAM. Inne podejście cechuje się neutralnym podejściem do leczenia niemedycznego. Przedstawiciele tej grupy są mniej otwarci na niekonwencjonalne innowacje i niekoniecznie uważają CAM za istotny element swojej praktyki medycznej. Trzecia grupa to lekarze, którzy są przeciwni CAM i nie uważają tych praktyk za skuteczne lub bezpieczne. W ocenie praktyka CAM [P05] nie są oni osobami otwartymi na zdobywanie nowej wiedzy.

„Są osoby, też lekarze, którzy zajmują się też chociażby biorezonansami, są osoby, które też ziołolecznictwo wdrażają, chociażby wiem po tym, że to ci którzy wykładali. [...] Dlatego lekarze, są tu różne grupy, dwie grupy, albo właściwie trzy grupy, gdzie jedna grupa również się tym zajmuje, również mają biorezonanse w gabinetach, chociaż to jest takie raczej po cichu, że tak powiem, bo lekarz prawdopodobnie nie może u nas w Polsce zajmować się czymś takim, ale moi koledzy się zajmują tym. I mają bardzo dobre też wyniki w leczeniu, bo łączą właśnie medycynę tradycyjną i naturalną. Druga grupa, to są osoby neutralne, uważają, że nie pomoże, to i nie zaszkodzi, że można stosować, nie są przeciwni. I nie wypowiadają się na te tematy. A są osoby zupełnie przeciwni, bardzo przeciwni temu, ale to są osoby, które nie są w ogóle otwarte na innowacje, na zdobywanie wiedzy, na rozwój osobisty i to jest grupa taka dość duża u nas w Polsce.” [P05]

1.6.2. Współpraca lekarzy z praktykami leczenia niemedycznego (CAM)

Pozytywny aspekt dotyczący współpracy można dostrzec w cytowanych wypowiedziach praktyków CAM [P01], [P02] i [P07]. Kooperacja między różnymi nurtami medycyny i wspólne podejście do pacjenta pozwalają uzyskiwać najlepsze wyniki dla chorego.

„Są nurty, w których się to zazębia. Są naturoterapeuci, którzy współpracują z lekarzami,[...]” [P01]

„Nie zamykam się, wręcz przeciwnie, otwieram się na współpracę z lekarzami. Jeżeli zdarza się, rzadko, ale zdarza, że przychodzi do mnie jakiś pacjent, który zażywa leki psychotropowe i to mi się zdarza coraz częściej i jeżeli psycholog, psychiatra, psychiatra wiadomo od strony lekarskiej, chce współpracować, jest na to otwarty, to szybciej jesteśmy w stanie dojść do efektu jaki chcemy osiągnąć u pacjenta. Żeby jak najszybciej wyjść z dolegliwości, z tego co się dzieje i żeby chociażby na początku zminimalizować ilość zażywanych leków farmakologicznych.” [P04]

„Ale osoby, które gdzieś się z tym zetknęły w jakiś sposób, one są otwarte. Nawet klienci, jak opowiadają o swoich przypadkach rozmów z lekarzami, to oczywiście jedni się boją mówić, bo boją się, że jak powiedzą, że stosują homeopatię, to lekarz albo ich wyrzuci, albo powie, że to jest wina homeopatii, że coś nie działa, więc nie mówią o tym, ale inni mówią: „Tak, wiem. Jeżeli to pani pomaga, to proszę stosować”. [P02]

„Współpracuję z lekarzami, więc analizujemy wyniki badań, opieramy o stan pacjenta, jakie naturalne metody możemy zastosować, jakich nie możemy zastosować” [P06]

„Czyli jest ta współpraca. Ja nie widzę konfliktu, nie ma konfliktu.” [P07]

„[...] ale wie, że wysłę tam, gdzie może zadziałać, z doświadczenia. Tak, że raczej jest coraz bardziej współpraca niż jakieś takie odpychanie.” [P07]

Praktyk [P07] wydaje się być zadowolony z faktu, iż specjaliści neurochirurgii współpracują z nim, polecając go swoim pacjentom. Pokazuje to poziom zaufania, jakim darzą konkretni lekarze nieprofesjonalnego terapeuty. Z drugiej strony, takie podejście wydaje się niepokojące i nieodpowiedzialne wobec pacjentów. Bowiem neurochirurdzy wysyłają pacjentów do specjalisty CAM, z którym nigdy nie spotkali się osobiście, co może wpływać na jakość opieki udzielanej pacjentom. Taka sytuacja może prowadzić do ryzyka zdrowotnego, niedostatecznej opieki oraz błędów w diagnozowaniu i leczeniu.

„Ja co najmniej pięć czy sześć neurochirurgów tak ze słyszenia znam, bo nigdy nie poznałem w oczy, którzy wysyłają do mnie swoich pacjentów.” [P07]

W jednym z wywiadów praktyk [P07] opisał przypadek pacjenta, który jest chirurgiem. Udana kooperacja lekarza z praktykiem lecznictwa niemedycznego może wpłynąć na pozytywny obraz CAM w oczach tego konkretnego chirurga oraz być może innych pracowników ochrony zdrowia. Lekarz, który sam jest pacjentem może być bardziej otwarty na praktyki lecznictwa niemedycznego w przyszłości, ponieważ doświadczył pozytywnych skutków leczenia.

„Nie tak dawno był też u mnie bezpośrednio człowiek, który jest chirurgiem, który pracuje przy kręgosłupach. On przyszedł poprawić do mnie, bo wie, o co chodzi, czyli jest współpraca.” [P07]

1.6.3. Czynniki ograniczające współpracę medyków i przedstawicieli CAM

Stosowanie metod i technik zaliczanych do lecznictwa niemedycznego (CAM) nie wydaje się być zjawiskiem marginalnym w środowisku lekarzy i farmaceutów. Np. według Autorki poniższej cytowanej wypowiedzi [P02]. Równocześnie ten temat jest wciąż uważany za kontrowersyjny i trudny do akceptacji w środowisku medycznym. Lekarze stosujący CAM często czynią to niejawnie, bowiem obawiają się utraty swego zawodowego statusu lekarza i pozbawienia prawa wykonywania zawodu oraz profesjonalnej reputacji. Postawa ta może wynikać z kilku czynników. Po pierwsze system medyczny opiera się na kanonach nauk przyrodniczych (EBM), a CAM jest traktowana jako spekulatywna, nieskuteczna i niebezpieczna. Po drugie lekarze i farmaceuci stosujący CAM są często narażeni na krytykę ze strony środowiska, bowiem uważa się, iż takie zachowanie jest nieodpowiedzialne, nieprofesjonalne i nieetyczne.

„To wszystko chyba zależy od człowieka, jak i od chęci. Ale powiem też tak, że spotykam się też z takimi lekarzami oficjalnie nie mówią, ale nieoficjalnie sami stosują homeopatię poza – u swoich dzieci, u swoich rodziców. Ale oficjalnie nie mogą się przyznać ze względu na ten system, że boją się, że ktoś w jakiś sposób poinformuje nie te osoby, co trzeba i mogą stracić prawo wykonywania zawodu. Także też takie są sytuacje, że gdzieś tam na marginesie sami to stosują, wiedzą, że to działa, dużo też farmaceutów też się zgłasza z tymi tematami, że oni też to stosują. Tym bardziej, że te leki też przychodzą do apteki i oni też się tym interesują i sami zaczynają to stosować.” [P02]

1.6.4. Zmiany zachodzące w opisywanych relacjach

Praktyk CAM [PO2] doświadczył różnych reakcji związanych ze stosowaniem metod i praktyk leczenia niemedycznego ze strony pracowników ochrony zdrowia. Środowisko medyczne zaczyna się stopniowo otwierać na nowe doświadczenia, ponieważ pacjenci nierzadko nie są zadowoleni z metod leczenia proponowanych im przez medycynę akademicką.

„Przeróżne doświadczenia. Ale powiem tak, że jak zaczęłam, to było to ciężko. Ale teraz, to mam takie wrażenie, że zaczyna topnieć ten lód i coraz więcej osób [lekarzy, przyp. P.Z.-B.] poszukuje tych nowych rozwiązań i jest taka większa otwartość na to.” [P02]

Praktyk [P01] dostrzega np. zmianę z sposobie postrzegania problematyki żywienia przez medycynę konwencjonalną. Związek diety z występowaniem chorób jest poddawany badaniom na poziomie akademickim. Zależności te były przez lata ignorowane. Terapeuci CAM zauważają, że sposób, w jaki elementy dietetyki są wprowadzane do praktyki klinicznej ma wpływ na postrzeganie metod niekonwencjonalnych. Dietetyka kliniczna jest oparta na prowadzeniu badań naukowych, wykonywanych zgodnie z określonymi metodami i standardami przez wykwalifikowanych naukowców-specjalistów. Natomiast praktycy CAM bazują najczęściej tylko na własnych doświadczeniach oraz intuicji.

„Okazuje się, że uniwersytety zaczynają badać związek żywienia z chorobami. To, co kilka lat temu było wyśmiewane, obecnie zaczyna być wdrażane. Kwestia jest, z której strony to wchodzi. Jeżeli to wchodzi z poziomu uniwersyteckiego, to jest postrzegane lepiej. Jeżeli jest to oddolny, to jest to traktowane jako coś, z czego się można pośmiać. Obserwuję to sobie jako ruchy i nurty. To też się zmienia. Nie generalizowałabym. Są lekarze, którzy są nastawieni na to, że można komplementarnie podejść do pacjenta. [...] Myślę, że jest to bardziej kwestia człowieka i jego otwartości, niż tego, że jest lekarzem.” [P01]

1.6.5. Lekarze vs. praktycy leczenia niemedycznego. Sytuacje konfliktowe

Można zauważyć różne podejścia do metod i technik związanych z leczeniem niemedycznym wśród różnych grup lekarzy. Niektórzy młodszy lekarze kładą większy nacisk na

holistyczne podejście do zdrowia, mogą oni być także bardziej otwarci na zastosowanie CAM jako komplementarne uzupełnienie do medycyny akademickiej. Z drugiej strony, starsi lekarze są zazwyczaj bardziej sceptyczni wobec lecznictwa niemedycznego.

„Są lekarze, którzy są nastawieni na to, że można komplementarnie podejść do pacjenta. Lekarze ze szkół nowych. Ze szkół starych, którzy uważają, że jest to po prostu bzdura.” [P01]

„Niekonwencjonalni praktycy” zauważyli dość duże trudności w nawiązywaniu współpracy z lekarzami w dziedzinie CAM. Autor wypowiedzi [P04] stwierdza, iż większość lekarzy, nie chce z nimi współpracować lub podchodzą z dużą rezerwą do takich metod leczenia. Jednocześnie wolno, choć systematycznie rośnie grono pracowników ochrony zdrowia, którzy są zainteresowani taką formą współpracy.

„Większość lekarzy albo nie chce w ogóle współpracować, albo podchodzą bardzo sceptycznie. Nie mogę powiedzieć, że wszyscy.” [P04]

Lekarze nie posiadają np. wystarczającej wiedzy na temat homeopatii i metod produkcji leków homeopatycznych, co z reguły zwiększa ich sceptycyzm w podejściu do tej formy lecznictwa niemedycznego. Uzdrowiciele uważają, że brak wiedzy i zrozumienia może prowadzić do odrzucenia tej formy pomocy pacjentom.

„Miałam kiedyś taki przypadek, że rozmawiałam z lekarzem, bo mamy taki lek Nux Vomica. Oczywiście jest to roślina, która jest z założenia trującą rośliną. Ale proces robienia leków homeopatycznych to jest promil tej rośliny. Ale on uważa, że to jest roślina trująca i on nie będzie czegoś takiego stosował. Chodzi o to, że jest brak informacji, tego wstępu do tego, jak ta homeopatia funkcjonuje, jak te leki są robione, co one dają. To powoduje, że jest blokada. To nie jest na tej zasadzie, że chcę coś zobaczyć. Od razu jest bojkot, że to nie, że to jest złe.” [P02]

Praktyk [P08] podkreśla, że w swojej pracy zawodowej spotkał się jedynie z negatywnym stosunkiem lekarzy do metod i technik zaliczanych do lecznictwa niemedycznego. W swoim miejscu pracy spotkał się z kpinami i nieprzychylnym podejściem ze strony innych kolegów już w

związku z poszukiwaniami dietetycznymi. Biorąc pod uwagę te nieprzyjemne opinie zdecydował, iż nie chce się afiszować we własnym środowisku medycznym, gdy poszerzał swą działalność o nowe metody: konopie lecznicze i ozonoterapię. To pokazuje, że w środowisku medycznym praktykowanie CAM przez samych lekarzy może być nieakceptowane lub wręcz stygmatyzowane.

„Patrząc wstecz to źle postrzegane były chociażby moje różne poszukiwania dietetyczne czy nawet jak wchodziłem na post Dąbrowskiej w oddziale szpitalnym jak pracowałem to już to z takimi trochę podśmiewkami, podśmiewaniem trochę docinkami się spotykało, nie mówiąc już o tym, że zupełnie się nie afiszowałem z tym, że zaczynam działalność w zakresie medycyny, najpierw ozonoterapii, najpierw na tym polu zacząłem działać a potem rozszerzyłem o inne” [P08]

Praktyk CAM [P08] daje wyraz swej frustracji, która jest związana z niechęcią niektórych kolegów lekarzy do zaakceptowania jego doświadczeń w dziedzinie CAM. Autor tej wypowiedzi zrezygnował np. z pewnych relacji towarzyskich z kolegami z roku, których nie cechuje otwartość na alternatywne metody leczenia. Miał również świadomość, iż dyskusje z nimi nie przyniosą pozytywnych rezultatów oraz nie zmienią ich sposobu patrzenia na CAM.

„Postrzegane jest to na tyle średnio, że specjalnie powiedziałbym bardzo, bardzo rozluźniłem moje więzy towarzyskie z kolegami z roku, z częścią, z częścią utrzymuje, z tymi którzy gdzieś tam szerzej patrzą na medycynę i akceptują to co ja robię, a z częścią nie mam ochoty wchodzić w dyskusję, która wiem, że nie zmieni perspektywy patrzenia ani mojej ani ich.” [P08]

Praktyk [P03] wspomina o przykładach osób, których praca była kwestionowana przez środowisko medyczne, ale ostatecznie ich metody i techniki leczenia okazały się skuteczne. Historia medycy pokazuje, iż niektóre metody i techniki były początkowo odrzucane lub negowane przez środowisko medyczne, lecz ostatecznie stały się akceptowane przez EBM. Autorka cytowanej wypowiedzi doświadczyła hejtu i krytyki ze strony lekarzy, którzy nie akceptowali treści związanych z CAM w trakcie konferencji medycznych.

„To bardzo dobre pytanie, ponieważ dostałam taką informację zwrotną, że jako pielęgniarka z prawem wykonywania zawodu nie zajmuję się evidence-based medicine. Gdzie ja się nie do końca z tym zgadzam, bo ucząc historii

medycyny, wiem, że wiele technik powstawało i działały. Tak jak np. u ks. Sebastiana Kneippa, który był wykluczony przez farmaceutów i lekarzy, bo nie był z wykształcenia lekarzem. A zajmował się ziołami, miał ogromną wiedzę o ziołach. I on pomagał pacjentom. Sam się też wyleczył z gruźlicy poprzez obserwację, poprzez czytanie książek. I później zalecał to ludziom i był negowany. Andrew Still przez swoich kolegów był negowany na początku, że robi bzdury. I widzę, że w tej chwili jest powrót do tego, jeżeli chodzi o środowisko medyczne. Tak samo było np. z [audioterapią? 00:22:21] jak robiłam konferencję w 2017 roku. To był największy hejt, jakiego w życiu doświadczyłam przez grono młodych lekarzy.” [P03]

Lekarze uważają, iż praktyki zaliczane do lecznictwa niemedycznego są nieskuteczne i niebezpieczne, a podejście pacjenta do takiej medycyny jest jedynie wynikiem braku wiedzy „zwykłych ludzi” na tematy zdrowia i choroby.

„Mam szwagra lekarza. Trochę przez jego pryzmat mogę powiedzieć, w sensie postrzegania. Z jednej strony takie praktyki wzbudzają uśmieszek, czyli takie podejście, że to jest na tyle nic nie warto, że nie zaszkodzi i nie pomoże. Jak klient chce sobie gdzieś pójść to pójdzie, pogada. To i tak nic nie zmieni.” [P01]

Część lekarzy posiada fałszywe przekonania na temat naturalnych metod leczenia. Praktyk CAM [P08] krytykuje lekarzy, którzy uważają, iż pacjenci z chorobami nowotworowymi mogą rezygnować z konwencjonalnych terapii na rzecz metod i technik leczenia zaliczanych do lecznictwa niemedycznego, takich jak witamina C. Praktyk twierdzi, iż nie jest przeciwnikiem medycyny akademickiej, ale uważa, że on sam dąży do połączenia ich z metodami i technikami CAM w celu uzyskania najlepszych wyników.

„[...] niektórzy [lekarze, koledzy praktyka, przyp. P.Z.-B.] pewnie myślą, że przez kontakt z nami to pacjent będzie chciał się wyleczyć z nowotworu witaminą C już mówiąc tak, przejawiając a to tak zupełnie nie wygląda, że myślą, że będą rezygnować z terapii klasycznych. Ja jak najbardziej chcę połączyć te terapię, a nie wyprzeć terapię naturalną terapię szpitalną. Absolutnie nie.” [P08]

1.6.6. Podsumowanie

W ramach tej części próbowałam poddać analizie relacje jaka łączy praktyków CAM i przedstawicieli zawodów medycznych, zwłaszcza lekarzy. Praktycy CAM, zwłaszcza [P05]

opisują różnorodne relacje jakie mogą się wytworzyć między tymi profesjami. Możemy je skrótowo opisać jako negatywne, obojętne lub pozytywne.

Na szczególną uwagę zasługuje tutaj wypowiedź praktyka [P07], który wręcz „chełpił się” faktem ilu lekarzy oraz jakich specjalności wysyła do niego pacjentów albo sama przychodzi do jego gabinetu. Podobnie, dość optymistycznie na temat współpracy wypowiadali się inni praktycy [P02; P05]. Zwłaszcza w wypowiedzi [P02] padła uwaga, że nawet jeśli dany lekarz czy inny przedstawiciel zawodów medycznych podchodził pozytywnie do praktyk CAM, to nie może się do tego przyznać publicznie, w obawie przed ostracyzmem i dyskryminacją przeciwników takich metod.

Ci ostatni zresztą są najczęściej opisywani przez praktyków CAM. Mówią o nich jako o przedstawicielach „starej szkoły”, niechętnych innowacjom oraz zmianom, zadufanych w sobie i nie rozwijających ani swojej wiedzy, ani swych kompetencji. Ta grupa stanowi najczęstszy punkt odniesienia dla praktyków CAM w odniesieniu do charakteru relacji z przedstawicielami zawodów medycznych.

Postawy i zachowania negatywne pamiętamy lepiej i uważamy za występujące częściej niż obiektywnie miało to miejsce. Warto zatem byłoby sprawdzić jakie są opinie przedstawicieli zawodów medycznych wobec praktyk CAM, najlepiej w szeroko zakrojonym badaniu ilościowym, które byłoby w stanie dać statystycznie istotne i reprezentatywne dane na ogólnopolskiej próbie lekarzy. Badanie o tej skali wykracza poza założony zakres tej dysertacji.

1.7. Powody korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego (CAM)

1.7.1 Brak efektywności medycyny akademickiej

Jednym z powodów korzystania z metod i technik zaliczanych do leczenia niemedycznego jest rozczarowanie brakiem skuteczności medycyny akademickiej u niektórych pacjentów. Szukają oni innej drogi pomocy w chorobie. Pacjenci ci doświadczyli braku efektu

leczenia, a w niektórych przypadkach lekarze deklarowali brak szansy pomocy. W konsekwencji pacjenci szukają alternatywnych metod leczenia, by uzyskać pomoc i ulgę w leczeniu swoich dolegliwości. Metody i techniki CAM jawią się tu jako przysłowiowa „ostatnia deska ratunku”.

„Często jest tak, że nie mają wyjścia, bo już lekarze powiedzieli, że już nie pomogą.” [P06]

„Zupełny brak skuteczności medycyny akademickiej. To jest duża kropka i duży wykrzyknik, dlatego że osoby, które się zgłaszają, to nie są osoby, które zaczynają się leczyć medycyną tradycyjną. To są osoby, które na sobie przeżyły brak skuteczności medycyny akademickiej. To jest coś, o czym się bardzo często mówi. Bardzo często do naturoterapeutów trafiają osoby z zaawansowanymi nowotworami, którym lekarze powiedzieli, że nie są już w stanie im pomóc. Wprost. To nie są osoby, które dla rozrywki szukają alternatywy, tylko osoby, które usłyszały informację, że nic się nie da zrobić, więc szukają dalej.” [P01]

„Powody zazwyczaj są te same, czyli jest jakiś problem zdrowotny do rozwiązania. Co się wydarzyło wcześniej u takiej osoby, to już jest różnie. Bardzo często jest tak, że są to osoby, które już przeszły przez leczenie farmakologiczne, które nie dało oczekiwanych rezultatów bądź pogłębiły się inne dolegliwości. Czasem też tak bywa. Druga grupa osób w ogóle nie chce iść konwencjonalną drogą i automatycznie decydują się, żeby wybierać naturalne metody.” [P04]

Pacjenci, według praktyków CAM [P05] i [P07], zwracają się ku metodom i technikom CAM z powodu nieefektywności terapii oferowanych w instytucjonalnym systemie medycznym. Doświadczają trudności w uzyskaniu diagnozy i leczenia swoich schorzeń, a ich stan zdrowia się nie poprawia lub wręcz pogarsza, pomimo długotrwałego, wielokrotnego leczenia w ramach medycyny akademickiej. Ludzie ci zwracają się ku metodom zaliczanym do lecznictwa niemedycznego niejako „z konieczności”, niekiedy mimo wahań i rozterek. Autorzy wypowiedzi podkreślają, że pacjenci często próbowali wielu różnych sposobów leczenia dostępnych w medycynie oficjalnej, lecz bezskutecznie i są „zmuszeni” do szukania pomocy, gdzie indziej.

„To są przede wszystkim osoby, które szukają diagnozy, leczą się rok, dwa, pięć, dziesięć, źle się czują, stan ich się nie poprawia, pogarsza się i nie mają diagnozy. Zmieniają lekarzy, zmieniają terapię, leczenie, leki, jedno, drugie, kolejne i nie ma efektu leczenia. Więc szukają pomocy gdzieś indziej, no i takie osoby do mnie trafiają.” [P05]

„[...] tutaj albo rozczarowanie w medycynie konwencjonalnej, no po prostu nie pomogli. Człowiek chodzi normalnie, regularnie, z szacunkiem do medycyny, do specjalistów, ale nie daje efektów. Przecież tak bywa i to nie wina nawet tego samego lekarza, który prowadził. Po prostu czasami brakuje jakiegoś, no powiedzmy tej wiedzy u lekarza, który by właśnie skierował na taki zabieg, na przykład.” [P07]

1.7.2. „Skazani na permanentną farmakoterapię”

Zdarza się, iż pacjenci są niezadowoleni i sfrustrowani ograniczeniami medycyny akademickiej w leczeniu chorób przewlekłych. Odczuwają, iż ich leczenie polega jedynie na przyjmowaniu kolejnych serii leków, które nie leczą przyczyn choroby, lecz jedynie mają za zadanie podtrzymać ich stan zdrowia na minimalnym poziomie. Z tego powodu niektórzy pacjenci zwracają się w stronę lecznictwa niemedycznego w poszukiwaniu skuteczniejszych alternatyw. Podejście medycyny konwencjonalnej do leczenia chorób chronicznych polegające wyłącznie na przepisywaniu leków, bez jednoczesnego rozwiązywania przyczyny choroby jest istotną wadą systemową. System opieki zdrowotnej bazuje na szybkim i skutecznym (w jego mniemaniu) rozwiązaniu problemu zdrowotnego, często kosztem wykluczenia czynników społecznych, ekologicznych, środowiskowych i psychologicznych, które również mogą wpływać na etiologię choroby. Z drugiej strony pacjenci spodziewają się, iż lekarz będzie w stanie wyleczyć ich chorobę bez wymagania zmiany stylu życia czy też aktywnego zaangażowania się w terapię psychologiczną.

„Często są to osoby, które mają choroby przewlekłe i na choroby, jedyną ofertę jaką ma medycyna akademicka, jest to branie leków do końca życia, które nie leczą. Są to substancje podawane dla podtrzymania stanu. One nie leczą.” [P01]

„Jest jakiś zakres tej medycyny konwencjonalnej i rozkładają ręce, koniec. „Dalej sobie pani radzi. My możemy przepisać pani tabletkę do końca życia i więcej nie pomożemy”. I ja wtedy pytam lekarza, czy ta tabletkę mi pomoże, że ja ją mam brać do końca życia.” [P06]

Warto również zaznaczyć, że tolerancja na leki pacjentów z chorobami stopniowo rośnie, co prowadzi do zwiększenia dawek lub stosowania silniej działających medykamentów, a w niektórych przypadkach do nieefektywnego leczenia. Sytuacja ta może wpływać na sposób w jaki

postrzegają i podejmują decyzje dotyczące leczenia- poszukując alternatywnych form leczenia lub też skłaniając się niekiedy do „nihilizmu terapeutycznego”.

„Często jest tak, że np. przychodzą, bo już leki przeciwbólowe nie działają, więc już nie mogą funkcjonować - to już jest tak, że, powiedzmy, pierwszy lek przeciwbólowy pacjent sporadycznie brał, potem brał go np. codziennie, to funkcjonował, bo lek pomagał, potem lek przestał pomagać, więc zaczął brać zastrzyki. Zastrzyki przez jakiś czas pomagały, potem już zastrzyki przestały działać. Potem np. wymienił sobie operacyjnie biodro, kolano - przez chwilę jakoś w miarę pomogło albo nie pomogło i funkcjonował dalej. Potem zaczęło znowu boleć - kolejne zastrzyki, kolejne leki przeciwbólowe.” [P06]

1.7.3. Rola i znaczenie holistycznego wsparcia

Terapie zaliczane w poczet CAM mogą oferować pacjentom coś więcej niż tylko szybką wizytę. Według praktyków CAM [P03] i [P02] chorzy czują, iż czas spędzony z pacjentem podczas wizyty umożliwia dokładnie poznanie go i zrozumienie przyczyn dolegliwości. Może to pozwolić na indywidualnie zaplanowaną terapię oraz np. właściwe zaordynowanie preparatów i suplementów.

Praktycy w swojej pracy uwzględniają aspekty psychologiczne i emocjonalne, co przekłada się na postrzeganie terapeuty CAM jako bardziej holistycznego. U jednego z moich rozmówców [P03] można też dostrzec rolę czynników ekonomicznych. Wizyty w jego gabinecie nie są bowiem drogie, przynajmniej w porównaniu do specjalistów-lekarzy, a czas wizyty jest również nieporównywalnie dłuższy, co daje pacjentom dodatkowe wrażenie bycia wysłuchanymi. Praktyk CAM poświęcając czas swym klientom daje im, tak potrzebną w procesie leczenia, opiekę i troskę, której nie doświadczyli w szpitalach.

„Po pierwsze myślę, że czują wewnątrz, że jest jakaś możliwość poprawy ich losu i ich stanu zdrowia. To jest pierwsza rzecz. Druga kwestia, że w tych miejscach otrzymują takie wysłuchanie i wsparcie. Bo taka wizyta trwa minimum godzinę. Nie ma nic krócej. Od 50 do 60 min. Czyli to już jest czas, w którym można poznać tego pacjenta. I koszt takiej wizyty, średnio kosztuje 160 czy 200 zł – zależy jakimi technikami się pracuje i jak długo trwa. Ale to sobie można np. przeliczyć, że wizyta prywatna u lekarza, gdzie wypisuje receptę, to jest 5 minut i 160 zł. Więc on dostaje to, czego potrzebuje. Czyli i wsparcie, i rozmowę, i analizę sytuacji. Czyli dany specjalista faktycznie wgłębia się w to, co się zadziało.” [P03]

„Są w stanie zobaczyć tego człowieka i zobaczyć te przyczyny. Wtedy dopasowując te preparaty, jesteśmy w stanie wyprowadzić go z tych dolegliwości.” [P02]

1.7.3. Logika systemu poleceń

W wypowiedziach praktyków dość często eksponowane było zagadnienie istnienia „sieci poleceń”, która ma wpływ na wybór konkretnego praktyka przez poszczególnych pacjentów. Mechanizm polecenia sobie wzajemnego pacjentów opiera się na relacjach interpersonalnych, w ramach których pacjenci dzielą się informacjami na temat praktyków z innymi osobami, co może prowadzić do zbudowania sieci poleceń i zaleceń w obrębie danej grupy/społeczności. Natomiast skuteczność roli reklam i promocji w Internecie jest wątpliwa. Pacjenci lepiej reagują na osobiste rekomendacje oraz przekazywanie informacji w obrębie własnej społeczności. Może to wskazywać na to, iż na obszarze CAM funkcjonuje bardziej relacyjne podejście do zdrowia i choroby, tj. oparte na wzajemnych rekomendacjach i uwzględniające podmiotowość chorych.

„I później się dowiedział od kogoś tam, że komuś tam pomogłam, bo szukał. Więc przychodził. Tak że dużo jest właśnie takich osób. Albo po prostu są osoby, które od kogoś znajomego się dowiedziały, to są zazwyczaj takie osoby. Nie ma tak, że ktoś w Internecie znajduje, nie znają osoby i do niej idą, tylko to są wszystkie osoby z polecenia. Nie zdarzyło się, żeby ktoś po prostu gdzieś w Internecie znalazł mój adres, mój gabinet, tylko to są wszystkie osoby jedna drugiej, trzeciej, czwartej, piątej”. [P06]

„[...] i tak właśnie ta medycyna naturalna funkcjonuje - że przychodzą osoby nie z musu, bo mają refundowane coś tam, więc idą do takiego lekarza, tylko po prostu idą, bo tam pomagają.” [P06]

„A czasami to wiąże się z tym, że człowiek w szpitalu był, poznał jakąś osobę, która z nim obok była. Ta osoba przyjaźni się z nim i później do niego dzwoni i mówi: wiesz, w szpitalu nam nie pomogli, a byłem tam, pomogło, czyli bardziej przekazanie przez samych chorych, co można zrobić.” [P07]

1.7.4. Dysfunkcjonalność Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)

Wypowiedź praktyka CAM [P05] ukazuje inne aspekty w postrzeganiu zdrowia i choroby - zdrowie jest postrzegane jako luksus, zaś choroba jest postrzegana jako coś, czego należy się

wstydić i wypierać. Takie spojrzenie ukazuje indywidualne podejście gdzie pacjenci podejmują decyzję, by skorzystać z prywatnych badań w celu uzyskania pewnego prestiżu społecznego.

Widoczne są pewne problemy strukturalne w systemie opieki zdrowotnej. Relatywnie biedniejsi pacjenci, którzy „boją się” chodzić do lekarzy lub czekać w kolejkach, mogą mieć ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej lub być zmuszeni do korzystania z prywatnych usług medycznych. Potencjalnym skutkiem tego jest tworzenie mechanizmów wykluczenia i nierówności w dostępie do opieki medycznej. To z kolei może wskazywać na potrzebę reformy systemu opieki zdrowotnej. W wypowiedzi praktyka CAM podkreślono znaczenie wiedzy i informacji w podejmowaniu decyzji związanych z opieką medyczną. Brak kompetencji, np. na temat badań, może doprowadzić do poniesienia niepotrzebnych kosztów, przeprowadzenia zbędnych zabiegów medycznych oraz postawienia niewłaściwych diagnoz.

„Są to też osoby, które nie lubią chodzić do lekarzy czy czekać w kolejkach na Narodowy Fundusz do specjalisty, czy robić bardzo drogie badania, jakies do zbadania na przykład patogeny wirusowe, jakies bakterie, wirusy, grzyby czy pasożyty, to wszystko można zbadać u mnie właśnie w gabinecie. A jeżeli chodzą właśnie po laboratoriach, to jest i kosztowne, niekoniecznie wiedzą, co zbadać, bo też nie mają tej wiedzy.” [P05]

1.7.5. Ciekawość

Kolejnym powodem skłaniającym ludzi do skorzystania z lecznictwa niemedycznego jest chęć zaspokojenia ciekawości, niekiedy ważniejszej niż rzeczywista potrzeba leczenia. Pacjenci mogą być zainteresowani ukazaniem jak praktycznie działa dana metoda lub jakie są jej skutki. Podejście to może wynikać z chęci poznania „nieznanych i tajemniczych” alternatywnych sposobów leczenia.

„A niektórzy jeszcze z ciekawości przychodzą, bo gdzieś tam słyszeli o takich metodach i przychodzą. Jednorazowo, niekoniecznie chcą się leczyć, tylko po prostu sobie zobaczyć, co tu się dzieje.” [P05]

1.7.6. Podsumowanie

Jak wynika z analizy zgromadzonych w trakcie badania wywiadów pacjenci zgłaszają się do praktyków CAM głównie w sytuacjach niezadowolenia z wyników leczenia metodami konwencjonalnymi. Jedną z najważniejszych motywacji jest już wskazano nieskuteczność medycyny akademickiej.

Jest to szczególnie widoczne wśród pacjentów cierpiących na choroby chroniczne, gdzie terapia polega na „braniu leków”, które działają tym słabiej im dłużej je pacjenci biorą, gdyż nabywają odporności. Perspektywa brania kolejnych, coraz większych dawek działających jedynie na symptomy jest zniechęcająca i stanowi bezpośrednią motywację do poszukiwania alternatyw.

Ten element poszukiwania lepszych rozwiązań stanowi kolejny wątek, który często przewijał się w przeprowadzonych wywiadach. Pacjenci do gabinetów praktyków CAM przychodzą przede wszystkim korzystając z sieci rekomendacji. Terapeuci CAM są obecni w Internecie, ale z ich wypowiedzi wynika, że to źródło rekrutacji jest mniej skuteczne od tradycyjnej „poczty pantoflowej”, czyli nieformalnie budowanej sieci powiązań między pacjentami, którzy wzajemnie polecają sobie danego praktyka. Stworzenie dokładnego modelu tego mechanizmu również stanowi ciekawy kierunek dalszych badań, również analiz porównawczych.

Głównym powodem korzystania z CAM jest przekonanie o dysfunkcjonalności systemu opieki zdrowotnej. W wypowiedziach praktyków bardzo często przewija się ten wątek i widoczna jest lista powodów opisanej „systemowej nieskuteczności”. Lekarze nie mają dostatecznych kwalifikacji i motywacji, aby zaspokoić oczekiwania współczesnego pacjenta.

Istnieje kolejna grupa pacjentów, którzy korzystają z usług CAM. Są to ludzie zaciekawieni tym „egzotycznym i nieznanym im dotąd” systemem uzdrawiania. Jakkolwiek stanowią oni mniejszość klientów CAM pacjenci ci byli wymieniani przez moich rozmówców.

1.8. Efekty korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego (CAM)

1.8.1. Skutki pozytywne

Jednym ze skutków korzystania z metod i technik CAM jest zwiększanie świadomości zdrowotnej pacjentów. Autor cytowanej niżej wypowiedzi [P01] sugeruje, iż ludzie zaczynają bardziej dbać o swoją cielesność i zdają sobie sprawę, że ich indywidualne zachowanie oraz styl życia wpływają na stan zdrowia. Również sami praktycy wywierają nacisk na pacjentów, aby wzięli odpowiedzialność za siebie i podejmowali aktywne działania, które pomogą wspomóc ich dobrostan.

„[...] ludziom się budzi świadomość przede wszystkim swojego ciała, tego, że mają na nie jakiś wpływ. Tego, że jedzenie ma znaczenie, bo przynajmniej ja w swojej praktyce zwracam uwagę na żywienie, jakość żywienia. Często naturoterapeuci, czy zielarze trochę zmuszają ludzi do tego, żeby wzięli odpowiedzialność za siebie, [...]” [P01]

Praktyk [P02] uważa np., że leki homeopatyczne nie są substancjami bioaktywnymi i ich stosowanie nie powoduje szkody dla organizmu ani nie wywoła powikłań. Twierdzi, że ich działanie jest bezpieczne także dla kobiet w ciąży, jak i małych dzieci.

„Tutaj nie mam żadnej substancji. Ja mogę podać [lek homeopatyczny, przyp. P.Z.-B.] ze spokojem kobiecie w ciąży leki, małństwu mogę podać, nie uszkadzając nic. A wręcz przeciwnie, pomagając w kolkach itd. I tego dziecka nie zobaczymy z żadnymi powikłaniami.” [P02]

Innym, pozytywnym skutkiem korzystania z metod i technik CAM jest uzyskanie wsparcia emocjonalnego przez pacjentów w osiągnięciu lepszego stanu zdrowia oraz poprawy jakości ich życia. Opisana przez pielęgniarkę [praktyk, P03] asysta i wsparcie pacjentów są ważne w procesie leczenia i prewencji chorób. Praktyk [P03] jest świadoma znaczenia psychologicznego procesu leczenia i uwzględnia go w swojej pracy. Podkreśla zmiany perspektywy pacjentów w trakcie procesu leczenia, tj. przesunięcie się z bieguna „choroba” na pole „zdrowie”.

„[...] co obserwuję i to, co słyszę od pacjentów: że dostają wsparcie, dostają taką asystę. I ja faktycznie dzięki temu czuję, że spełniam swoją rolę jako pielęgniarzka. Że ja asystuję w procesie umacniania zdrowia. Czyli przesuwania się na osi: z osi „choroba” na oś „zdrowie”. I widzą, że poprawia się ich jakość życia. Że zmieniają się ich relacje z samym sobą i z otoczeniem. I że dostają zasoby. I to jest ten element.” [P03]

Korzyści związane z leczeniem poprzez metody i techniki CAM charakteryzują się złożonością i wielowymiarowością. Poza głównym celem terapii konkretnych dolegliwości, pacjenci często odczuwają dodatkowe korzyści, np. poprawę jakości snu, poprawę stanu skóry, zwiększenie poziomu energii etc. Korzyści te są zwykle subiektywne, więc mogą się różnić w zależności od ocen konkretnej osoby, co może mieć wpływ na sposób w jaki ludzie generalnie postrzegają oraz oceniają metody i techniki CAM.

„Przede wszystkim to, że dany problem został rozwiązany, że dany pacjent czuje się lepiej. [...] Przy okazji też dochodzą inne korzyści, czyli na przykład ktoś ma zgagę, refluks, niestrawność, myślę, że dość popularny przykład, ale przy okazji jeszcze lepiej śpi, lepsza kondycja skóry, ma więcej energii, po prostu lepiej mu się żyje na co dzień. To są dodatkowe wartości, które się zazwyczaj pojawiają.” [P04]

Kolejnym pozytywnym aspektem działalności CAM, w opinii praktyków, jest możliwość zminimalizowania działań niepożądanych terapii będących skutkiem stosowania medycyny allopatycznej. Jak zauważa praktyk [P08] :

„Można zredukować też działania niepożądane klasycznych terapii. Można lepiej funkcjonować, jeśli chodzi o cały zakres przewodu pokarmowego czy wchłaniania, czy wypróżnień, bo to są przyziemne, ale bardzo ważne problemy pacjentów nie tylko onkologicznych, ale też wyniszczonych w chorobach przewlekłych w ogóle czy z zakresu autoagresji, reumatologii nazwijmy to szeroko mówiąc, czy też boreliozy czasami czy chorób neurodegeneracyjnych.” [P08]

1.8.2. Skutki negatywne

Ludzie często korzystają z ziół jako środków leczniczych nie mając świadomości skutków ubocznych. Praktyk [P01] zauważa, że pacjenci często korzystają z ziół bez zrozumienia ich

potencjalnego wpływu na organizm oraz bez refleksji dotyczących możliwych interakcji pomiędzy substancjami czynnymi. Brak rzetelnej informacji może skutkować nieodpowiednim aplikowaniem ziół. Dostrzegany jest także negatywny wpływ mediów/ krótkie kolumny z niefachowymi poradami dotyczącymi fitoterapii.

„Osoby korzystają często bezmyślnie z ziół. Tutaj mają ogromny wpływ media zbyt popularne, czyli gazety, brukowce, krótkie porady, które nie uświadamiają, że zioła posiadają substancje aktywne, mogą bardzo mocno działać i zioła przedawkowane mogą też zaszkodzić. Poza tym zioła mogą wchodzić w interakcje z lekami, które te osoby biorą.” [P01]

Pacjenci dość często decydują się na zakup i stosowanie suplementów diety na własną rękę, bez konsultacji ze specjalistą. Jednakże niewłaściwe stosowanie suplementów, np. ze względu na nieodpowiednie dawkowanie lub niską jakość produktu może doprowadzić do nieprzewidywalnych, negatywnych skutków ubocznych.

„Z zagrożeń widzę to, że pacjenci może być tak, że kupując...no właśnie jeśli chodzi suplementację, nie wiadomo co z założenia, z teorii to powinno działać, a stosując niejakościowe czy niewłaściwej jakości, czy źle dawkowane na przykład suplementy z punktu widzenia, z winy producenta nieuczciwego te efekty mogłyby być lepsze, a nie przychodzą.” [P08]

Praktyk [P01] zwraca uwagę na zjawisko samolecznictwa. Chory podejmuje decyzje o swoim zdrowiu nie konsultując się z lekarzem lub praktykiem CAM. Zauważa się, iż dzisiejszych czasach wiele osób korzysta z różnych nieprofesjonalnych źródeł informacji o zdrowiu (Internet, media społecznościowe czy blogi) podejmując decyzje związane ze zdrowiem na podstawie niepełnych lub fałszywych informacji.

„Zagrożenia są takie, że zbyt chętnie korzystamy z porad, które się nam wydają łatwe, lekkie i przyjemne, a mogą one nieść negatywne skutki dla naszego zdrowia.” [P01]

W cytowanej wypowiedzi praktyk [P07] zwraca uwagę na podstawową zasadę etyki w medycynie, według której najważniejsze jest, by swoim postępowaniem nie wyrządzić szkody pacjentowi. Zauważa on, iż pomimo posiadania odpowiedniego wykształcenia może zdarzyć się taka sytuacja:

„Jeżeli teraz brać od alternatywnej, od stopnia biologicznego wykształcenia, człowiek powinien wiedzieć, co robi, czyli pierwsza zasada: nie szkodzić pacjentowi po prostu. [...], chociaż czasami bywają różne takie momenty.”
[P07]

Korzystanie ze źle dobranego leku CAM może doprowadzić do wystąpienia negatywnych skutków, w tym do wystąpienia zjawiska zwanego jako „obraz leku”, tj. „dawka danej substancji wywoła u zdrowej osoby podobny zespół objawów, jak u chorego”.⁵¹² Wystąpienie tego zjawiska można by uznać za wyraz nadmiernej wrażliwości lub sugestii pacjenta.

„Ale są osoby wrażliwe, które w momencie, gdy jest lek źle dopasowany, wchodzi w tzw. obraz leku. Czyli odczuwają te objawy, które mamy w opisie leku.” [P02]

1.8.3. Podsumowanie

Odnosząc się do skutków stosowania metod CAM możemy wyróżnić skutki pozytywne i negatywne. Te pierwsze obejmują przede wszystkim zwiększenie świadomości zdrowotnej. Pacjenci dostrzegają własną sprawczość i możliwość polepszania własnego zdrowia, w tym, co bardzo istotne dla wielu praktyków, dostrzegają potrzebę brania większej odpowiedzialności za własne zdrowie. Inni praktycy zauważają, że ich metody (w przytoczonym fragmencie o lekach homeopatycznych) mogą być stosowane bezpiecznie dla każdego pacjenta, gdyż nie mają niepożądanych skutków (placebo). Pacjenci czerpią również z praktyk CAM korzyści mniej oczywiste (np.: walcząc ze zgorączką nie tylko się jej pozbywają, ale też poprawia się jakość ich snu).

⁵¹² *Homeopatia*. <https://www.vegamedica.pl/metody-leczenia/homeopatia> (dostęp 20.03.2023)

Z drugiej strony negatywne konsekwencje CAM są niejako marginalizowane przez praktyków. Zauważają oni, że najczęściej dotyczą sytuacji związanych z samolecznictwem. Szczególnie często przewijało się to w kontekście ziołolecznictwa, co dodatkowo było związane z niedokładnymi informacjami na temat tej metody leczenia w popularnych czasopismach. Jeden z praktyków zauważył, że jego pacjenci potrafili wywołać w sobie, jak to określił, „obraz leku”. Czyli, gdy zdrowa osoba brała lek na jakąś chorobę, to zaczęły się pojawiać u niej symptomy tej choroby.

1.9. Obserwowane trudności w pracy z pacjentem w ramach terapii CAM

1.9.1. Opis najczęstszych trudności

Jednym z wątków powtarzających się podczas wywiadów były opisy zdarzeń, które powodowały komplikacje podczas procesu diagnozowania czy leczenia. Jednym z nich jest motyw nawiązania zaufania i skutecznej komunikacji między praktykiem a pacjentem. Rozmawianie o sobie i własnych emocjach jest kluczową kwestią dla nawiązania zaufania i zrozumienia potrzeb pacjenta, może być to trudne, zwłaszcza, gdy pacjent czuje się niesłyszany i niezrozumiany. Niedokładnie zebrany wywiad może wpłynąć na jakość opieki, jaką otrzymuje pacjent.

„Ale takim największym wyzwaniem jest rozmawianie o sobie, o swoich przeżyciach.” [P02]

„jeden człowiek nie powiedział na przykład, że miał kiedyś złamane żebro, nie? No nie powiedział. [...] niedomówienie, po prostu ta informacja nie dotarła.” [P07]

Innym odzwierciedleniem trudności w pracy z pacjentem jest brak lub niski poziom zaufania do autorytetu terapeuty. Pacjenci mogą nie słuchać zaleceń praktyka i podejmować decyzji o leczeniu na własną rękę. Może to wynikać m.in.: z braku zadowolenia z efektów leczenia czy przekonania, iż pacjent zna najlepiej swoje ciało i swój organizm. Inną przyczyną może być niedostateczna wiedza lub jej brak na temat charakteru i istoty leczenia. Pacjenci mogą nie rozumieć dlaczego akurat takie leczenie jest zaordynowane lub dlaczego nie powinni zmieniać

dawkowania, etc. Różnica w wartościach i przekonaniach może być kolejną przyczyną wprowadzania zmian w procesie leczenia. Pacjenci mogą posiadać własne subiektywne preferencje dotyczące procesu leczenia oraz jego charakteru.

„[...] że pacjenci nie słuchają do końca i wdrażają swoje albo na przykład dawkowanie zmieniają, bo wyobrażają sobie, że jak wezmą trzy razy więcej, to szybciej się wyleczą. I to jest też i w medycynie naturalnej, to samo, pacjenci nie słuchają i po swojemu się leczą.” [P05]

Pacjenci często są przywiązani do swojego ustalonego stylu życia i preferują utrzymanie dotychczasowych nawyków żywieniowych, co może utrudniać osiągnięcie pożądaných wyników terapeutycznych.

„tu potrzebna jest chęć współpracy ze strony pacjenta, nie tylko to, co się dzieje w gabinecie, ale musi w domu też coś zrobić. I w tym jest problem, nie zawsze chcą w domu cokolwiek robić. A w przypadku pacjentów cukrzykowych wypadałoby troszeczkę dietę zmodyfikować - czyli zmienić to, co doprowadziło do tej cukrzycy, a ludzie nie chcą zmieniać.” [P06]

Praktyk [P06] zwraca uwagę na trudności związane z „wprowadzeniem” pacjenta w proces leczenia oraz utrzymaniem stałego zaangażowania w konkretną terapię. Także systematyczne, regularne wizyty mogą być kluczowe dla procesu leczenia, jednak pacjenci nie są gotowi na takie poświęcenie oraz konsekwentne działanie prozdrowotne.

„[...] czasami jest potrzebna systematyczność przychodzenia na wizytę - powiedzmy, siedem spotkań, np. trzeba przychodzić raz w tygodniu - np. tak jak na akupunkturę - i, powiedzmy, ktoś przychodzi z bólem kolan i wychodzi przynajmniej bez bólu, albo ten ból jest minimalny i on już funkcjonuje, później wszystko jest fajnie, pięknie, ale dobrze by było jeszcze tę wizytę powtórzyć, np. utrwalić jeszcze ten efekt, spotkać się dwa czy trzy razy. Bywa tak, że np. twierdzą, że już pomogło, więc już nie przychodzą. [...] systematyczność im czasami przeszkadza.” [P06]

Problem samoleczenia przez pacjentów przy użyciu informacji znalezionych w Internecie czy też innych mediach jest również sygnalizowany przez praktyków lecznictwa niemedycznego.

Takie podejście może prowadzić do nieodpowiedniego stosowania leczenia oraz diet, co może prowadzić do poważnych konsekwencji takich jak np. zmiana metabolizmu.

„ [...] często bywa tak, że pacjenci się chcą leczyć przez Internet, Internet ich leczy. Oni sobie wdrażają do leczenia czy to akademickiego, medycznego, czy takiego naturalnego, swoje metody, swoje gdzieś tam przeczytane w Internecie, czy zasłyszane w telewizji informacje i oni to wdrażają. Czasami robią sobie bardzo dużą krzywdę poprzez chociażby poprzez stosowanie diety nieodpowiedniej, diety, które nie są kontrolowane przez dietetyków mogą zrobić bardzo duże spustoszenie i na przykład zmienić metabolizm nieodwracalnie” [P05]

1.9.2. Podsumowanie

Praktycy zwracają uwagę na kilka głównych obszarów, które są problemem w prowadzeniu swoich terapii. Przede wszystkim eksponują temat zaufania i skutecznej komunikacji. Bez ich wypracowania efektywność terapii jest trudna do uzyskania, jeśli w ogóle możliwa. Podobnie, praktyk musi wytworzyć autorytet, by pacjent chciał słuchać jego zaleceń. Inaczej to pacjenci sami decydują o zmianach w prowadzonej terapii, nie stosują się do zaleceń czy zmieniają dawkowanie leków. Moi rozmówcy określali to mianem „utrzymania zaangażowania pacjenta”. Godnym podkreślenia jest dostrzeżenie tej potrzeby. Istotne jest zauważenie roli budowania nawyków do długotrwałego zaangażowaniu pacjenta w terapię. Ostatecznie jednak problemy praktyków CAM sprowadzają się do tego, że ich pacjenci uważają siebie za „mądrzejszych od nich” i albo nie stosują się do zaleceń, albo też szukają informacji z innych źródeł (Internet, media) i praktykują samolecznictwo zmieniając dawkowanie czy inne elementy terapii.

1.10. Zmiany w sposobie postrzegania przez społeczeństwo zjawiska lecznictwa niemedycznego (CAM)

1.10.1. Zmiany w opiniach o klasyfikacji technik leczenia CAM

Przestrzeżenie CAM zmieniło się w czasie. W przeszłości niektóre praktyki były powszechne i uważane za „normalne”, a nawet praktykowane w szpitalach. Jednakże z czasem zaczęto traktować je jako zabobony i szarlatanerię. Obecnie według praktyka [P01] obserwuje się

powrót do niektórych techniki i metod leczenia niemedycznego, np. zioła i ziołolecznictwo. Z kolei terapeuta [P08] zauważa, że edukacja medyczna nie zawsze uwzględnia CAM i jego rolę w historii medycyny. W przeszłości były one obecne w programach nauczania, jednakże we współczesnych podręcznikach zostały zredukowane do minimum.

„[...] są różne fale w czasie. Kiedy byłam dzieckiem, cała rodzina w razie potrzeby korzystała z praktyk lekarskich, ale stawiane nam były bańki, nam dzieciom, jako zwykła praktyka i to było coś, co było oczywiste. Kaszlesz, masz katar, gorączkę, coś się dzieje, to do łóżka i stawiamy bańki. Jeżeli to nie działa, to wtedy jest lekarz i ewentualnie antybiotyk, który pamiętam, że brałam jako dziecko, ale też nie za często. Ja brałam antybiotyk raz na rok, raz na dwa lata. Było to o wiele rzadziej, niż obecnie biorą dzieci. Był czas, w którym stawianie baniek, było zwykłą praktyką pomagania sobie w poprawie zdrowia. Później zaczęto to traktować jako nawet nie szarlatanerię, tylko zabobony. Bym powiedziała, że bańki, czy pijawki to były zabobony. Obecnie jest nawrót i powrót do tego, żeby te rzeczy były stosowane.” [P01]

„Jest pewna falowość, bo kiedyś na przykład w szpitalach były bańki czy była witamina C i to było dosyć normalne, czy część leków była oparta o zioła w większej mierze. Potem z czasem to zanikało. Na studiach założmy te 20 lat temu czy o ozonoterapii czy o witaminach prawie, prawie nie mieliśmy mówione, [...] Ciągle mi brakuje tych aspektów w planach szkoleniowych to znaczy na zajęciach medycznych z tego co mi wiadomo w bardzo nikłym stopniu to jest. Kiedyś jeszcze na Wydziale Lekarskim było to bodajże pół roku nauki o ziołolecznictwie. Teraz już tylko na Wydziale Farmacji to pozostało.” [P08]

1.10.2. Ewolucja poglądów na temat CAM

Wcześniej, według praktyka CAM [P03] metody takie były prezentowane jako nienaukowe i „zabobonne”. Jednak po lepszym poznaniu biografii prekursorów CAM, opisie stosowanych technik leczenia, a także po udziale w pracy zespołu interdyscyplinarnego, z innymi profesjami z dziedziny ochrony zdrowia, terapeutka zaczęła patrzeć na te sposoby leczenia w inny sposób, akceptując je i otwierając się na nie. Ta ewolucja praktyka może być zinterpretowana jako przykład, jak ewoluująca indywidualna perspektywa i kontekst mogą wpływać na sposób w jaki ludzie oceniają alternatywne i komplementarne metody i techniki leczenia.

„Wcześniej byłam stricte tylko połączona z wiedzą akademicką. Nawet jeden z moich studentów, z którym pracowałam, powiedział: „ ty wcześniej byłaś taką osobą twardą. Powiedziałaś: >>jak nie ma dowodów, proszę nie zajmujmy się

tym<<". A później, jak zaczęłam poznawać coraz więcej biografii, jak powstawały techniki, zaczęłam pracować w zespole interdyscyplinarnym i patrzeć, jak pracują fizjoterapeuci, może jak kosmetolodzy – nie tylko lekarze, nie tylko położne – to zaczęłam patrzeć, że są inne rzeczy, które mogą być fajne. I jak bym otworzyła się na to, że jest coś więcej. A jak już weszłam w wielokulturowość i zobaczyłam, że w Peru jest szaman i obok jest gabinet lekarski i oni ze sobą współpracują i się w ogóle nie wykluczają, jak doświadczyłam, że w Kanadzie jak są Indianie i mają rytuał oczyszczenia, okadzania, to tam pielęgniarka ten rytuał przestrzega i wspiera ich w tym procesie, to już całkowicie się otworzyłam na techniki. Stwierdziłam, że nie ma czegoś, czego nie można zastosować, co mogłoby pomóc pacjentowi. Ważne, żeby mieć wiedzę i doświadczenie z tego zakresu. I mieć odwagę, żeby faktycznie to zacząć stosować. I myślę, że jeszcze jedna rzecz w tych technikach jest istotna: żeby wszystkie przejść samodzielnie, samemu." [P03]

1.10.3. Zmiana percepcji CAM w Polsce

Kolejni badani przeze mnie praktycy również obserwują zmiany w postrzeganiu leczenia niemedycznego w Polsce. Wypowiedź praktyka [P04] sugeruje, iż w przeciągu dwóch dekad zwiększyło się zainteresowanie CAM. Przyczynami tego zjawiska mogą być zmiany w podejściu społecznym do zdrowia i stylu życia oraz zwiększona świadomość na temat kontroli własnego zdrowia. Jednocześnie większość ludzi posiada niewielką wiedzę na temat medycyny naturalnej oraz metod i technik leczenia CAM.

„Zaczyna się to zmieniać. Jeszcze 15, 20 lat był to temat może nie tabu, ale bardzo mało się mówiło na temat medycyny naturalnej, natomiast teraz zaczyna się to zmieniać. Myślę, że jest to też kwestia tego, że ostatnie lata pokazały, że należy bardziej o siebie zadbać, niż robili to ludzie wcześniej, więc też zaczęli się bardziej interesować swoją odpornością, tym co mogą zrobić dla siebie i dużo osób się otworzyło na tę tematykę. Wciąż patrząc pod kątem ogółu społeczeństwa, to zdecydowana większość nic nie wie na temat medycyny naturalnej.” [P04]

1.10.4. Podsumowanie

Podsumowując, możemy z pewnością uznać, że praktycy dostrzegają zmieniającą się rolę i znaczenie CAM w Polsce w różnych wymiarach. Takie zmiany widać także w kolejnych podręcznikach historii medycyny. Okazuje się, że niektóre praktyki współcześnie zaliczane do CAM w przeszłości były obecne w programach nauczania i praktykowane w szpitalach.

Wspomniana ewolucja w postrzeganiu CAM ma swoje egzemplifikacje. Przytoczony został wywiad z praktykiem [P03]. Rozmówczyni opisała swoją historię i ewolucję własnych poglądów - od krytyki i wyszydzania praktyk CAM poprzez pracę w interdyscyplinarnym zespole CAM, aż po decyzję leczenia z wykorzystaniem tych metod.

W wywiadzie z [P04] pojawił się inny przykład zmian w percepcji tych technik. Praktyk zwrócił uwagę, że w przeciągu ostatnich dwóch dekad znacząco wzrosło zainteresowanie ogółu społeczeństwa leczeniem niemedycznym. Za przyczyny tego zjawiska uznał ogólne zmiany w podejściu społecznym do zdrowia oraz postępujące modyfikacje stylów życia oraz większą świadomość i wiedzę zdrowotną.

Zmieniające się podejście do metod i technik leczenia niemedycznego odzwierciedlają postęp nauki i technologii medycznej oraz zmieniające się społeczne potrzeby. Jednak edukacja medyczna ciągle skupia się głównie na konwencjonalnych metodach leczenia, a programy kształcenia często nie uwzględniają żadnych alternatyw nawet widzianych w perspektywie historycznej. Warto więc być może rozważyć aktualizację programów nauczania na uniwersytetach medycznych, aby dostosować je do zmieniających się potrzeb, postaw i zainteresowań studentów.

1.11. Relacje leczenia niemedycznego (CAM) z medycyną akademicką

1.11.1. Relacja uzupełniania

Praktyk [P02] wyraża przekonanie, iż leczenie niemedyczne i medycyna akademicka mogą się uzupełniać i wspierać oraz sugeruje otwarcie się na szerszą współpracę z lekarzami. Jednakże druga strona również musi być otwarta na tę kooperację i współdziałanie.

„Możemy to łączyć, możemy się uzupełniać, możemy się wspierać. Jeżeli nawet lekarz mówi: <<[...], to proszę skorzystać z innej medycyny>>. Oczywiście jeżeli na to jest otwarty. Ja w drugą stronę również. Bo jeżeli ja nie wiem tak do końca, co temu człowiekowi jest, to również wyślę go na badania.” [P02]

1.11.2. Konstruktywna współpraca

Poniższy cytat można zinterpretować jako argument, iż relacje między praktykami stosującymi metody leczenia niemedycznego (CAM), a medycyną akademicką mogą być dobre i konstruktywne. Inny respondent [P07] wyraża pogląd, iż dobra diagnostyka jest tu kluczowa, a współpraca pomiędzy CAM i medycyną może przyczynić się do znalezienia najlepszego, optymalnego rozwiązania dla pacjentów. Fakt, iż lekarze sami korzystają z usług praktyków CAM, może wskazywać na to, że pewna grupa absolwentów uniwersytetów medycznych szuka sposobów na jej integrację z medycyną oficjalną.

„[...] moje relacje są bardzo dobre, bo skoro i sami lekarze do mnie przychodzą, i ja pacjentom mówię, że trzeba pójść do lekarza. I to przede wszystkim dobra diagnostyka jest ważna, nie? Połowa sukcesu zależy od prawidłowo znalezionej choroby, nie? Czyli jest ta współpraca. Ja nie widzę konfliktu, nie ma konfliktu.” [P07]

Postawa szacunku i uznania dla pracy i wiedzy lekarzy jest powtarzającym się elementem przeprowadzonych wywiadów z praktykami CAM. Z wypowiedzi [P02] można wnioskować, że możliwy jest wzajemny szacunek i uznanie, co może przyczyniać się do budowania pozytywnych relacji i otwartości na współpracę.

„Mam szacunek do lekarza, do jego wiedzy i czasu swoich studiów i tego czasu, który poświęca na naukę, [...]” [P02]

1.11.3. Metody i strategie budowania relacji

Praktycy CAM prezentują różne podejścia do medycyny akademickiej, w zależności od nurtu do którego należą. Istnieją nurty, które odrzucają medycynę akademicką i zachęcają pacjentów do unikania kontaktu ze szpitalami, z kolei inne podejścia, jak np. naturopaci, chętnie współpracują z lekarzami.

Uważają oni, iż pacjenci powinni stosować zarówno farmakologię, jak i naturalne metody terapii, tj. oparte na ziołarstwie czy dietetyce. Zdaniem [P01] perspektywy dla współpracy między tymi środowiskami są pomyślne, lecz wymagają większej ilości kontaktów i wzajemnej wiedzy

dotyczącej różnic w podejściach terapeutycznych. Terapeuta uważa, że organizowanie wspólnych konferencji, w których uczestnikami byłoby zarówno lekarze, jak i praktycy CAM może okazać się pomocne w zacieśnieniu relacji między tymi środowiskami.

„Jest zmienna. To zależy w jakim środowisku. Są nurty, w których się to zająbia. Są naturoterapeuci, którzy współpracują z lekarzami, tak jak powiedziałam na początku. Wtedy pacjent jest zaopiekowany. Ma leki, ma wsparcie dietetyczno-zielarskie i to dobrze funkcjonuje, a są nurty, w których jest zupełna przepaść.[...] znam naturoterapeutów, którzy mówią to samo w drugą stronę. Omijajcie medycynę szerokim łukiem, nie chodźcie do żadnych lekarzy nigdy. To jest też niebezpieczne. Mnie ten środek interesuje. Ta współpraca, która mogłaby być, gdyby było więcej kontaktu między środowiskami. Są uczelnie takie, które organizując konferencje, na których są lekarze, zielarze, naturoterapeuci łączą te środowiska i to się dzieje. Uważam, że perspektywy są pozytywne, tylko po prostu potrzeba jest więcej wiedzy więcej kontaktów pomiędzy środowiskami.” [P01]

1.11.4. Sceptycyzm lekarzy

Z kolei respondent [P04] zauważa, że pacjenci sami wspominają o braku otwartości ze strony lekarzy w kontekście takiej współpracy. Może to sugerować, iż niektórzy z nich są sceptycznie nastawieni do medycyny komplementarnej i alternatywnej, a także nie są chętni do kooperacji ze zwolennikami CAM.

„Jestem otwarta na tego typu współpracę. Niestety zazwyczaj po drugiej stronie nie ma tej otwartości. Najczęściej jest tak, że pacjenci sami mówią mi, że ich lekarz na pewno nie będzie skory do współpracy, więc oni nawet nie informują o tym, że rozpoczęli jeszcze drugą ścieżkę ku zdrowiu, czyli zupełnie naturalną.” [P04]

Można też zaobserwować istniejącą niechęć ze strony specjalistów medycyny akademickiej do otwartego przyznawania się do zainteresowania lub korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego. Jednym z powodów może być obawa przed wykluczeniem ze swojej korporacji zawodowej. Nadto, podkreśla się, iż konflikt między medycyna oficjalną a CAM może być w niektórych przypadkach sztucznie kreowany, a afera, w której lekarz zostaje pozbawiony prawa wykonywania zawodu, może paradoksalnie przyczynić się do zwiększenia popularności tych metod wśród pacjentów stosujących CAM.

„Myślę, że nie ma tej relacji. Że specjaliści, którzy wychodzą z medycyny akademickiej nie do końca się do tego głośno i gremialnie przyznają. Dlatego, że mogą zostać wykluczeni ze swojego prawa wykonywania zawodu. Co się też zadziwia, że jeżeli mam inny punkt widzenia, to zostanę wykluczony. A w pełni odpowiadam za to, co mówię. I między innymi jak jest jakaś afera, że ktoś został wykluczony, przeważnie lekarz, to on zyskuje w oczach tych pacjentów, którzy zajmują się medycyną komplementarną.” [P03]

1.11.5. Podsumowanie

Praktycy leczenia niemedycznego wykazują zróżnicowane podejście do medycyny akademickiej. Niektórzy, jak wspomniany wyżej [P02] uważają, iż medycyna konwencjonalna i CAM mogą się uzupełniać i wspierać. Ten rozmówca wielokrotnie zresztą podkreślał szacunek i uznanie dla pracy i wiedzy lekarzy. Nie był też odosobniony w takich poglądach, inni idą dalej poszukując sposobów na integrację obu podejść, jak [P01], który zasugerował organizowanie wspólnych konferencji, sympozjów i warsztatów.

Część środowiska CAM odrzuca medycynę akademicką i zachęca pacjentów do jej unikania. Praktyk [P04] wspominał o aktywnym zniechęcaniu pacjentów przez lekarzy do korzystania z jego usług. Nazywał to brakiem otwartości lekarzy na współpracę. Patrząc na to jednak z perspektywy lekarzy, trudno jest budować otwartość na praktyki CAM, gdy postaw krytycznych są uczeni w trakcie swoich studiów, a lekarze otwarci na współpracę mogą stracić prawo do wykonywania zawodu i zostać wykluczeni z branży. Wszystko to zdecydowanie utrudnia budowanie dialogu.

1.12. Optymalna relacja leczenia niemedycznego (CAM) z medycyną akademicką

1.12.1. Możliwości współpracy

Praktycy CAM są pełni optymizmu, gdy mowa o możliwościach współpracy przedstawicieli obu „medycyn”. Przykładem rosnącego zainteresowania CAM jest renesans różnych form niekonwencjonalnej fitoterapii czy „alternatywnych kuracji dietetycznych”. Te coraz częściej

obejmują podejście holistyczne, uwzględniające nie tylko fizjologię, ale również czynniki społeczne, psychologiczne i kulturowe.

„Ja uważam, że doskonale, tym bardziej, że coraz więcej ziół jest badanych na uniwersytecie, nawet Przyrodniczym w Lublinie. Akademia Medyczna w Poznaniu ma studia podyplomowe z fitoterapii, więc ja uważam, że przyszłość jest coraz lepsza. Potrzebujemy wiedzy, współpracy i badań interakcji. Badań wpływu jedzenia na choroby. Żywnie się kojarzy głównie z tym, że ma wpływ na otyłość lub na szczupłość. Wpływ żywienia na konkretne choroby jest trochę tematem, który jest mało poruszany.” [P02]

1.12.2 CAM w diagnostyce

Jeden z respondentów [P06] sugeruje, iż biorezonans jest całościową diagnostyką ciała, która staje się coraz bardziej popularna, ale w Polsce ciągle za mało znana. Uznaje on tę metodę za wartościowe narzędzie diagnostyczne, które może być szerzej stosowane w medycynie. Nieprofesjonalny terapeuta ma nadzieję, iż narzędzia wykorzystywane w CAM będą w większym stopniu wspomagały diagnostykę medycyny akademickiej.

„Pewnie będzie szerzej stosowany biorezonans. To jest taka dosyć szczegółowa diagnostyka ciała, o której się mówi coraz więcej. Np. kupiliśmy ostatnio sprzęt w Kijowie i byliśmy szkoleni przez dwóch lekarzy, którzy stosują to od dziesięciu lat. A w Polsce dosyć mało się o tym mówi. To jest bardzo fajny sprzęt, naprawdę. Po prostu prześwietla mnóstwo dolegliwości, niesamowity zabieg. I myślę, że to będzie rozwój tego sprzętu, użycia tego sprzętu w Polsce też coraz więcej. I widzimy rzeczywiście pokrycie wyników tego sprzętu z wynikami akademickimi, z tym badaniami...Teść - lekarz tu ma pacjenta i on np. jak mu robi ten rezonans, to dużo rzeczy mu się tam jeszcze pokrywa plus dostaje jeszcze więcej informacji. I że to jeszcze będzie dodatkowo wspomagało diagnostykę.” [P06]

1.12.3. Strategia WHO wobec CAM (*casus* ziołolecznictwa)

Praktycy z dużym optymizmem patrzą na relacje lecznictwa niemedycznego z medycyną oficjalną licząc na wpływ wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia –WHO. Zwolennicy metod niekonwencjonalnych zauważają rosnącą popularność CAM oraz zwiększone zainteresowanie ludzi naturalnymi produktami ziołowymi. Terapeuta [P06] zwraca uwagę, iż statystyki pochodzą z wiarygodnego źródła jakim jest WHO.

„Natomiast medycyna naturalna będzie [ns 0:26:50.8] też rozwijała. Teraz już jest taki boom. Ostatnio gdzieś jakieś takie dane statystyczne znalazłam - jakieś badania globalne to były, z 2020 czy 2021 roku chyba - mówiące o tym, że według danych WHO około 50% populacji w krajach rozwiniętych regularnie używa w jakiejś formie naturalnych produktów ziołowych. 50% to jest dużo. I regularnie, nie sporadycznie, tylko regularnie. Tak że to są takie dane WHO, więc to nie to, że ktoś powiedział tak sobie na Onecie czy gdzieś.” [P06]

1.12.4. Podsumowanie

Dla praktyków optymalną relacją leczenia niemedycznego z medycyną akademicką będzie stale pogłębiająca się współpraca, która przyczyni się do poprawy wyników leczenia i zwiększenia efektywności ochrony zdrowia. Ponadto, dzięki współpracy między różnymi tradycjami leczenia można zwiększyć zrozumienie i szacunek dla odmiennych metod terapii, a także wymienić się wiedzą i doświadczeniem. Istotny jest fakt, że większość praktyków nie odpowiadała na zadane pytanie w tonie życzeniowym, wybiegającym w daleką przyszłość, a raczej przywoływali aktualne fakty bieżące i w oparciu o konkretne dane wypowiadała się z wiarą o przyszłej konwergencji obu tradycji leczenia.

1.13. Doświadczenia innych krajów jako postulowany wzór współpracy

1.13.1. Zagraniczne inspiracje

Praktycy zajmujący się technikami i metodami zaliczanymi do leczenia niemedycznego w Polsce, często odwołują się do doświadczeń innych państw w celu ukazania trendów i możliwych kierunków przyszłego rozwoju tego rodzaju terapii w naszym kraju. Wiele państw na świecie ma już bogate doświadczenia w dziedzinie CAM, w tym w dziedzinie terapii alternatywnych, naturalnych i uzupełniających (m.in. akupunktura, masaż, joga, medytacja, itp.). Pacjenci częściej szukają innych form leczenia, aniżeli medycyna oficjalna. Z tego powodu praktycy leczenia niemedycznego w Polsce chętnie korzystają z doświadczeń innych krajów, aby zdobyć wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne, które pozwolą im skuteczniej leczyć pacjentów.

1.13.2. Model niemiecki

Wielu praktyków przywoływało niemiecki system jako optymalny wzór współpracy obu medycyn. Praktyk [P01] informuje, iż w Niemczech możliwa jest refundacja niektórych metod i technik CAM, tj. homeopatia czy akupunktura, w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

„Na zachodzie jest tak, że akupunktura jest wyborem przy refundowaniu usług medycznych na przykład w Niemczech. [...], ale to jest taka dziedzina, która jest pomiędzy. Tam tego jest więcej. To, co jest w szpitalach w Niemczech, to jest aromaterapia. [...] Aromaterapia jest tym, co też jest pomiędzy medycyną akademicką a tradycyjną. To też ma ogromny potencjał i w szpitalach niemieckich, aromaterapia jest obecna.” [P01]

Z kolei inny rozmówca [P08] chciałby, aby podejście do leczenia było bardziej elastyczne i dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta- zgodnie z podejściem stosowanym w Niemczech. Chodzi o to, żeby terapia była dopasowana do konkretnego przypadku, a nie oparta jedynie na algorytmach i modelach naukowych. Autor wypowiedzi, uważa, że nie należy traktować wskazań nauki jako jedyne, słusznego podejścia do leczenia, bowiem każdy pacjent jest inny i wymaga indywidualnego spojrzenia. W ten sposób pacjent i lekarz mogliby razem decydować o optymalnym /synkretycznym/podejściu do leczenia.

„Ja bym chciał żeby to było gdzieś tam bardziej na wzór po części niemiecki, gdzie od umówienia się lekarza i pacjenta będzie zależało jak będzie wyglądała terapia, a nie tylko od zaleceń, guidelines'ów czy wytycznych naukowych, bo od tego, że należy robić tak i tak do zasady primum non nocere po pierwsze nie szkodzić to tu jest duży wachlarz.” [P08]

1.13.3. Multi kulturowość w medycynie. Na przykładzie miejsca praktyk uzdrawiania rdzennych mieszkańców Kanady i ich miejsca w formalnym systemie ochrony zdrowia.

Słowa praktyka [P03] można tutaj zinterpretować jako opis przykładu opieki medycznej, uwzględniającej kulturowe tradycje i etniczną tożsamość pacjentów. Pielęgniarka opisuje w tym przypadku otwartość na różnorodność kulturową i gotowość dostosowania swojego podejścia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Praktyka CAM, którą opisuje Autorka mogłaby być postrzegana jako element tożsamości Indian, który ma ważne znaczenie dla ich zdrowia i kondycji psychicznej.

„[...] doświadczyłam, że w Kanadzie jak są Indianie i mają rytuał oczyszczenia, okadzania, to tam pielęgniarka ten rytuał przestrzega i wspiera ich w tym procesie, to już całkowicie się otworzyłam na techniki.” [P03]

1.13.4. Chiny jako źródło inspiracji - model relacji między CAM a EBM

Kultura medyczna Chin posiada bogatą historię i tradycję leczenia naturalnymi metodami i technikami (akupunktura, akupresura, ziołolecznictwo i in.). Praktyk [P08] proponuje współpracę opartą na wzorze chińskim pomiędzy specjalistami medycyny zachodniej (akademickiej) i praktykami CAM. W praktyce oznacza to, iż pacjenci mieliby dostęp do różnych form terapii, w tym zarówno medycyny konwencjonalnej, jak i lecznictwa niemedycznego, przy czym te dwie dziedziny mogłyby ze sobą współpracować w celu zapewnienia kompleksowej i skutecznej opieki zdrowotnej.

„Trochę taki jaki jest w Chinach w tym sensie, że tam są szpitale medycyny chińskiej i szpitale medycyny zachodniej natomiast są też placówki, gdzie ręką w rękę na obchodzie jest specjalista od ziół chińskich i specjalista, który skończył dyplom medycyny zachodniej i taka współpraca byłaby wspaniała żeby pacjent miał wsparcie dietetyka.” [P08]

1.13.5. Doświadczenia praktyków CAM z Ukrainy

Uzdrowiciele w trakcie wywiadów przywoływali również doświadczenia z Ukrainy, wskazując, iż Kijów jest np. kolebką wiedzy na temat biorezonansów. Praktyk [P05] odwołuje się tutaj do historii terapii tej terapii i podkreśla, że praktyka ta była już dostępna w latach osiemdziesiątych XX wieku, jednakże nie jest jasne czy terapia ta była wtedy popularna i szeroko stosowana.

„[...] bo chociażby na Ukrainie w latach 80., biorezonanse były już dostępne i znane.” [P05]

Doświadczenia innych krajów mogą stać się pomocne dla praktyków w Polsce w wyborze najbardziej skutecznych i bezpiecznych metod leczenia. Mogą również dostarczyć wskazówek,

jakie podejścia do leczenia są najbardziej efektywne m.in.: w zależności od rodzaju choroby czy wieku pacjenta.

1.13.6. Podsumowanie

Jak więc widać, praktycy CAM mają szerokie źródła inspiracji w kontekście uznawania takich metod przez władze państwowe. Zastanawiające jest przede wszystkim, że wzorce te nie są ograniczone ani geograficznie, ani kulturowo. Praktycy wspominali bowiem i o różnorodnych krajach europejskich (Niemcy, Ukraina), ale też azjatyckich (Chiny) czy też o Kanadzie.

1.14. Wpływ pandemii na lecznictwo niemedyczne (CAM)

1.14.1. Wzrost zainteresowania metodami CAM w dobie pandemii

Praktycy dostrzegali zmiany jakie zachodzą w podejściu do zdrowia i leczenia w Polsce w wyniku pandemii COVID-19. Wskazuje się na wzrost zainteresowania metodami i technikami leczenia zaliczanymi w poczet lecznictwa niemedycznego, którego popularność zwiększa się wśród osób, które zniechęciły się do akademickich form pomocy. Wiele osób zaczęło szukać alternatywnych metod leczenia, ponieważ byli zaniepokojeni skutkami ubocznymi leków i procedur medycznych, a także obawiali się zakażenia wirusem w szpitalach i przychodniach. Ograniczenie w dostępie do lekarzy, dostępności głównie teleporad i opóźnienia w przyjęciach pacjentów, przyczyniały się do zwiększenia zainteresowania różnymi formami CAM. Wzrost zainteresowania medycyną niekonwencjonalną niesie ze sobą również ryzyko, ponieważ pacjenci mogą decydować się na korzystanie z usług nieprofesjonalnych uzdrowicieli, którzy nie posiadają odpowiedniego wykształcenia i fachowych kwalifikacji, przez co narażają się na poważne problemy zdrowotne.

„To warto powiedzieć, że jest to ogromny rozwój. To jest taki wzrost... Też Covid troszeczkę w tym pomógł, bo jest dużo mniejszy dostęp do tej medycyny konwencjonalnej i ludzie nie mają, co ze sobą zrobić. Bo np. ktoś czeka na operację, wcześniej czekał rok, a teraz się okazuje, że np. ma cztery lata czekać. Jak miał czekać na wizytę u endokrynologa np. dwa miesiące, to teraz musi

czekać siedem miesięcy. Więc ten czas oczekiwania zmusza ludzi troszeczkę do szukania czegoś innego.” [P06]

„Przyznaję, że przez ostatnie dwa lata na pewno wpływ miała na to pandemia i brak dostępu do lekarzy i to, że lekarze byli tylko dostępni telefonicznie, na pewno wiele osób zniechęciło do nich. Przyznaję, że notowania lekarzy w momencie, kiedy byli dostępni tylko telefonicznie, bardzo spadły. Zaczęto wracać do tych dawnych metod na zasadzie nawet złości. Nie macie dla mnie czasu, ja w takim razie sama zacznę szukać. Trafiają wówczas czasami na osoby wykształcone, które są im w stanie pomóc, a czasami trafiają na kogoś, kto po jednodniowym kursie ma fantazje uzdrawiania ludzi.” [P08]

1.14.2. Podsumowanie

Wątek COVID-19 pojawił się w większości przeprowadzonych wywiadów. Bez wątpienia pandemia wpłynęła na nas na różne sposoby, a jej pełne skutki poznamy zapewne za kilka dekad, niemniej faktem jest zmiana społecznego nastawienia do zdrowia, choroby i poszukiwania pomocy.

Pandemia wykazała nieprzygotowanie i niekiedy bezradność medycyny akademickiej. Jak często powtarzali pacjenci, szczególnie boleśnie odczuli wtedy wydłużenie czasu oczekiwania na zabiegi, terapie oraz diagnostykę. Część z nich skłoniło ich to do poszukiwania alternatyw i przyczyniło się do zapotrzebowania na usługi CAM.

Ciekawa jest w tym kontekście opinia praktyka [P08], który mówił, że przybyło nie tylko zleceń dla specjalistów CAM o dużej wiedzy, ale też dla przypadkowych osób, które, tu cytat: „miały fantazję, by leczyć ludzi po jednodniowych kursach”.

1.15. Prognozy dotyczące przyszłość leczenia niemedycznego (CAM)

1.15.1. Tworzenie zespołów interdyscyplinarnych

Praktycy widzą potrzebę integracji różnych dziedzin związanych z opieką zdrowotną prowadzonej w ramach wspólnej praktyki. Praktyka grupowa, w której razem pracują lekarz, dietetyk i fitoterapeuta, byłaby idealnym rozwiązaniem dla pacjentów, którzy potrzebują kompleksowej opieki nad swoim zdrowiem. Jednak integracja może stwarzać potencjalne trudności,

np.: konieczność wspólnego definiowania standardów i norm oraz konieczność rozwiązania kwestii podziału odpowiedzialności i wzajemnej komunikacji między specjalistami.

„Najlepszy to byłyby wspólne przechodnie, w których przyjmuje lekarz, przyjmuje osoba, która zajmuje się żywieniem i na przykład fitoterapeuta, który przy kontakcie z lekarzem, znającym interakcje z lekami, jest w stanie wesprzeć wychodzenie z jakiejś dolegliwości. Idealny wzór na daleką przyszłość. Wspólna praktyka.” [P01]

„Ja uważam, że to powinno być połączone. Takie moje wyobrażenie, nie wiem na ile realne, jest jeden gabinet i jest drugi gabinet. Jesteśmy w jednym budynku. Dałem to, dałem tamto, nie pomaga. On ma taką wiedzę, więc nie mamy go co w jakiś sposób krytykować albo posądzać o jakieś umiejętności, on ma taką wiedzę, jaką ma. Czyli tyle. „Nie jestem więcej w stanie pomóc. Proszę przejść, jest tu osoba, która może mieć inne podejście”. Żeby ten pacjent był informowany o innych możliwościach.” [P02]

1.15.2. Postulat tworzenia nowego zawodu czerpiącego z wzajemnych inspiracji

Wzrost zainteresowania zdrowym stylem życia i alternatywnymi metodami i technikami leczenia może potencjalnie spowodować zapotrzebowanie na specjalistów w tej dziedzinie. Respondent [P03] prognozuje utworzenie w Polsce nowego zawodu związanego z CAM, który zająłby się, w sposób holistyczny, pacjentem oraz łączyłby wiedzą obu medycyn.

„[...] więc myślę, że to będzie w ogóle nowy zawód, nowa całkowita gałąź, która będzie pochłonięta. Bo ludzie chcą żyć zdrowo, chcą zdrowo się odżywiać, chcą pić zdrową wodę.” [P03]

1.15.3. Budowanie postaw otwartości i zrozumienia

Przyszłość lecznictwa niemedycznego to otwartość na różnorodne podejścia do zdrowia i choroby. W przeprowadzonych rozmowach praktycy CAM sygnalizują potrzebę uznania, iż pacjenci mogą posiadać różne preferencje dotyczące leczenia, które warto brać pod uwagę przy uwzględnieniu ich wyborów i potrzeb. Nie należy kwestionować znaczenia metod komplementarnych i alternatywnych w procesie leczenia, a raczej należy je racjonalnie łączyć, by móc otoczyć pacjenta holistyczną opieką. Możemy zauważyć potrzebę koordynacji działań różnych dziedzin medycyny. Propozycja połączenia gabinetów i przychodni lekarskich z ośrodkami CAM

mogłoby posłużyć odciążeniu lekarzy specjalistów, a pacjenci zyskaliby możliwość świadomego, wolnego wyboru.

„Jest to coś, czego nie należy negocjować. Należy tylko to po prostu mądrze włączyć. Dzięki temu będzie odciążenie specjalistów i pacjent będzie mógł dokonać wyboru.” [P03]

1.15.4. Potrzeba edukacji lekarzy w zakresie wiedzy o CAM

Praktycy dostrzegają konieczność pogłębiania wiedzy w zakresie lecznictwa niemedycznego. Gdyby lekarze posiadali większy zakres informacji o CAM stwarzałoby to większą szansę na współpracę. Praktyk [P06] zauważa, że w przeszłości lekarze mieli na studiach zajęcia z ziołolecznictw i ziołarstwa, jednakże obecnie ten temat jest pomijany. Respondent zauważa, że lekarze i pielęgniarki stosują nowe metody, takie jak np. larwoterapia. Jednakże, by świadomie stosować takie metody i techniki konieczne jest posiadanie wiedzy i kompetencji praktycznych. Posiadając ją lekarze mogą stać się bardziej otwarci na CAM i współpracę z uzdrowicielami.

„Na pewno dobrze byłoby, żeby lekarze mieli większą wiedzę. Kiedyś mieli te zioła i ziołarstwo na studiach. Zresztą do dzisiaj lekarze starszej daty jeszcze to stosują, znają, a ci lekarze, którzy są teraz kształceni nie znają tego. Oni i tak mają dużo tej nauki, tego wszystkiego pobocznego, więc oni nie będą mieli czasu, żeby poza tym się interesować tymi ziołami. Na pewno dobrze by było, żeby była jakaś współpraca, otwartość po prostu na te metody. Bo np. tutaj w szpitalu na Kraśnickich taka pielęgniarka akurat była - do nas przychodzą fizjoterapeuci, pielęgniarki - która mówiła, że pracuje na oddziale, w którym zaczęli stosować larwy, larwoterapię. Po długich namowach dyrektor szpitala się zgodził i to stosują, ale np. do tego koniecznie, według mnie, byłyby pijawki.” [P06]

1.15.5. Konieczność prowadzenia badań naukowych na obszarze CAM

Praktycy mówią o potrzebie redukcji nierówności pomiędzy metodami leczenia opartymi na dowodach (EBM), a lecznictwem niemedycznym, które często bywa krytykowane przez część środowiska naukowego. Lecznictwo niemedyczne budzi kontrowersje i sceptycyzm m.in. dlatego, że często brakuje badań naukowych potwierdzających jego skuteczność. Praktyk [P02] wyraża potrzebę działań na rzecz zwiększenia akceptacji i zrozumienia dla CAM, a z drugiej

strony zdaje sobie sprawę z potrzeby krytycznego podejścia do tego typu metod i technik leczenia oraz zachęcenia do solidnych i poprawnie przeprowadzonych badań naukowych.

„[...] żeby ludzie mogli z tego spokojnie korzystać, żebyśmy nie byli w jakiś sposób obmawiani, żeby nie było o nas dziwnych opisów i tematów, które są tak naprawdę nie do końca sprawdzone.” [P02]

Przedstawiciele CAM dostrzegają konieczność prowadzenia badań naukowych i poszukiwania twardych dowodów skuteczności stosowanych praktyk. Najlepiej aby wykonywano je dodatkowo w renomowanych ośrodkach akademickich, by zapewnić skuteczność i rzetelność prowadzonych analiz. Praktyk CAM [P08] podkreśla potrzebę kooperacji pomiędzy poszczególnymi badaczami, aby zbadać i udokumentować wyniki leczenia, które nie byłyby oparte na subiektywnych doświadczeniach. Badania nie powinny być prowadzone też w sposób, który nie faworyzuje żadnej konkretnej teorii lub hipotezy i opierać się na rzetelnej metodologii. W odniesieniu do przykładu badania dotyczącego roli witaminy C, Autor wypowiedzi wskazuje na wymóg prowadzenia badań z odpowiednimi dawkami i z zastosowaniem odpowiedniej metodologii, by uniknąć błędów w interpretacji wyników badań. Ponadto, odnosi się on do zagadnień prawnych i etycznych oraz regulacji związanych z prowadzeniem badań, sugerując, iż przyszłe analizy będą rzetelne i wiarygodne.

„Chciałbym żeby rozwijała się współpraca, żeby badania naukowe były prowadzone między jeśli chodzi o interakcję, czy skuteczność leczenia, żeby to nie było tylko nasze doświadczenie i wrażenia, ale żeby to też było pokazane na podstawie twardszych badań, bo do tej pory na przykład badania na witaminie C były prowadzone, czy są prowadzone z założeniem żeby nie wyszły. To znaczy jeżeli jest badanie, gdzie się podaje na przykład pół grama witaminy C, a my na przykład wiemy, że żeby to miało sens to należy podawać 20-30 czy 50 gramów witaminy C czyli stukrotnie więcej, to wiemy że ta dawka jest dawką zupełnie podprogową, niewystarczającą i bezsensowną i badania pokażą to, a informacja w eter pójdzie witamina C nie ma sensu, nie działa i tak dalej, upraszczając także pewne jaskółki są i pewne rzeczy się dzieją w dobrym kierunku natomiast to, co na co pozwoli nasze polskie prawodawstwo i Unia Europejska to zobaczymy. Ja jestem umiarkowanym optymistą. Bardzo bym chciał żeby było lepiej natomiast patrząc na to co się dzieje dokoła to jestem sceptyczny i raczej przewidyuję, że to będzie coraz bardziej restrykcyjnie ukróćcane.” [P08]

Ponadto, praktycy często wskazywali na potrzebę dyskusji na temat metod CAM w środowiskach akademickich, które mogą wyznaczać trendy oraz rekomendacje w dziedzinie medycyny. Środowiska uniwersyteckie posiadają duży wpływ na kształtowanie opinii publicznej na temat akceptowanych metod leczenia. Stwierdzenie praktyka [P03], iż środowisko akademickie będzie krytykowało metody alternatywne, a w ten sposób przyczyni się do ich stosowania, wskazuje na potrzebę otwarcia na pluralizm w podejściach do zdrowia i choroby.

„Więc ja bym raczej poszła w tę stronę, żeby prowadzić dyskusję właśnie w środowiskach akademickich. Że środowisko akademickie jest tym miejscem, żeby prowadzić dyskusje. [...] Ale tym bardziej to pokazuje, że środowisko akademickie jest tym miejscem, które może wyznaczać pewne trendy. Pewne rekomendacje. A jeżeli będzie negowało, to w negacji aż się zachęca do korzystania. Po co? To lepiej współpracować.” [P03]

1.15.6. Scenariusz pesymistyczny. Niewiara w integrację odmiennych sposobów leczenia

Relacje między medycyną konwencjonalną a leczeniem alternatywnym są złożone i zmienne w czasie. Według praktyka [P07] medycyna akademicka i CAM w Polsce będą funkcjonować równolegle, lecz nie będą ze sobą zintegrowane, chociaż czasami lekarze muszą skorzystać z metod zaliczanych do leczenia niemedyceznego (CAM). Zdaniem respondenta te niestandardowe metody i techniki leczenia mogą czasem oferować swoiste korzyści dla pacjentów, których nie może oferować medycyna. Autor wypowiedzi podkreśla potrzebę ostrożności w użyciu metod zaliczanych do medycyny komplementarnej i alternatywnej. Respondent wspomniana przykłady Niemiec, Rosji i Ukrainy, gdzie z powodzeniem łączone są obie gałęzie medycyny to może sugerować, iż istnieją odmienne podejścia stosowania CAM w różnych krajach. Sugeruje, że jest to swoiste wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, aby podjąć dyskusję nad sposobami integrowania CAM z medycyną konwencjonalną w sposób bezpieczny dla pacjentów.

„W Polsce ciężko powiedzieć. Raczej będzie równolegle cały czas, to nie będzie połączone, co jest błędem,[...]. On to dzieli mocno, nie pozwala za protokół wychodzić lekarzom, chociaż czasami to trzeba wyjść. Oczywiście to musi być bardzo ostrożne, bardzo sprawdzone i przez doświadczenie, ale oficjalnie nigdy nie połączy się. W Niemczech połączono. Teraz ciężko mówić o tych wschodnich naszych terenach z powodu tych konfliktów, ale tam też połączono,

na Ukrainie, w Rosji i tak dalej.” [P07]

1.15.7. Podsumowanie

Można stwierdzić, że praktycy mają rozbieżne spojrzenia na przyszłość CAM. Niektórzy wypowiadają się optymistycznie, spodziewając się integracji obu sposobów leczenia. Postulują oni tworzenie interdyscyplinarnych zespołów, czy wręcz nowych zawodów specjalizujących się w holistycznym podejściu do zdrowia i choroby i poszukiwania najlepszej terapii z całego *spectrum* dostępnych nam już możliwości.

Inni uzdrowiciele podchodzą do tematu realistycznie. Za główną bolączkę CAM uważają oni nienaukowy charakter tego typu terapii. Ich zdaniem integracja obu medycyn będzie możliwa dzięki zaangażowaniu środowiska akademickiego i prowadzeniu rzetelnych badań naukowych, które obiektywnie udowodnią ewentualną skuteczność metod i technik związanych z CAM.

Praktyk [P08], który sam siebie określa umiarkowanym optymistą i jako źródło swoich obaw wskazuje w oczekiwanych przez niego zmianach prawnych w Polsce i Unii Europejskiej. Podobny brak wiary w tendencje integracyjne wykazuje praktyk [P07], wykazując, że CAM i medycyna akademicka zostały połączone i na Zachodzie (w Niemczech), i na Wschodzie (Ukraina, Rosja), a u nas jest to niemożliwe.

2. Konstruowanie *universum* lecznictwa niemedyceznego w oparciu o narracje ekspertów

Podobnie jak w poprzednim rozdziale, w kolejnym również wykorzystuję serię przeprowadzonych wywiadów. O ile jednak w poprzedniej części odwoływałam się do wypowiedzi praktyków, a więc osób przeprowadzających zabiegi czy terapie kwalifikujące się jako CAM, o tyle teraz moje rozważania dotyczą rozmów z pracownikami nauki, akademickimi badaczami tego zjawiska. Posługuję się tu terminem „ekspert”. Definiuję taką osobę szeroko, jako znawcę obszaru

CAM (w tym leczenia niemedycznego, ale też szerzej-medycyny komplementarnej i alternatywnej).

Każda z rozmów trwała około godziny, wywiady również miały charakter na wpół ustrukturyzowany. Wszystkim osobom zadano takie same pytania. Później jednak zdecydowałam się pominąć w analizie pytanie pierwsze, dotyczące przedstawienia formy pracy na obszarze leczenia niemedycznego, gdyż okazało się, że kwestia ta okazała się nieadekwatna w stosunku do charakteru pracy ekspertów.

2.1. Trudności i bariery w procesie badania leczenia niemedycznego (CAM) w Polsce

2.1.1. Niewielka popularność problematyki

Ekspert [E01] zajmujący się psychologią zwrócił uwagę na trudności, jakie napotyka podczas swojej pracy badawczej w obszarze leczenia niemedycznego. Uważa, że w Polsce jest niewielu naukowców interesujących się tą tematyką:

„[...] w Polsce prawie nikt się tym nie zajmuje.” [E01]

Brak szerszego zainteresowania tematem ewidentnie stanowi jeden z kluczowych czynników utrudniających prowadzenie polskich badań naukowych w tej dziedzinie. Niewielka liczba osób mierzących się z tą tematyką w sposób naturalny utrudnia wymianę poglądów i opinii między specjalistami. Prowadzi to poniekąd do ograniczenia ilości poruszanych wątków. To z kolei utrudnia np. tworzenie i pracę w zespołach interdyscyplinarnych.

2.1.2. Sceptycyzm środowisk naukowych

CAM w Polsce jest wciąż tematem kontrowersyjnym. Naukowcy mogą wręcz doświadczać niechętnych reakcji ze względu na swoje zainteresowanie tą dziedziną. Jest to kolejna bariera dla badaczy. Ekspert [E01] wskazuje również przykład negatywnej recenzji, którą otrzymał, gdzie recenzentka niewłaściwie zinterpretowała temat jego badań.

„Był to artykuł o wierze i racjonalności w kontekście CAM. Ja nie zajmowałam się w ogóle efektywnością, bo moja nauka się tym nie zajmuje – psychologia. Ja

tylko właśnie tam dywagowałam, na ile te osoby mają takie racjonalne typy myślenia, jakie typy myślenia, te zagadnienia związane z wiarą. I dostałam recenzję i zaczynała się w ten sposób, że autorka chciałaby rozstrzygnąć czy stosowanie tych metod jest racjonalne czy nie, czy te metody są skuteczne czy nie. Nie było to przedmiotem mojej pracy. [...] I to było wprost napisane, że jest to zagadnienie dla nauk medycznych, natomiast psychologia się właśnie zajmuje tą warstwą psychologiczną, poznawczą. I dostałam negatywną recenzję.” [E01]

Stanowi to więc przykład jak badanie leczenia niemedycznego w Polsce napotyka na trudności wynikające z braku właściwego rozumienia poruszanej problematyki, tak np. negatywne oceny „niekonwencjonalnych terapeutów” implikują niekiedy stereotypowe, niechętnie opinie dotyczące całości problematyki CAM .

2.1.3. Podsumowanie

Moi rozmówcy wyróżnili dwie, główne przeszkody w badaniu leczenia niemedycznego w Polsce. Przede wszystkim problem leży w niewielkiej popularności tej dziedziny badawczej. Jest w istocie stosunkowo nieliczna, liczba badaczy, którzy podejmują tą tematykę, co rodzi szereg problemów. W konsekwencji odczuwany jest brak nowych osób, które wniosłyby do istniejącego stanu badań nowe perspektywy teoretyczne i metodologiczne.

Wskazany deficyt najprawdopodobniej wynika z poważniejszego problemu. Osoby studiujące CAM stykają się w swej działalności z szeregiem uprzedzeń. CAM ciągle budzi wiele negatywnych skojarzeń i emocji, które są przenoszone na ludzi, którzy chcą lepiej poznać ten ważny obszar społecznej rzeczywistości. Moi rozmówcy wspominali np. o problemach z publikowaniem artykułów w tej tematyce, ale dotyczy to również prób popularyzowania tej dziedziny nauki w formie organizowania konferencji, sympozjów czy warsztatów.

Warto odnotować, że ta „atmosfera” na pewno nie ułatwia nikomu decyzji, by podejmować trud eksploracji tego obszaru wiedzy. Zatem systematyczne studiowanie CAM wymaga nie tylko zainteresowania tym tematem, ale też chęci zmierzenia się ze wskazanymi wyzwaniami.

2.2. Taksonomia: próby definiowania terminu - „lecznictwo niemedyczne”

2.2.1. Problem z utworzeniem aprobowanej definicji zjawiska

Eksperci, którzy podjęli się zdefiniowania terminu „lecznictwo niemedyczne”, napotkali na trudności, gdyż każdy z nich odnosił się do niego przez pryzmat swojej własnej dyscypliny naukowej. Tu dygresja: przypomina to starożytną przypowieść indyjską o słoniach i ślepych mężczyznach, doskonale sparafrazowaną w wierszu przez Johna Godfreya Saxe’a. Opisuje ona kilku niewidomych mężczyzn, którzy próbowali opisać kształt słonia dotykając jedynie fragmentów jego ciała i mówiąc o całości ciała jedynie na podstawie drobnego wycinka, który poznali⁵¹³. Podobnie każdy z naukowców miał dostęp jedynie do własnego rozumienia tego terminu. Zdecydowanie utrudniło to stworzenie jednoznacznej i powszechnie akceptowanej definicji. Badani w zamian inne terminy by opisywać to zjawisko.

2.2.2. Lecznictwo niemedyczne jako całość nienaukowych działań na rzecz poprawy zdrowia

Przy braku szans na przyjęcie wspólnej definicji, podam jak termin ten był rozumiany przez moich rozmówców. Ekspert [E01] zauważa, że dla niego lecznictwo niemedyczne jest bardzo ważną kategorią działań, które mają na celu poprawę zdrowia i samopoczucia człowieka. Przy czym, kluczowe jest by osiągnąć to innymi metodami niż środki medyczne. Wykorzystywane techniki nie mogą być związane z medycyną akademicką.

„Natomiast dla mnie osobiście lecznictwo niemedyczne są to wszelkie działania człowieka, podejmowane na rzecz jego zdrowia, które nie są związane z medycyną.” [E01]

2.2.3. Termin autorstwa W. Piątkowskiego i jej recepcja

⁵¹³ Saxe J.G.: *The Blind Men and the Elephant. The poems of John Godfrey Saxe.* James. R. Osgood and Company, Boston 1873, s. 259. https://cdnsm5-ss13.sharpschool.com/UserFiles/Servers/Server_297524/File/Staff%20Directory/Mrs%20Bonds%20Library%20Site/Classroom%20Resources/Speech/saxe%20-%20the%20blind%20men%20and%20the%20elephant.pdf /wejście 27.03.2023/

Z kolei ekspert [E02] zauważa, iż pojęcie „lecznictwa niemedycznego” nie jest powszechnie znane wśród naukowców.

„Socjolodzy je znają, bo profesor Piątkowski od lat późnych osiemdziesiątych ubiegłego wieku tę propozycję wystosował, kształtuje, [...]” [E02]

Autor wypowiedzi dobrze zna kulturę i mentalność środowiska medycznego, gdyż powołuje się na własne doświadczenie w pracy na Akademii Medycznej (potem Uniwersytecie Medycznym) w Zakładzie Historii Medycyny. Jak zauważa, bazując na swoim doświadczeniu, pojęcie to budzi pewną niechęć ze strony niektórych przedstawicieli środowiska medycznego. Termin „lecznictwo niemedyczne” może wywoływać reakcje emocjonalne :*„podwyższony poziom adrenaliny”*[E02] u niektórych lekarzy lub pracowników medycznych.

Sugeruje więc, że sformułowanie autorstwa Włodzimierza Piątkowskiego nie jest do końca akceptowane wśród tej grupy zawodowej. Ekspert [E02] definiuje „lecznictwo niemedyczne” w sposób następujący:

„[...] tak, jak je Piątkowski rozumie, to jest to wszystko, co w danym miejscu i czasie jest uważane za medycynę naukową. A wszystko co pozostaje poza tym obszarem jest formą terapii, ale nie medycznej, jeżeli uznamy, że medycyna to nauka, tak?” [E02] Istnieje więc, pewien płynny zarys tego, co należy do medycyny jako nauki. Ekspert [E02] uważa, iż niektóre wizje i elementy wiedzy potocznej są wchłaniane przez naukę, ale tylko po pewnej teoretycznej lub technologicznej przeróbce. Przykładem, który podał, może być terapia z wykorzystaniem ziołolecznictwa

Na koniec zauważa on, że definicja W. Piątkowskiego może być przydatna ale niekoniecznie dla historyków medycyny, również dla współczesnych naukowców. Podkreśla bowiem, że W. Piątkowski budował to pojęcie przez kolejne dekady i stanowi ona efekt jego wyczerpujących, wszechstronnych badań.

2.2.4. Lecznictwo niemedyczne determinowane kulturowo

Ekspert zwraca uwagę, iż należy pamiętać, że lecznictwo niemedyczne jest pojęciem, które ma szereg cech kulturowych i teoretycznych.

Warto również przytoczony cytat odnieść do dalszej wypowiedzi eksperta [E02]:

„[...] to jest worek, który jest kulturowo bardzo różnorodny, mówiąc o leczeniu niemedycznym. Bo fakt, że wyrzuciliśmy za obszar naszej refleksji, jako naukowy, leczenie niemedyczne, nie oznacza, że ono ma jako całość te same cechy kulturowe, czy teoretyczne.” [E02]

Podobnie więc, jak w poprzednim rozdziale, gdy interpretowano słowa praktyka [P07], granice między medycyną jako nauką a innymi formami terapii są płynne. Może to być kwestią niejasnych definicji. W jednym kraju bowiem coś będzie leczeniem niemedycznym, w innym już medycyną akademicką. Ekspert [E02] zwraca również uwagę, że rozstrzygnięcia co jest medycyną może ulegać zmianie w czasie i przestrzeni. Pewne praktyki będą np. najpierw nauczane na uniwersytetach medycznych, później odrzucane i wyśmiewane jako „zabobon”. To, co dzisiaj uważane jest za leczenie niemedyczne, w przyszłości może stać się częścią medycyny.

Ekspert [E02] stwierdza dalej, że zarówno w obrębie pojęcia leczenia niemedycznego i medycyny komplementarnej możemy wyróżnić wewnętrzne podziały, które mogą się okazać istotniejsze nawet od cytowanego rozróżnienia. Nie są to również układy jednorodne bowiem inny status kulturowy reprezentuje leczenie ludowe, a inny mają stare doktryny, niegdyś akademickie, które utraciły z czasem swoją naukowość, jak np. homeopatia. Podobnie, inaczej będą oceniane nurty, które zostały zaadoptowane z kultur odmiennych, np. akupunktura jako część kultury Dalekiego Wschodu.

Ekspert [E02] podkreśla, że każda sytuacja jest odmienna kulturowo i należy je traktować z uwzględnieniem ich różnorodności. Jego zdaniem ważne jest dążenie do unikania uogólnień i umieszczania wszystkich pojęć w „jednym worku znaczeniowym”, bowiem każde z nich ma swoją naukową tożsamość. Uczestnik badania sugeruje, że należy dokładnie określić do jakich

konkretnych działów nauki się odnosimy, by uniknąć pomyłek i błędów w klasyfikacji interesujących nas pojęć.

Cytowany naukowiec uważa, że rodzaj praktyk niezaliczanych w poczet medycyny akademickiej (w danym okresie) może być różny w zależności od sposobu definiowania w określonej dziedzinie. Ważne jest, by zwracać uwagę na kontekst społeczny i kulturę danego środowiska, gdy podejmujemy próby definiowania technik leczenia pozostających poza medycyną. To, co jest klasyfikowane w jednej dziedzinie naukowej, może być odrzucane w innej, a nawet w jednym środowisku naukowym może istnieć różnica zdań na temat wartości konkretnych klasyfikacji i sposobu oceniania takich praktyk. Dlatego ważne jest, aby podejść do problemów definiowania metod niezaliczanych do medycyny akademickiej z ostrożnością, biorąc pod uwagę różnorodne perspektywy i konteksty.

2.2.5. Próba porównania głównych terminów: leczenie niemedyczne, medycyna komplementarna i medycyna alternatywna

„Medycyna komplementarna moim zdaniem jest pojęciem lepszym, najlepszym z tych trzech, [leczenie niemedyczne, medycyna komplementarna i/lub alternatywna, przyp. P.Z.-B.], dlatego, że antropologowie medyczni zwracają uwagę na to, że najczęściej to nie jest tak, że albo się leczymy w sposób, używając pojęcia Piątkowskiego, leczeniem niemedycznym, czy też medycyną. Na ogół jest tak, że leczymy się przy pomocy medycyny, rozumianej jako nauka, tak? Natomiast inne terapie najczęściej są uzupełniające, alternatywne.” [P02]

Rozmówca uważa, że pojęcie „medycyna komplementarna” za najlepsze z trzech opisywanych pojęć (leczenie niemedyczne, medycyna komplementarna i medycyna alternatywna). Uzasadnia to faktem, że antropologowie medyczni zauważają, iż ludzie zwykle nie korzystają tylko z jednej formy medycyny, ale łączą różne terapie. Medycyna komplementarna jest więc postrzegana przez niego jako optymalny termin, bowiem, terapie uzupełniają się wzajemnie i powinny działać wspólnie z konwencjonalnym leczeniem. Stąd możemy zauważyć, że ekspert odróżnia medycynę komplementarną od alternatywnej, tą ostatnią postrzega jako rodzaj wyboru

między oficjalną formą medycyny a niemedycznymi praktykami uzdrawiania. Pojęcie „medycyna komplementarna” pozwala na bardziej zintegrowane podejście do opieki zdrowotnej, łącząc konwencjonalne leczenie z terapiami uzupełniającymi.

2.2.6. Korzystanie z lecznictwa niemedycznego jako czynnik ryzyka zdrowotnego.

„[...] lecznictwo niemedyczne definiuję jako obszar praktyk i ich teoretycznych uzasadnień odwołujących się do innych podstaw, niż aktualny w danym okresie standard medycyny klinicznej. Uzasadnienia tych praktyk podkreślają brak oparcia standardu klinicznego na realnych i wiarygodnych podstawach, co wiąże się z zarzucaniem osobom praktykującym w standardzie klinicznym działania z niskich pobudek (dla zysku, a nie korzyści zdrowotnej pacjenta.” [E03]

Z kolei ekspert [E03] przedstawia w swej wypowiedzi dwie definicje. Najpierw opisuje lecznictwo niemedyczne. Uważa je za praktyki, które nie są uznawane przez medycynę akademicką jako skuteczne i bezpieczne. Nie posiadają one postaw naukowych ani medycznych, które potwierdziłyby ich skuteczność lub bezpieczeństwo. Prowadzi to do konkluzji, iż osoby praktykujące te metody i techniki działają np. z niskich pobudek, tj. w celu osiągnięcia zysku, a nie dla poprawy zdrowia pacjenta.

Ekspert [E03] jest zdania, że praktyki prowadzone w obszarze lecznictwa niemedycznego są w zdecydowanej większości wykonywane przez osoby nie posiadające formalnego wykształcenia lekarskiego, i co więcej nie mające prawa wykonywania zawodu lekarza na terytorium danego państwa, a często wręcz nie posiadające żadnego potwierdzonego cenzusem wykształcenia akademickiego. Lekarze praktykujący w obszarze lecznictwa niemedycznego wywodzą się zwykle z imigrantów, którzy nie uzyskali prawa do wykonywania zawodu na terenie państwa w którym działają lub z grona osób, które utraciły to prawo z jakiś konkretnych powodów.

Naukowiec [E03] uważa, że stosowanie lecznictwa niemedycznego „wiąże się zawsze z odroczeniem rozpoczęcia terapii klinicznej, która mogłaby przynieść pacjentowi wymierne korzyści zdrowotne lub też z przerwaniem takiej terapii” [E03]. Praktyki lecznictwa

niemedycznego mogą również wprowadzić pacjentów w błąd co do realnego zagrożenia zdrowia i sposobów jego zapobiegania. Zamiast skutecznych działań profilaktycznych i leczniczych, pacjenci podejmują nieefektywne i nierzadko nielogiczne środki zaradcze, opierając się na przekonaniu, że ich choroba jest wynikiem czynników niemedycznych np. „kosmicznych fluidów, fal telefonii komórkowej, promieniowania Ziemi, energetycznych wampirów [...]” [E03] Autor wypowiedzi bardzo jasno wyraża przekonanie, że leczenie niemedyczne jest nieskuteczne. Wskazuje również, że te praktyki są zwykle oparte na niesprawdzonych te prowadzić do podejmowania nieskutecznych i szkodliwych działań przez pacjentów.

Ekspert [E03] wskazuje, że praktyki leczenia niemedycznego nie stanowią rzeczywistej alternatywy dla leczenia klinicznego, a wręcz pozbawiają pacjentów realnych szans uzyskania pomocy zgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Autor wypowiedzi zauważa, że nawet jeśli pacjent zauważy chwilową poprawę dzięki zastosowaniu leczenia niemedycznego- „subiektywne poczucie poprawy wywołaną przez efekt placebo” [E03] to choroba nadal postępuje i nie jest kontrolowana ani ograniczana. Efektem może być doświadczanie nasilonych cierpień i przedwczesnej śmierci, co mogłoby zostać uniknięte przy zastosowaniu współczesnych metod medycyny klinicznej, szczególnie w przypadku chorób nowotworowych.

2.2.7. Medycyna komplementarna jako „odmienny standard leczenia”

„Pojęcie medycyna komplementarna definiuję jako obszar praktyk i ich teoretycznych uzasadnień, odwołujących się do innych podstaw, niż aktualny w danym okresie standard medycyny klinicznej, ale które nie są z nim jawnie sprzeczne, nie podważają sensu jego istnienia i nie dążą do jego zastąpienia przez standard własny, rozumiany jako bezwzględnie lepszy, skuteczniejszy, oparty na bardziej wiarygodnych podstawach itp.” [E03]

Ten sam ekspert definiuje jednak pojęcie „medycyny komplementarnej” jako obszar praktyk i teoretycznych uzasadnień, które nie są jawnie sprzeczne z medycyną kliniczną, nie podważają sensu jej istnienia, i nie dążą do jej zastąpienia przez własny standard, który nazywają bezwzględnie lepszym i bardziej wiarygodnym. Z tego wynika wniosek, iż medycyna komplementarna może być

stosowana w połączeniu z medycyną kliniczną, ale jedynie by uzupełnić jej działanie. Medycyna komplementarna nie oznacza więc odrzucenia standardów medycyny klinicznej i ich zastąpienia czymś innym, ale raczej uzupełnienia i poprawę jakości opieki medycznej.

Leczenie komplementarne powinno być stosowane jako uzupełnienie standardowej terapii klinicznej, zwłaszcza u pacjentów przewlekle chorych, starszych i nieuleczalnie chorych. Istotne jest, aby schemat leczenia był odpowiednio dopasowany do potrzeb pacjenta i jego możliwości zrealizowania. Doświadczony lekarz powinien oferować pacjentowi różne rodzaje wsparcia terapeutycznego, które są dostosowane do jego potrzeb, możliwości i świadomości zdrowotnej. Jedną z najlepszych metod leczenia komplementarnego uważa lecznictwo uzdrowiskowe, które zapewnia odpowiednie warunki dla poprawy stanu zdrowia pacjentów. Leczenie obejmuje tu wyjazd z miejsca stałego zamieszkania, odcięcie się od negatywnych bodźców, zamieszkanie w dobrych warunkach i poddanie się opiece personelu medycznego. Kontakt z innymi pacjentami pozwala też na spojrzenie na własną chorobę w szerszej perspektywie, tj. choroby te przytrafiają się także innym ludziom.

2.2.8. Podsumowanie

W ramach tego rozdziału podjęłam się próby ukazania zróżnicowanych definicji: lecznictwa niemedycznego, medycyny komplementarnej i alternatywnej. Moi rozmówcy mieli w tym zakresie różne opinie. Nawet ten sam ekspert [E03] potrafił określać te zjawiska jako skrajnie negatywne (lecznictwo niemedyczne) i zdecydowanie użyteczne (medycyna komplementarna).

Moi rozmówcy posługiwali się zwykle prostymi, intuicyjnymi definicjami, jak określanie lecznictwa niemedycznego jako ogółu praktyk mających na celu poprawę zdrowia pacjenta. Pojawiło się również odniesienie do opisanego przeze mnie w rozdziale teoretycznym definicji profesora W. Piątkowskiego, która zdaje się być aprobowane przede wszystkim przez ekspertów z dziedziny nauk społecznych, zwłaszcza socjologii. Bywa ono krytykowane raczej ze strony badaczy powiązanych z naukami medycznymi. Jeden z rozmówców zwrócił uwagę zarówno na jej

pozytywy, zwłaszcza długi czas doprecyzowywania tego terminu, jak również jego wady, w tym pewną „nieostrość”. Ostatecznie jednak, uważał, że te walory tego podejścia dominują i jest godne polecenia.

Trudność w dookreśleniu tej definicji wynika również z tego, że kryteria uznania czegoś za praktykę medyczną (akademicką) są płynne i zmienne. Nasze perspektywa zależy zarówno od sposobu interpretacji kulturowej, jak też odniesienia do historii nauk medycznych, gdyż „na linii czasu” niektóre praktyki zyskują status akademicki, a inne go tracą.

Najbardziej „autonomicznym” i równocześnie krytycznym podejściem do terapeutów leczenia niemedycznego wykazał się ekspert [E03]. Według jego opinii, osoby je praktykujące są niewykwalifikowane, wręcz niebezpieczne dla chorych. Ich motywacja jest z gruntu niemoralna i motywowana chciwością. Jednak ten sam ekspert paradoksalnie określał pewne aspekty medycyny komplementarnej pozytywnie. Swoista „binarność” jest zastanawiająca, wygląda to tak, że „ci źli” zajmują się leczeniem niemedycznym, a inni „dobrzy” medycyną komplementarną.

Podsumowując można stwierdzić, że wśród ekspertów nie ma zgody w sprawach wspólnych ustaleń i przyjęcia powszechnie aprobowanych definicji interesującego nas pojęcia. Ogólnie rzecz biorąc z mojego punktu widzenia faktem jest jednak raczej pozytywna ocena przyjętej przeze mnie w części teoretycznej definicji W. Piątkowskiego. Oczywiście nie jest ona pozbawiona pewnych wad. Jednakże, stwarza mi użyteczne ramy teoretyczne w które pozwalają interpretować większość wypowiedzi ankietowanych ekspertów.

2.3. Definiowanie pojęć: „zdrowie” i „choroba”

2.3.1. Zdrowie i choroba jako rodzaj swoistego *continuum*

Ekspert [E01] aprobuje holistyczne podejście do zdrowia, które jest zgodne z teorią proponowaną przez A. Antonovsky’ego. Według tej teorii, zdrowie i choroba są postrzegane jako *continuum*, a organizm człowieka jest w stanie dynamicznej równowagi, („raz się przechyla na tę, raz na tę stronę” [E01]). Ekspert rozumie zdrowie jako stan równowagi poszczególnych

elementów tego *continuum*. Składają się na nie zróżnicowane czynniki biologiczne, społeczne, środowiskowe i duchowe.

„I ja rozumiem zdrowie bardziej holistycznie, tak jak w tej mandali zdrowie jest, że to jest pewien system, na który oddziałuje wiele różnych czynników począwszy od biologicznych, poprzez społeczne, różne środowiskowe, kończąc na duchowych.” [E01]

Chorobę natomiast, ekspert [E01] definiuje jako przeciwieństwo zdrowia, jako stan nierównowagi w obrębie tego *continuum*. Stan ten wymaga podjęcia określonych działań mających na celu jej przywrócenie. Co więcej, nie musi być to spowodowane tylko czynnikami biologicznymi, ale może wynikać również z elementów psychospołecznych. Interpretacja ta sugeruje, iż choroba nie jest postrzegana jedynie jako problem fizyczny, lecz obejmuje ona cały organizm i jego otoczenie. Wymaga to podejścia holistycznego za pomocą sposobów przywracających równowagę bio-psycho-społeczną.

2.3.2. Definicja zgodna z wytycznymi WHO

„Po prostu stan pewnej nierównowagi, który wymaga podjęcia jakichś określonych działań z różnych spektrów, niekoniecznie takich właśnie typowo ukierunkowanych biologicznie, ale mogą to być też interferencje psychospołeczne.” [E01]

Ekspert [E03] definiuje chorobę zgodnie z aktualnym stanowiskiem WHO i podkreśla, że jest ona biologicznym i obiektywnym odstępstwem od właściwych poziomów wydolności organizmu właściwych dla danego wieku i płci. Warto podkreślić, że choroba nie jest zależna od tego, jak pacjent ją doświadcza, bowiem jest zjawiskiem obiektywnym, któremu można zapobiegać i leczyć z uwzględnieniem aktualnych standardów wiedzy naukowej.

„[...] jest to odstępstwo od właściwych dla danego wieku i płci poziomów charakteryzujących wydolność i stan organizmu, niezależnie od przyczyn, które to odstępstwo powodują. Choroba ma charakter biologiczny i obiektywny, niezależnie od tego, w jaki sposób jest przez pacjenta doświadczana.” [E03]

Ponadto, definicja podana przez eksperta [E03] wyklucza jakiegokolwiek alternatywne podejście do jej etiologii. W konsekwencji odrzuca się metody diagnostyki, profilaktyki lub terapii, które nie są umocowane w obecnym standardzie wiedzy, opartym na uznanych i zweryfikowanych badaniach naukowych. Co oznacza, że żadne alternatywne podejście nie może być uznane za prowadzące do realnego wyleczenia choroby lub realnego zapobieżenia jej wystąpieniu lub proliferacji.

2.3.3. Podsumowanie

Ankietowani byli zgodni w interpretowaniu choroby. Przyjmują oni optykę zgodną z definicjami WHO i sugerowanymi przez tę organizację interpretacjami choroby jako stanu odchylenia na linii *continuum*: zdrowie-choroba.

Część moich rozmówców j [E03], zgadza się z tym ujęciem, uznając wyłącznie obiektywne, mierzalne i weryfikowalne metody diagnostyczne, które pozwalają bez żadnej wątpliwości rozpoznać chorobę.

Inni jednak podchodzą do tematu w sposób szeroki, uznając za chorobę nie tylko dolegliwości fizyczne, ale również psychiczne, społeczne, a nawet duchowe.

2.4. Powody korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego (CAM)

2.4.1. Przekonania i cechy osobowościowe

Eksperti, z którymi rozmawiałam wymieniali różne powody decydujące o tym, że chory korzysta z technik leczenia niemedycznego (CAM). Jedną z najczęściej wymienianych przyczyn był fakt, częstego odczuwania potrzeby kontrolowania swojego stanu zdrowia i monitorowania procesu leczenia. Chcą w ten sposób sprawować kontrolę nad własnym życiem i zdrowiem.

Ekspert [E01] wskazuje dodatkowo, że istnieją różne cechy osobowości, takie jak większa niż przeciętna otwartość na doświadczenie i adekwatnie mniejsza racjonalność, które predysponują ludzi do korzystania z metod i technik CAM. Podobnie istnieją również uwarunkowania kognitywne, takie jak przekonania i poglądy dotyczące zdrowia i medycyny.

Co ciekawe, kolejną istotną cechą charakteru osób korzystających z takich metod leczenia jest wysoki poziom religijności lub duchowości. Dotyczy to zwłaszcza tych pacjentów, którzy preferują pozainstytucjonalne formy religijności lub są zainteresowani ruchami ezoterycznymi.

Wszystkie te czynniki wpływają na to w jaki sposób pacjenci podejmują decyzje dotyczące swojego zdrowia i preferowanych form leczenia.

„[...] to to są przede wszystkim potrzeby pacjenta. Potrzeba sprawowania kontroli nad swoim zdrowiem, potrzeba wpływania na to zdrowie, pokierowania procesem leczenia, udziału w tym, potrzeba wpływu na własny los. Ale to też wynika z takiej potrzeby utrzymywania swojego pozytywnego nastroju, pozytywnych emocji, podtrzymywania nadziei, [...]” [E01]

2.4.2. Niedostateczna wiedza pacjenta

Ekspert [E03] sugeruje, iż brak wystarczającej wiedzy na temat ludzkiego ciała i współczesnej medycyny w programach szkolnych może prowadzić do problemów związanych z brakiem rozumienia i niewłaściwą interpretacją informacji medycznych. Co z kolei, może być jednym z powodów korzystania z metod lecznictwa niemedycznego.

Według niego istnieje potrzeba wprowadzenia obowiązkowego przedmiotu szkolnego „higieny”, który umożliwiłby uczniom zdobycie podstawowej wiedzy na temat organizmu człowieka, przyczyn chorób, metod profilaktyki i korzystania z pomocy lekarskiej. Brak takich informacji może skłaniać ludzi do uznania za wiarygodne i racjonalne różnego rodzaju „pseudo teorii”, których nie potrafią właściwie ocenić i odrzucić jako irracjonalnych. Może to prowadzić do nieodpowiedzialnego zachowania w odniesieniu do własnego zdrowia, np. podejmowania nietrafnych decyzji dotyczących leczenia lub niewłaściwego korzystania z informacji medycznych. Zatem postulowane wprowadzenie obowiązkowego przedmiotu może zwiększyć wiedzę i świadomość społeczeństwa na temat zdrowia i w konsekwencji przyczynić się do poprawy stanu sanitarnego społeczeństwa. Zdobyta wiedza może również pomóc w bardziej racjonalnym

podejściu do leczenia i profilaktyki chorób oraz w zrozumieniu i krytycznej ocenie informacji medycznych, które pojawiają się w mediach i Internecie.

2.4.3. Podtrzymanie tradycji rodzinnych

Kolejnym powodem, dla których chorzy decydują się na korzystanie z CAM, jest pragnienie podtrzymanie „rodzinnej tradycji samoleczniczej”, szczególnie jeśli te praktyki są przekazywane z pokolenia na pokolenie. W rodzinach, w których rodzice mają wyższe wykształcenie i korzystają z opieki medycznej o standardzie klinicznym, konflikt związany z tradycyjnymi praktykami samoleczniczymi zdarzają się relatywnie rzadko. Natomiast, jeśli rodzice pochodzą z klasy chłopskiej lub stanowią pierwsze pokolenie z wyższym wykształceniem, do konfliktu między tradycją samoleczniczą a leczeniem w standardzie medycyny akademickiej dochodzi zdaniem eksperta zdecydowanie częściej.

„W rodzinach, w których rodzice należą do pierwszej generacji z wyższym wykształceniem, zdarza się konflikt tradycji samoleczniczej wywodzonej z kultury wiejskiej, tj. lecznictwa ludowego, i zaufania do leczenia w standardzie klinicznym. Jeżeli z jakiegoś powodu brak jest pozytywnych i opartych na zaufaniu relacji z lekarzem, częstsze niż w pierwszej grupie bywa zwracanie się do alternatywnych metod leczniczych, korzystanie z mód terapeutycznych, w tym odwołujących się do pozaeuropejskich kultur.” [E03]

2.4.4. Niezadowolenie z efektywności medycyny akademickiej

Pacjenci często szukają innych form terapii, gdy medycyna naukowa nie jest w stanie zaoferować im wystarczającej pomocy. Wybór technik i metod zaliczanych w poczet lecznictwa niemedycznego jest również uzależniony od indywidualnej kultury medycznej pacjenta oraz od dostępności różnych form terapii. W niektórych środowiskach ziołolecznictwo lub medycyna naturalna należą do bardziej popularnych.

Ekspert [E02] zauważył również, że pacjenci często wypróbują najpierw metody biomedyczne, a dopiero gdy nie przynoszą one pożądaných rezultatów, szukają alternatywnych form terapii. To sugeruje, że dla wielu pacjentów medycyna akademicka jest wciąż pierwszym wyborem, ale nie zawsze jest skuteczna lub dostatecznie efektywna dla pacjenta. Podsumowując,

decyzja o wyborze konkretnej formy terapii zależy od zakresu i poziomu kultury medycznej pacjenta oraz od dostępności różnych form terapii w jego bezpośrednim otoczeniu.

To znaczy tam, gdzie medycyna naukowa nie oferuje jakiejś usługi medycznej, czyli nie reaguje na jakąś formę terapii, albo nie reaguje w sposób dostateczny, zadowolający pacjenta, tak wówczas pacjent szuka jakichś innych dróg. [...] Czyli najpierw wypróbuje metody biomedycyny, sprawdzi, czy one podnoszą mu poziom jego zadowolenia z terapii, jego satysfakcji. Jeżeli tak się nie dzieje, to wówczas się rozgląda, prawda? Rozgląda się w tym, co oferuje mu jego otoczenie. Alergik może poszukać tutaj jakichś możliwości, są takie. Może w niektórych przypadkach, jest to kwestia ziołolecznictwa, bardzo mocno w kulturze.” [E02]

2.4.5. Negatywna ocena interakcji z lekarzem

Jeśli brakuje pozytywnych i pogłębionych relacji z lekarzem, pacjenci mogą częściej szukać alternatywnych metod i technik leczenia, w tym terapii, które odwołują się do innych kultur i nie są związanych z tradycyjnymi, polskimi praktykami samoleczniczymi. Być może osoby aspirujące do awansu społecznego mogą być szczególnie skłonne do korzystania z takich metod, aby odróżnić się od wiejskich tradycji samoleczniczych, ale także od standardowej opieki medycznej, którą uważają za niewystarczającą.

Ekspert [E03] dodaje, iż pacjenci z chorobami przewlekłymi i starsi ludzie starsi mają problem z dostępem do opieki medycznej w standardzie klinicznym.

„długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, brak osobistego kontaktu z lekarzem (poczucie, że lekarz nie interesuje się problemami zdrowotnymi pacjenta), trudności z uzyskaniem miejsca w szpitalu, długi czas oczekiwania na planowe operacje, niewielki zakres refundowanej rehabilitacji prowadzonej w standardzie klinicznym, długi okres oczekiwania na rehabilitację w ramach NFZ. Skutek: pacjenci z chorobami przewlekłymi i w starszym wieku są pozbawieni efektywnej, szybkiej i stałej, pomocy lekarskiej udzielanej w standardzie klinicznym.” [E03]

Powody te zasygnalizowane, przez Autora wypowiedzi sprawiają, iż dolegliwości chroniczne pacjentów ulegają nasileniu, więc poszukują sposobów zaradzenia tej sytuacji w samolecznictwie, wspomagając się lekami i produktami wydawanymi bez recepty (OTC). W

sytuacji, gdy te metody okazują się mało efektywne, a ich objawy narastają, są gotowi posłużyć się każdą inną formą pomocy, która jawi się jako skuteczna.

Z powodu braku wiedzy, jednak nie są w stanie ocenić racjonalności ofert pomocy, do których mają dostęp. Stąd też korzystają z terapii zaliczanych do lecznictwa niemedycznego, co daje im poczucie sprawstwa i pozwala stwierdzić, że coś konkretnego robią dla swojego zdrowia. Co więcej, posiadają wtedy kontrolę nad terminem uzyskania świadczeń, gdyż nie muszą czekać na wizyty miesiącami i, dodatkowo, korzystają z tańszych usług, a także skupiają uwagę terapeuty, co sprawia, że mają poczucie „bycia zaopiekowanymi”. Pacjenci alternatywnych terapeutów spotykają też podczas takich wizyt osoby o podobnych problemach zdrowotnych i wzmacniają swoje zaufanie do alternatywnych terapii, znajdując kolejne argumenty wspierające krytykę konwencjonalnych standardów leczenia. CAM jest przedstawiane jako tanie, skuteczne i „ludzkie”, a medycyna jawi się jako system nieefektywny, drogi i odhumanizowany.

Autor wypowiedzi sugeruje, że pacjenci nie są świadomi ryzyka związanego z korzystaniem z takich terapii. Nie mają oni wiedzy na temat interakcji między różnymi produktami leczniczymi, w tym między lekami, suplementami diety i ziołami. Powszechnie uważają, że stosowanie wielu naturalnych produktów leczniczych jest korzystne, ponieważ wzmacnia ich działanie, ale nie zdają sobie sprawy, że może to prowadzić do negatywnych skutków ubocznych.

Podobnie, nie mają świadomości ryzyka związanego z korzystaniem z usług alternatywnych dietetyków, autorskich systemów ćwiczeń fizycznych lub oddechowych, a także masażu. Nie biorą pod uwagę możliwości doznania w związku z ich działalnością realnego uszczerbku na zdrowiu. Jednocześnie ekspert [E03] zauważa, iż informacje negatywne na temat CAM nie są nagłaśniane w mediach, mimo, że są znane lekarzom.

„Popularności alternatywnych terapii w Polsce sprzyja powszechny brak świadomości ryzyka związanego z korzystaniem z nich. Pacjenci nie znają pojęcia interakcji, tj. nakładania się na siebie działania przyjmowanych równocześnie leków, suplementów diety i ziół.” [E03]

2.4.6. Podsumowanie

W tym rozdziale przytoczyłam wypowiedzi ekspertów na temat motywacji pacjentów do korzystania z metod leczenia niemedycznego (CAM).

Możemy wyróżnić dwa główne rodzaje tego typu motywacji: wewnętrzną i zewnętrzną. W tej kolejności zostały też opisane. „Wewnętrznie” mają miejsce gdy jesteśmy motywowani do podejmowania działania z powodu naszych wartości, przekonań czy cech osobowości. Moi rozmówcy wymienili w tym kontekście trzy główne obszary. Składały się na nią ponadprzeciętna otwartość na nowe doświadczenie, ponadprzeciętna religijność (zwłaszcza jeśli była zaspokajana poza formalnymi instytucjami) oraz racjonalność poniżej przeciętnej.

Motywacja „zewnętrzna” wynika z kolei z konkretnych bodźców środowiskowych, które nas skłaniają do podjęcia takiej czy innej decyzji.

W kontekście zinternalizowanych źródeł preferencji leczenia niemedycznego najpierw przytoczona została wypowiedź eksperta [E01], który doszukiwał się jej źródeł w charakterach pacjentów. Jako czynniki pozytywnie korelujące z takimi metodami leczenia widział on chociażby otwarcie na doświadczenia związane z modelem OCEAN, a więc niską racjonalność czy wysoką duchowość.

Kolejni eksperci za przyczyny korzystania z leczenia niemedycznego wskazywali wartości wyniesione z domu czy chęć uzupełnienia swojej niedostatecznej wiedzy medycznej dotyczącej sposobów funkcjonowaniu ciała. To również stanowi przykład motywacji wewnętrznej, gdyż odnosi się do naszej osobowości. Zwłaszcza wątek tradycji jest tu interesujący, gdyż wskazuje na problem genezy preferencji pacjentów. Możemy też dostrzec ciekawy kontrast, gdy zestawimy wiedzę medyczną, w ujęciu eksperta [E03] z tradycją rodzinną korzystania z leczenia niemedycznego.

Uwarunkowania motywacji zewnętrznej prowadzi do korzystania z usług terapeutów leczenia niemedycznego to wielokrotnie powtarzany w poprzednich rozdziałach fakt braku czasu dla pacjenta, deficyt poczucia bezpieczeństwa i opieki, niejasne komunikaty werbalne lekarzy,

konieczność długiego czasu oczekiwania na zabiegi terapeutyczne czy nawet wizyty w placówkach POZ, także „bariera kosztów” terapii konwencjonalnej. Wszystko to zniechęca pacjentów do medycyny akademickiej i sprawia, że poszukują alternatyw. Co istotne, nie są w tych poszukiwaniach sami i rozpoczęcie terapii u jednego terapeuty może prowadzić do poznania innych pacjentów oraz uruchomienia „łańcucha wzajemnych rekomendacji”. Skutkiem takich relacji „pacjent- pacjent” w gabinetach CAM jest pogłębiający się stan niezadowolenia z konwencjonalnej terapii i wzajemne wspieranie się w decyzjach o korzystaniu z usług „medycyny alternatywnej”.

2.5. Klasyfikacja i próba oceny efektów korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego (CAM)

2.5.1. Skutki pozytywne

Ekspert [E01] stwierdza, iż są liczne korzyści w efekcie korzystania z różnych form leczenia niemedycznego. Przede wszystkim taka terapia może pomóc pacjentowi zaspokoić jego potrzeby sprawowania kontroli i posiadania wpływu na własne zdrowie. Emocje te prowadzą do zwiększenia zaangażowania w proces leczenia. Ponadto, korzystanie z metod i technik komplementarnych i alternatywnych może wpłynąć pozytywnie na samopoczucie pacjenta, poprawić jego „*well-being*”. Pacjent stosujący CAM często podejmuje samodzielne, aktywne działania zmierzające do poprawy swojego zdrowia, co daje mu poczucie kontroli i samodzielności w podejmowaniu prozdrowotnych decyzji. Dzięki temu lepiej radzi sobie z chorobą i jest bardziej skłonny do akceptacji jej przebiegu.

„To jedno z ważniejszych, wydaje mi się, pytań, bo tutaj są skutki dobre i złe, pozytywne i negatywne. [...] Czyli pacjent zaspokaja te swoje potrzeby wpływu na swoje zdrowie, angażuje się w ten proces leczenia, lepiej też współpracuje, ma lepszy nastrój, lepsze samopoczucie, lepiej funkcjonuje, lepiej radzi sobie z chorobą, akceptuje to, co się dzieje, co ma aktywny wpływ na

zdrowie i to pokazały badania. Natomiast jeżeli stosuje te metody z korzyścią dla swojego zdrowia, to rzeczywiście może też poprawić swoje zdrowie.” [E01]

2.5.2. Skutki negatywne.

Stosowanie metod leczenia niemedyceznego może też prowadzić do niepożądanych skutków ubocznych, jak wskazuje ekspert [E01], zwłaszcza jeśli są stosowane nieumiejętnie.

„Ale są też zagrożenia. Jeżeli stosuje te metody w sposób nieumiejętny, no to mogą być skutki uboczne. Często może stosować to leczenie samodzielnie, bez porozumienia z lekarzem bądź z jakimś pracownikiem medycznym, mogą być tego opłakane skutki.” [E01]

Osoby, które decydują się na tego typu leczenie często mogą stosować je samodzielnie, bez porozumienia z lekarzem lub innym ekspertem medycznym. Takie działanie może prowadzić do nieprzewidywalnych efektów ubocznych, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia.

Innym zagrożeniem jest nieodpowiednie łączenie różnych substancji i metod terapeutycznych. W przypadku ich niekomplementarności, nawet jeśli określone działania miałyby indywidualne skutki pożądane, to wykonywanie ich jednocześnie z innymi działaniami może być groźne dla organizmu, co może prowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych.

Z kolei, gdy stosowanie metod i technik CAM nie przynosi dostatecznie szybko oczekiwanych rezultatów, może doprowadzić do frustracji i wywołania poczucia bezradności u pacjenta. Efektem może być rezygnacja z leczenia, niekiedy zerwania współpracy między pacjentem a terapeutą.

2.5.3. Ignorowanie zaleceń lekarzy

Z kolei ekspert [E02] mówi o ryzykownym zachowaniu, jakie może dotyczyć osób zafascynowanych jakąś formą leczenia niemedyceznego, gdy terapeuta odmawia konwencjonalnej diagnostyki lub terapii. Zwraca uwagę, że ignorowanie osiągnięć medycyny może prowadzić do poważnych konsekwencji, w tym do sytuacji, w której choroba zostanie zdiagnozowana zbyt późno, a lekarze nie będą w stanie uratować pacjenta.

„Przyjdzie i lekarz mu mówi: <<gdybyś przyszedł miesiąc wcześniej, dwa miesiące, trzy miesiące, to byśmy cię ratowali, teraz jest za późno>>. Jest to ignorowanie w ogóle też osiągnąć medycyny. Wszyscy jesteśmy po okresie pandemii, więc tutaj mamy cały festiwal ignorowania zaleceń medycznych z powodu różnych mitów na temat eksperymentalności nowej szczepionki, czy leku antykoronawirusowego.” [E02]

Apogeum ignorowania rad lekarzy i zastępowania ich radami praktyków leczenia niemedycznego nastąpiło, jak podaje ekspert [E02] podczas pandemii koronawirusa, kiedy liczne grupy ludzi lekcewały zalecenia medyczne dotyczące higieny, szczepień i leków.

Zagrożenia, jakie stwarzają różnego rodzaju mity, stereotypy, dezinformacja odnoszą się także do leczenia niemedycznego. Autor wypowiedzi wskazuje, że często osoby propagujące CAM używają „alternatywnych” argumentów jako narzędzia do przekonywania innych osób. Jednocześnie ignorują badania naukowe i ich wyniki, które to kwestionują skuteczność metod „alternatywnych”.

W dzisiejszych czasach medialne narzędzia komunikacji, takie jak Facebook i Instagram, mają silniejszy wpływ na opinię publiczną niż teksty naukowe i opinie ekspertów. W tym kontekście głosy naukowców i lekarzy są mniej opiniotwórcze, bywają wręcz bagatelizowane. Zjawisko to może prowadzić do poważnych zagrożeń zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego. Ekspert [E02] zauważa, że często pozwalamy sobie na wiarę w tezy głoszone przez innych, bez refleksji i zastanowienia się nad ich logicznymi podstawami. Ludzie coraz rzadziej są w stanie krytycznie odnieść się do informacji, nie weryfikują ich, ani nie wykorzystują krytycznego myślenia.

2.5.4. Opóźnianie właściwego leczenia

Kolejnym zagrożeniem stosowania CAM są trudności w zaakceptowaniu diagnozy choroby przewlekłej ze względu na jej nieuleczalny charakter. Jak zauważa ekspert [E03], szukanie alternatywnych sposobów diagnozowania chorób może doprowadzić do opóźnienia zaakceptowania właściwej diagnozy i rozpoczęciu efektywnego leczenia. Lecznictwo niemedyczne może dawać

ludziom fałszywą nadzieję. Prowadzi do tego, że zamiast zaakceptować diagnozę, pacjenci próbują szukać alternatywnych ustaleń. W efekcie niepotrzebnie „ponoszą nieuzasadnione koszty terapii, ludzą się nadzieją na wyleczenie.” [E03]. Ekspert [E03] proponuje przyjęcie do wiadomości faktu istnienia choroby przewlekłej, zapoznanie się z perspektywami terapeutycznymi, zgodnymi ze standardem klinicznym, „a następnie takie zaprojektowanie własnej biografii, by żyjąc z chorobą uzyskać jak największą satysfakcję z życia i jak najwięcej osiągnąć, pomimo jej istnienia.” [E03]

2.5.4. Poprawa uzyskana dzięki „autoprzekonaniom”

Ekspert [E03] podkreśla również, że pacjenci, którzy wybierają alternatywne metody leczenia, mogą często wierzyć w istnienie swoich chorób nie na podstawie konkretnych objawów, lecz raczej sugestii innych osób. Wykorzystując niepotwierdzone naukowo metody, pacjenci czasami uzyskują poprawę swojego stanu zdrowia. Jednak zazwyczaj dzieje się tak z powodu psychologicznej siły autoprzekonań, a nie za przyczyną skuteczności samych metod.

„Pacjenci leczący się w standardzie alternatywnym często leczą nieistniejące choroby.” [E03]

2.5.6. Nieuznawanie i ignorowanie diagnozy lekarskiej

Pacjenci, którzy rzeczywiście cierpią na poważne dolegliwości, ale nie wierzą diagnozom lub próbom leczenia w standardzie klinicznym, mogą sięgnąć po alternatywne metody i techniki leczenia, aby uzyskać nadzieję na wyleczenie. Może prowadzić to jednak do poważnych problemów emocjonalnych. W dodatku, ignorowanie zaleceń medycznych i brak stosowania zalecanych środków ochronnych, takich jak szczepienia lub zmiana diety, mogą skutkować wystąpieniem poważnych zagrożeń dla ich zdrowia i życia, których można było relatywnie łatwo uniknąć.

„Choroba staje się główną osią ich życia. Skłonieni przez rodzinę do potwierdzenia istnienia choroby u lekarza klinicznego nie wierzą w jego

zapewnienia, że nie występuje realne zagrożenie ich zdrowia ze strony choroby rozpoznanej w standardzie alternatywnym. Nie stosują jednocześnie żadnych środków ochronnych zalecanych w standardzie klinicznym (np. szczepienia, modyfikacja diety), co może prowadzić do realnego wystąpienia chorób, które mogą im zagrażać (choroby zakaźne, cukrzyca itp.).” [E03]

2.5.7. Podatność na irracjonalne argumenty

Ekspert [E03] podkreśla, iż pacjenci leczący się metodami i technikami CAM mogą być bardziej skłonni niż większość populacji do akceptowania teorii i hipotez, które nie są oparte na faktach i badaniach naukowych. W rezultacie, szerokie rozpowszechnienie takiego myślenia może wpłynąć negatywnie na spójność i bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa, szczególnie w przypadku chorób zakaźnych. Może to prowadzić do podejmowania decyzji niezgodnych z logiką medycyny akademickiej.

„Pacjenci leczący się w standardzie alternatywnym mogą być bardziej niż większość populacji skłonni do akceptowania innych irracjonalnych teorii i hipotez.” [E03]

2.5.8. „Komplementarność” jako przykład podejścia „wyważonego”

Ekspert [E03] zaznacza, że „skutki korzystania przez pacjentów z lecznictwa niemedycznego zawsze uznaję za negatywne.” Z kolei wyraża bardziej pozytywną opinię w stosunku do korzystania z metod komplementarnych. Korzystanie z tych technik jest możliwe, ale tylko po konsultacji z lekarzem prowadzącym. W takiej sytuacji lekarz może ocenić, czy takie praktyki są odpowiednie dla pacjenta i czy nie będą miały negatywnego wpływu na inne formy terapii, np. sposób przyjmowania leków. Ekspert zauważa, iż najbardziej odpowiednie metody to leczenie uzdrowiskowe i rehabilitacja ruchowa, lecz tylko wtedy, gdy są nadzorowane przez profesjonalnego specjalistę.

„Korzystanie z metod komplementarnych uważam za możliwe jedynie z kontaktem z lekarzem prowadzącym, który oceni ich zasadność i brak szkodliwości dla ogólnego kierunku terapii (brak interakcji z przyjmowanymi lekami). Za najwłaściwsze uważam leczenie uzdrowiskowe, z wykorzystaniem

dobrze przebadanych metod, i rehabilitację ruchową o szerokim spektrum, zaplanowaną i nadzorowaną przez profesjonalnego specjalistę.”

2.5.9. Podsumowanie

Skutki korzystania z metod i technik CAM według ekspertów są nadal przedmiotem kontrowersji i dyskusji. Choć niektóre praktyki mogą przynieść potencjalne korzyści dla zdrowia, należy pamiętać o ich efektach niepożądanych i ryzyku.

Moi rozmówcy poruszyli liczne aspekty konsekwencji stosowania leczenia niemedyceznego. Wymienili oni zarówno pozytywne jak i negatywne następstwa takich terapii. O ile leczenie niemedycezne potrafi być zjawiskiem pozytecznym, zwłaszcza w kontekście przynoszenia pacjentom poczucia kontroli i sprawczości, o tyle dużo częściej stanowi zagrożenie. Eksperti wymieniali tutaj szczególnie niepożądane skutki bezpośrednie i uboczne terapii oraz ryzyko stosowania samoleczenia stosowanego przez pacjentów pozbawionych głębszej wiedzy medycznej.

Eksperti podkreślają także rosnący brak wiary w medycynę akademicką. W różny w efekcie pacjenci coraz mniej chętnie słuchają opinii ekspertów z dziedziny medycyny.

Szczególnie widoczne było to w trakcie pandemii koronawirusa, gdy duże grupy ludzi odrzucały wprost zalecenia lekarzy i podobnych ekspertów do spraw zdrowia publicznego. Opór i wiara w irracjonalne teorie w pewnym momencie były wręcz traktowane jako źródło zagrożenia zdrowia publicznego. Sam mechanizm powstawania mitów pseudomedycznych stanowi źródło inspiracji dla licznych badaczy. Z perspektywy moich badań najciekawsze było jednak ukazanie głębokiej niechęci jaką odczuwają zwykli ludzie (*lay people*) wobec wiedzy medycznej.

Jest to widoczne u indywidualnych pacjentów, którzy kontestują diagnozy i opinie medyczne. Zamiast je zaakceptować i rozpocząć leczenie, wolą oni uzyskać alternatywną opinię od praktyka CAM. W ten sposób, jak zauważa ekspert [E03] nie tylko, trwonią pieniądze to jeszcze dodatkowo opóźniają rozpoczęcie właściwej terapii.

Ostatecznie trudno wyzbyć się wrażenia, że moi rozmówcy widzą przewagę negatywnych konsekwencji stosowania lecznictwa niemedycznego. Dostrzegają równocześnie pewne plusy tego typu terapii, które wcześniej opisano. Podobnie jak w rozdziale 1.2., zastanawiający jest w tym kontekście głęboki rozdzźwięk w opinii eksperta [E03] w ocenie konsekwencji lecznictwa niemedycznego i CAM. Rodzi to pytanie o zasadność sformułowania pytania użytego w badaniu.

2.6. Zmiany w sposobie postrzegania zjawiska lecznictwa niemedycznego (CAM)

2.6.1. Doświadczenia indywidualne

Ekspert [E01] dzieli się własnym doświadczeniem, mówiąc, iż początkowo był sceptyczny wobec alternatywnych form leczenia, ale z czasem „otworzył się” na te praktyki. Jednocześnie zwraca uwagę na znaczenie EBM (evidence based medicine), czyli medycyny opartej na dowodach naukowych jest zdania, że integracja podejścia alternatywnego i konwencjonalnego do metod leczenia stanowi realną perspektywę. Ważne jest, aby nie tracić racjonalnego podejścia do metod i technik CAM.

„Natomiast jednak z czasem ja idę w kierunku bezpieczeństwa Evidence-based medicine i czytania badań naukowych tych czasopism, które się tym zajmują. I myślę, że ten kierunek, który jest na świecie, ten taki integracyjny to jest przyszłość. I ja też tak podchodzę, że to jest jednak dobra droga, żeby w tym wszystkim nie zatracić właśnie racjonalności, rozumu.” [E01]

Naukowiec -ekspert [E03] opisuje, że w okresie komunizmu medycyna alternatywna była utożsamiana z medycyną ludową. Rzadko sięgały po nią osoby zamożne i wykształcone. Te formy lecznictwa ludowego były stosowane do lat 60-tych XX wieku raczej z konieczności, z powodu braku dostępu do lekarzy, zwłaszcza klinicystów.

Od lat 90 -tych. XX wieku Polska doświadcza szerokiej „inwazji” mód terapeutycznych, które wywodzą się z zachodniej kultury miejskiej. Zyskały one popularność zwłaszcza wśród młodego pokolenia. Zjawisko to może wynikać z poszukiwania alternatywnych sposobów radzenia

sobie z nowymi rodzajami chorób lub nieznanymi wcześniej problemami zdrowotnymi np. w postaci wirusowych chorób zakaźnych.

„Zmiany nastąpiły wraz z transformacją ustrojową Polski (1989), a następnie wprowadzeniem i upowszechnieniem Internetu.” [E03]

2.6.2. Rola i znaczenie Internetu

Upowszechnienie Internetu doprowadziło do rewolucji w świadomości zdrowotnej Polaków. Swoisty egalitaryzm Internetu powoduje, iż każdy, niezależnie od jego wiedzy i doświadczenia, może wypowiadać się na dowolny temat, w tym spraw dotyczących zdrowia, choroby i leczenia. Zjawisko to może prowadzić do sytuacji, w której osoby nieposiadające specjalistycznej wiedzy medycznej promują i reklamują alternatywne metody leczenia. Ich ignorancja nie ogranicza zasięgu takich wypowiedzi, a brak odnoszenia się do faktów dotyczących choroby nie wywołuje żadnych formalnych sankcji.

Podobny efekt może dać wprowadzenie bez ograniczeń do obiegu produktów leczniczych pozbawionych stosownych licencji oraz certyfikatów np. wystarczy nazwać je suplementem diety, a nie lekiem. Może to prowadzić do sytuacji, w których nabywcy wierzą w skuteczność preparatu wyłącznie na podstawie opinii innych konsumentów, a nie profesjonalnych opinii o skuteczności produktu. Wykorzystywanie produktów kupowanych „w sieci” w celu realizacji samoleczenia stało się niekiedy symbolem wolności, niezależności i podmiotowości pacjentów.

„Wielu nabywców wierzy w ich skuteczność, nie tylko na podstawie własnych doświadczeń, lecz także lajków zamieszczanych przez innych konsumentów. Samoleczenie przy użyciu kupowanych w Internecie produktów stało się obecnie synonimem wolności.” [E03]

2.6.3. Rola mediów społecznościowych

Ekspert [E01] zauważa, że społeczne zainteresowanie metodami i technikami zaliczanymi w poczet lecznictwa niemedycznego rośnie. Jest to zarówno skutek swoistej mody jak i powszechnego dostępu do mediów społecznościowych, których zasięg i popularność rośnie. Media

społecznościowe umożliwiają użytkownikom publikowanie różnych rodzajów treści, jak również wspierają sieć interakcji między użytkownikami oraz stanowią bardzo skuteczne narzędzie do dystrybucji wiedzy o CAM. Ekspert [E01] zaznacza, iż w Polsce działa wielu „znachorów” i nieprofesjonalnych terapeutów, a ich popularność nie maleje właśnie dzięki mediom społecznościowym dotyczy to zwłaszcza dostępności suplementów diety. Zwraca przy tym uwagę, iż wciąż istnieją kontrowersje dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności tych metod.

„Media społecznościowe bardzo napędzają to wszystko. Polska jest specyficzna, bo u nas działają ci znachorzy różni, jak Zięba, Czerniak, Jaśkowski i ekspansja ich działalności idzie też za granicę. Więc tutaj zainteresowanie rośnie tymi metodami.” [E01]

2.6.4. Podsumowanie

Eksperci są rozbieżni w swych opiniach. Temat zmian w sposobie postrzegania zjawiska leczenia niemedycznego niektórzy z nich potraktowali „subiektywnie”, podkreślając jak zmieniała się ich własna perspektywa, inni odwoływali się do faktów historycznej ewolucji tego typu tradycji leczniczej.

Dodatkowo przedstawione zostały opisy dynamicznych zmian zachodzących w podejściu do CAM wywołane przez „rewolucję internetową”. Ekspert [E03] szczególnie eksponuje ten aspekt przemian. Wykazując jak zmieniła się dostępność wiedzy niemedycznej, nieprofesjonalnych form pomocy dostępnych online bez odpowiednich regulacji i stosownej kontroli. W efekcie każdy może kupić dowolne suplementy diety i praktykować samolecznictwo, co przy podkreślanych przez eksperta, ogólnych niedostatkach wiedzy medycznej może być ryzykowne.

Kolejnym istotnym wątkiem powiązany z nowymi technologiami są media społecznościowe, jak Facebook czy Instagram. Jak zauważa ekspert [E01] niektórzy praktycy leczenia niemedycznego intensywnie się promują (reklamują) na tych platformach, zdobywając w ten sposób rzesze nowych pacjentów, do których w inny sposób nie mieliby możliwości dotarcia i kontaktu.

Warto również zauważyć, że głównym celem wspomnianych platform społecznościowych jest maksymalizowanie czasu, jaki spędzają na nich użytkownicy, każdymi możliwymi sposobami. Taką metodą, jest „otaczanie” użytkowników treściami, które sprawiają, że czują się oni wsparci w swych poglądach w myśl zasad, że „wszyscy tak myślą”.

Prowadzi to do dystansu wobec medycyny akademickiej osób, które dopiero zaczynają się tym interesować, oraz radykalizowania poglądów innych pacjentów. Skutkiem jest malejące zaufanie do przedstawicieli zawodów i instytucji medycznych, w skrajnych wypadkach może się to przerodzić nawet w agresję wobec lekarzy.⁵¹⁴

2.7. Lecznictwo niemedyczne vs. medycyna akademicka. Rodzaje i charakter relacji.

2.7.1. Konflikt

Relacje pomiędzy lecznictwem niemedycznym a medycyną akademicką w Polsce są niechętne i nieufne. Ekspert [E01] zauważa, iż lekarze są grupą dość zamkniętą, co może utrudniać badania nad CAM i powodować niechęć wobec tych praktyk. Autor wypowiedzi zaznacza, iż w Polsce istnieją czasopisma naukowe oraz prowadzone są badania kliniczne nad różnymi substancjami stosowanymi w ramach CAM, co sugeruje, że w pewnym stopniu medycyna jest otwarta na badania podstawowe. Mimo to, niektórzy przedstawiciele medycyny akademickiej w Polsce są skrajnie sceptyczni wobec CAM i odrzucają te metody „a priori” .

„Ale ta grupa też w badaniach psychologicznych i w obserwacji jest jednak grupą dosyć zamkniętą, zwłaszcza w Polsce. Mimo że mamy przecież różne czasopisma naukowe, które się tym zajmują, mamy badania kliniczne nad różnymi substancjami, ale mimo wszystko część tego środowiska mówi >>Nie, bo nie<<”. [E01]

2.7.2. Opcja integracyjna

Z drugiej strony ekspert [E01] sugeruje, że powoli relacje te zaczynają się otwierać zmierzając w kierunku integracji. Oznacza to, iż coraz większa ilość przedstawicieli medycyny

⁵¹⁴ Kaszuwara P.: *Wrocławscy medycyny otrzymują pogroźki. Sprawę bada policja*. 25.02.2021 <https://www.tvp.pl/regiony-tvp/regiony/wroclaw/aktualnosci/pod-paragrafem/wroclawscy-medycy-otrzymuja-pogrozki-sprawe-sprawdza-policja/52490698> /dostęp 3.04.2023/

akademickiej jest otwarta na badania i stosowanie niektórych metod i technik CAM w leczeniu pacjentów. Respondent jest zdania, że integracja ta powinna się opierać się na metodach i technikach, które są naukowo weryfikowane, a nie na praktykach, których skuteczność nie została realnie, empirycznie potwierdzona. Ekspert [E01] daje przykład bioenergoterapii, jako metody, której efektywność nie została nigdy jednoznacznie potwierdzona naukowo.

„No ale druga część zaczyna się otwierać i to właśnie idzie w tym kierunku integracyjnym jednak. Myślę, że ogólnie na świecie będzie to szło w kierunku integracji do medycyny metod tych komplementarnych, a raczej wyalienowania takich metod alternatywnych, metod, które nie są weryfikowane naukowo, np. bioenergoterapia, gdzie bardzo trudno to uchwycić w jakiś sposób w efektywności.” [E01]

2.7.3. Brak wiedzy i kompetencji lekarzy w sprawach lecznictwa niemedycznego (CAM)

Ekspert [E02] wskazuje, że lekarze posiadają ograniczoną świadomość tego, jak skomplikowane są struktury lecznictwa niemedycznego. Jest to zrozumiałe, ponieważ różne formy terapii niemedycznych wywodzą się z innych wizji świata i człowieka, a także innych doświadczeń, co może sprawiać trudność w zrozumieniu ich skuteczności i mechanizmów działania. Lekarze powinni zwiększyć swoją wiedzę na temat terapii CAM, aby lepiej pomagać swoim pacjentom. W ten sposób będą mogli skuteczniej współpracować z pacjentami, którzy decydują się na równoległe korzystanie z terapii niemedycznych, a także skuteczniej interpretować potrzeby i oczekiwania osób chorych.

„One są chłonne, jak mówiliśmy. Tutaj różnego typu obawy, o których wspomnieliśmy, obawy, szkodliwości. Poza tym przedstawiciele medycyny naukowej, oni niespecjalnie na przykład mają świadomość tego, jak złożone są struktury tego lecznictwa niemedycznego. [...]. Dlatego że tak, jak powiedziałem, to co najmniej kilka kategorii jest, więc każda kategoria lecznictwa niemedycznego wyrasta z innych wizji świata i człowieka, z innych doświadczeń.” [E02]

2.7.4. Konfrontacja. Spory lekarzy z nieprofesjonalnymi terapeutami

Z kolei ekspert [E03] wskazuje na istniejący konflikt i rywalizację pomiędzy medykami a nieprofesjonalnymi terapeutami, którzy, w jego opinii, korzystając z niewiedzy pacjentów przekonują ich do swojego sposobu leczenia. Praktycy CAM przedstawiają lekarzy jako osoby

chciwie zainteresowane wyłącznie zyskiem, które celowo ukrywają proste i efektywne metody leczenia. Oferując pacjentom jedynie drogie terapie, którzy są jednocześnie niezdolni do dochodzenia do prawdy .

„Jest to relacja sporu i walki, w której terapeuci prowadzący działalność w standardzie alternatywnym korzystają z niewiedzy publiczności, którą przywołują na świadka i czynią stroną sporu. Lekarze przedstawiani są jako osoby zainteresowane wyłącznie działalnością nastawioną na zysk, oferowanie pacjentom drogich metod i zatajanie przed nimi prostych i bardzo skutecznych opartych na siłach natury.” [E03]

2.7.5. Kwestia efektywności- lekarze jako mniej skuteczni od praktyków CAM

Lekarze przedstawieni są jako osoby niekompetentne oraz niezdolni do skutecznego leczenia pacjentów. Ekspert [E03] sugeruje, że praktycy CAM, posiadają lepsze podejście do leczenia, są też bardziej efektywni.

„Są przedstawiani zarazem jako osoby mało kompetentne, ponieważ pozostają ze sobą w nieustających sporach., nie mogące w przeciwieństwie do alternatywnych terapeutów dotrzeć do prawdy i na tej podstawie oprzeć stosowanych przez siebie metod leczenia.” [E03]

2.7.6. Lekarze – sposoby stosowanej perswazji i presji na pacjentów.

Lekarze uważają, że alternatywny standard leczenia jest irracjonalny, ponieważ nie ma naukowych postaw, które uzasadniałyby skuteczność metod i technik CAM. Są zdania, że praktyki lecznictwa niemedycznego mogą być skuteczne, jednakże wynika to z innych powodów niż te, które są głoszone przez praktyków CAM. W ramach konfliktu między medycyną a lecznictwem niemedycznym, lekarze wykorzystują swoją pozycję jako eksperci medyczni i posiadany zakres władzy instytucjonalnej, aby przekonywać ludzi, iż medycyna akademicka jest jedyną racjonalną i naukową metodą leczenia. Jednocześnie, należy zwrócić uwagę na to, iż w tym kontekście pojawia się kwestia *efektu placebo*, który ma wpływ na skuteczność metod i technik lecznictwa niemedycznego. Dlatego lekarze nie negują całkowicie tych praktyk, ale dowodzą, iż skuteczność

metod CAM może być oparta na „amatorskiej” socjoterapii i psychoterapii, a nie na standardach biomedycyny.

„Efektywność metod alternatywnych może też, zdaniem lekarzy, być oparta na powszechnym występowaniu wśród pacjentów tego sektora usług leczniczych efektu placebo.” [E03]

W myśl takiej „redukcjonistycznej” interpretacji, nauka i medycyna są przedstawiane jako autorytety, podczas gdy CAM ukazuje się jako rodzaj pseudonauki lub wręcz szalbierstwa.

2.7.7. Podsumowanie

Rekapituluując można stwierdzić, iż relacje między CAM a medycyną akademicką w Polsce są złożone i zależą w dużej mierze od indywidualnych postaw i przekonań przedstawicieli obu sposobów leczenia.

Piszemy tu o konfliktowych relacjach między obu grupami. Z wypowiedzi ekspertów wynika, że medycy zdają się być tutaj stroną, która czuje się atakowana. Reagują więc podobnie, deprecjonując przedstawicieli lecznictwa niemedycznego, odrzucając praktyki CAM jako irracjonalne i nieskuteczne. Wydaje się mamy tu do czynienia z „syndromem oblężonej twierdzy”. Wzbudza się tu i kumuluje poczucia zagrożenia ze strony mniej lub bardziej wymyślanego wroga.⁵¹⁵

Ekspert [E03] dostrzega dwa aspekty, na które warto zwrócić uwagę. O ile taki konflikt jest przez niego wskazany jako wręcz pożądany, równocześnie relacje z reprezentantami CAM są dużo bardziej skomplikowane .

Opinia o praktykach CAM wynika z ich szerszej wiedzy, która obejmuje zarówno elementy medycyny akademickiej, ale też naukowo zweryfikowane jako techniki medycyny alternatywnej. Fakt braku wiedzy lekarzy o dostępnych alternatywach jest istotnym wątkiem w rozmowie z innym ekspertem [E02].

⁵¹⁵ Zob. Hartley G., Karinach M.: *Podręcznik manipulacji*. Bellona, Warszawa 2011.

Zatem wydaje się, że największą przeszkodą w integrowaniu obu nurtów medycyny analizując wypowiedzi ekspertów okazuje się ignorancja lekarzy. Jak zresztą wspomina ekspert [E01] stanowią oni bardzo zamkniętą profesjonalną grupę, która w świetle przeprowadzonych rozmów z naukowcami-ekspertami oraz z praktykami CAM, zdaje się uzurpować sobie wyłączność na dyskusje i racje w sprawach zdrowia i choroby. Ich niechęć włączenia w do swojej praktyki metod CAM prowadzi ostatecznie do mniejszej skuteczności oferowanych terapii [E03].

2.8. Modele optymalnych relacji lecznictwa niemedycznego z medycyną akademicką (CAM)

2.8.1. Integracja obu sposobów leczenia

Ekspert [E01] wskazuje na potrzebę integracji między obu podejściami w celu zapewnienia optymalnej opieki pacjentom. Lekarze zamiast walczyć z pacjentami stosującymi metody i techniki zaliczane do lecznictwa niemedycznego, winni je selektywnie akceptować i wykorzystać w sposób adaptacyjny, korzystny dla pacjenta.

CAM jest, w opinii tego eksperta, skuteczny w profilaktyce i wspomaganiu leczenia, a także może pomagać w niwelowaniu skutków ubocznych leków, z którymi nie każdy pacjent jest w stanie sobie samodzielnie poradzić. Dodatkowo, jeśli pacjent bierze niekonwencjonalne leki lub suplementy diety, lekarz powinien je znać i wiedzieć jak będą wpływać na stosowaną terapię, aby uniknąć negatywnych interakcji między nimi .

Ponadto, lekarz powinien być w stanie pomóc pacjentowi zrozumieć, jakie są odpowiednie dawki i optymalne sposoby przyjmowania różnych leków lub suplementów. Dlatego tak ważne jest, aby posiadał on wszystkie informacje dotyczące całości procesu terapeutycznego .

Na koniec warto wspomnieć, że respondenci sugerują by przedstawiciele zawodów medycznych cechowali się otwartością na informacje przekazywane przez pacjentów na temat stosowania praktyk wykraczających poza medycynę akademicką, by w konsekwencji mogli

poszerzyć swoją wiedzę na temat ich opinii, a w konsekwencji by móc zaproponować najlepsze rozwiązania terapeutyczne w procesie leczenia.

„Uważam, że powinna być integracja. Bo to by było z korzyścią dla pacjenta. Wydaje mi się, że lekarze skupiają się na walce z tym, że pacjenci to stosują. A pacjenci to stosują i to jest bezdyskusyjne. Wydaje mi się, że oni powinni to zaakceptować w końcu, że stosują i wykorzystają to w sposób dobry dla pacjenta. Bo CAM jest świetny w profilaktyce, w jakimś wspomaganium. Czyli jeżeli nie w leczeniu, to choćby w tym. Natomiast pomogliby w niwelowaniu skutków ubocznych, bo nie każdy pacjent umie sobie z tym radzić. I żeby lekarze byli otwarci i jak pacjent przychodzi i mówi: <<Biorę to, to>>, to żeby lekarz o tym wiedział i mówił: „Dobra, 2 kubki dziennie a nie wiadro”. [E01]

Relacja między CAM a medycyną akademicką jest, jak wspomniano, złożona i wielowymiarowa. Integracja tych podejść wymaga dialogu, zaufania i wzajemnego szacunku między lekarzami, praktykami CAM a pacjentami, jak również zrozumienia wszystkich racji, różnych, perspektyw dotyczących koncepcji dotyczących zdrowia, choroby i metod terapeutycznych CAM

Według eksperta [E02] modelowym przykładem konwergencji lecznictwa niemedycznego z medycyną akademicką byłaby sytuacja w której środowisko medyczne zwracało większą uwagę na leczenie alternatywne i pozamedyczne oraz traktowało je jako realne pole badań. Ekspert [E02] podkreśla, iż jeśli pacjent jest zainteresowany jakąś metodą czy techniką lecznictwa niemedycznego, i ona mu nie szkodzi to należy zbadać, czy taki sposób leczenia jest efektywny. Np. w przypadku ziołolecznictwa, firmy farmaceutyczne wykonują badania, weryfikujące czy rośliny wykorzystywane niekonwencjonalnej fitoterapii pomagają w leczeniu. Należy podkreślić, że uczestnikowi badania nie chodzi o to, by „mechanicznie” włączać wszystkie formy leczenia pozamedycznego, lecz o to, by weryfikować ich wartość i badać ich rzeczywistą skuteczność.

„[...] byłaby sytuacja, gdyby środowisko medyczne rozglądało się po lecznictwie niemedycznym, jako po źródle pytań badawczych. Jeżeli bowiem jest zainteresowanie pacjentem, pacjenta czymś, jeżeli jest taka sytuacja, jak w kulturze niemieckiej na przykład, że to pacjentowi ewidentnie nie szkodzi, a on jest tym zainteresowany, to pojawia się pytanie, może byśmy się tym zainteresowali. Jeżeli jakaś forma leczenia alternatywnego pomaga ewidentnie

na przykład alergikom, a nie mamy pełnej weryfikacji naukowej po stronie badawczej, to tą weryfikację zrobimy. Oczywiście nie chodzi o to, żeby automatycznie adaptować wszystkie nurty medycyny, lecznictwa pozamedycznego, natomiast chodzi o to, żeby zastanowić się, kurcze, może coś w tym jest, zbadajmy to. [...] na poziomie ziołolecznictwa dzieje się tak od dawna, gdzie poszczególne firmy farmaceutyczne robią badania, [...].” [E02]

2.8.2. Eliminacja i odrzucenie.

Ekspert [E03] daje do zrozumienia, że nie ma uzasadnienia dla tolerowania alternatywnych usług paramedycznych, które nie są oparte na naukowych dowodach ani uzasadnieniach. Autor wypowiedzi sugeruje, iż brak odpowiedniej liczby kadr medycznych może być jednym z powodów tolerowania usług CAM. Aby zaspokoić potrzeby pacjentów, należy zapewnić wystarczającą liczbę kadr i łatwo dostępne placówki medyczne, które są podległe Narodowemu Funduszowi Zdrowia lub istnieją jako prywatne placówki, posiadające kontrakt z NFZ. Ekspert [E03] uważa, iż jeśli zapewni się odpowiednią liczbę lekarzy i łatwy dostęp do placówek medycznych, to popyt na leczenie niemedyczne radykalnie się zmniejszy.

„Nie ma więc podstaw – poza brakiem dostatecznej liczby wykwalifikowanych kadr medycznych – do tolerowania alternatywnego sektora usług paramedycznych, bazującego na teoriach nie opartych na dowodach i na terapiach pozbawionych naukowych uzasadnień. Wysycenie polskiego rynku usług medycznych odpowiednią wobec potrzeb liczbą lekarzy i ich rozmieszczenie na obszarze kraju w licznych i łatwo dostępnych placówkach podlegających NFZ (lub prywatnych posiadających kontrakty z NFZ) spowoduje spadek popytu na usługi paramedyczne.” [E03]

Zaspokojenie potrzeb wsparcia pacjentów starszych i chorych przewlekle, zdaniem eksperta [E03], powinno być realizowane przez kadry o wykształceniu humanistycznym, tj. psychologów, pedagogów, rehabilitantów i pielęgniarek, pracujących pod fachowym nadzorem lekarzy. Zaleca on również wprowadzenie zmian programowych na kierunkach psychologii i pedagogiki, aby absolwenci uzyskali realne kompetencje opiekuńcze i mogli pracować od razu po ukończeniu studiów w rejonowych przychodniach NFZ, szpitalach, sanatoriach, ośrodkach dziennej opieki i rehabilitacji oraz w placówkach stacjonarnych dla przewlekle i terminalnie chorych. Pacjenci

powinni mieć możliwość porozmawiania z takimi pracownikami o swojej chorobie, uzyskania wsparcia w rehabilitacji i ograniczeniu objawów choroby. Dodatkowo ekspert [E03] uważa, iż zatrudnienie etatowych pracowników o takim wykształceniu, jak również rozpowszechnienie doradztwa farmaceutycznego, doprowadzi do zmniejszenia zapotrzebowania na usługi nieprofesjonalnych terapeutów, którzy nie posiadają wystarczających kompetencji formalnych i merytorycznych.

Dzięki szybkiemu dostępowi do standardowej opieki medycznej, bezpłatnej rehabilitacji, poradom dietetycznym i możliwości wyjazdu do sanatorium „*większość członków populacji nie będzie, jak można sądzić, poszukiwała pomocy u szeptuchy, astrologa lub bioenergoterapeuty.*” [E03] Ekspert jest zdania, że ograniczenie popytu na takie alternatywne usługi będzie możliwe, dzięki poprawie dostępności do standardowego leczenia i rozwojowi rehabilitacji klinicznej. Zauważa, ta poprawa będzie najlepszym rozwiązaniem problemu leczenia wykonywanego przez osoby bez odpowiedniego wykształcenia i uprawnień oraz drogą do realizacji szerszego zakresu praw pacjenta w Polsce. W konsekwencji nastąpi znaczące ograniczenie sektora usług leczniczych mieszczących się w ramach lecznictwa niemedycznego co byłoby korzystne nie tylko dla pacjentów tego sektora, ale dla całej populacji ludzi chorych [E03].

2.8.3. Podsumowanie

Opinie ekspertów były różnorodne. Temat optymalnej relacji lecznictwa niemedycznego z medycyną akademicką wywołuje jednak optymistyczne wizje wśród moich respondentów.

Pierwsza prognoza zakłada ścisłą integrację ekspertów z obu nurtów medycyny. Ekspert [E01] przedstawił pogląd, według którego lekarze powinni regularnie doksztalać się z metod CAM stosowanych przez swoich pacjentów, tak by móc jak najefektywniej wesprzeć swoich pacjentów w procesie leczenia. Szczególną uwagę należy zwrócić na dobieranie leków i świadomość ich interakcji.

Kolejny ekspert [E02] uważa, że metody CAM są wartościowe jako źródło nowej wiedzy o chorobach. W jego opinii powinniśmy poświęcić więcej uwagi badaniu alternatywnych technik terapeutycznych i ustaleniu, które z nich mogą faktycznie działać i mieć realną szansę pozytywnie wpłynąć na proces leczenia .

Z kolei ekspert [E03] radykalnie odrzuca wszelkie terapie leczenia niemedycznego, które nie mają podstaw naukowych. Proponuje zwiększenie liczby dostępnych specjalistów z grupy zawodów medycznych, w tym przedstawicieli, jak to określa, „humanistycznych zawodów medycznych” jak psychologów czy pedagogów. Spodziewanym skutkiem będzie zwiększenie ich dostępności i sytuacja w której każdy będzie mógł skorzystać, w dogodnym terminie, z usług specjalisty, w konsekwencji nikt nie sięgnie po pomoc terapeuty stosującego metody leczenia niemedycznego.

2.9. Prognozy dotyczące przyszłość leczenia niemedycznego (CAM)

2.9.1. Proces przygotowania lekarzy do pracy z praktykami CAM

Ekspert [E01] wyraża przekonanie, by zamiast walczyć z popularnością i stosowaniem przez ludzi metod i technik zaliczanych do leczenia niemedycznego, warto skupić się na edukowaniu i przygotowaniu lekarzy do pracy z takimi praktykami, by ludzie mogli korzystać z ich usług w sposób bezpieczny dla swojego zdrowia. Zauważa, iż niektóre metody zaliczane do CAM mają charakter ściśle psychologiczny lub psychoterapeutyczny, co oznacza, że mogą mieć wpływ na postawy i nawyki zdrowotne pacjentów. Dlatego też, przyjęcie podejścia proaktywnego i przygotowanie lekarzy do pracy z tymi metodami może przynieść pozytywne skutki dla zdrowia i zwiększyć satysfakcję pacjentów.

„Żebyśmy nie walczyli, tylko przyjęli ten fakt, że ludzie to stosują i pomagali im to robić z korzyścią dla nich, przygotowujemy do tego lekarza, żeby pracować z postawami, z nawykami zdrowotnymi. Bo część metod CAM to są metody psychologiczne albo psychoterapeutyczne też.” [E01]

2.9.2. Stabilizacja. Brak zmian

Ekspert [E02] wyraża przekonanie, iż w Polsce obecnie nie obserwujemy zmian w podejściu środowiska medycznego do terapii alternatywnych. Porównuje on sytuację w Polsce z Niemcami, gdzie od XIX wieku terapie CAM są bardziej akceptowane, o ile nie posiadają jednoznacznych przeciwwskazań medycznych i mają stałą grupę zwolenników, którzy uważają, że są skuteczne. W Polsce zakres stosowania leczenia niemedycznego jest szeroki, jednakże według eksperta [E02] w najbliższym czasie, (w ciągu 20 lat) nie nastąpią istotne zmiany w podejściu do tych praktyk ze strony instytucjonalnej medycyny.

"[...] ale myślę, że dużo zmian przynajmniej na razie nie widzę między środowiskiem medycznym, a tego typu terapiami. Znaczą tutaj mamy trochę inne sytuacje, niż na przykład w Niemczech, gdzie od XIX wieku mniej więcej uważano, że jeżeli dana terapia nie ma oczywistych przeciwwskazań medycznych, naukowych, a ma grupę zwolenników, którzy uważają, że ona im pomaga, to ona była dopuszczalna i jest dopuszczalna. Czyli na przykład zakres medycyny alternatywnej, czy leczenia niemedycznego dziś jest bardzo szeroki. Może pani za pieniądze kasy chorych pójść do akupunkturzysty, czy do homeopaty. Nie sądzę, żeby w najbliższym [ok. 20 lat, przyp. P.Z-B.] czasie [takie zmiany w Polsce zaszły]." [E02]

2.9.3. Konfrontacja z leczeniem niemedycznym

Ekspert [E03] sugeruje, że pandemia COVID-19 wykazała, iż część społeczeństwa ma nieracjonalne i niezgodne ze standardami klinicznymi przekonania dotyczące etiologii chorób, co utrudnia skuteczne funkcjonowanie zdrowia publicznego. W rezultacie rząd rozpoczął zmiany w modelu opieki medycznej, w którym szybkie i skuteczne leczenie kliniczne oferowane jest przez prywatną ochronę zdrowia oraz placówki lecznicze NFZ działające w większych miastach, pozostawiając większą część ludności bez odpowiedniej opieki medycznej.

Rozwiązanie tej sytuacji miało: *„umożliwić najszerzy w Europie dostęp do nabywanych bez recepty leków przeciwbólowych i przymykanie przez władze oczu na istnienie wielomilionowego sektora leczniczego, oferującego chorym bezwartościowe metody terapii, [...]” [E03]* Miało to zaspokoić potrzeby zdrowotne uboższych i mniej wykształconych pacjentów.

Aby rozwiązać ten problem: „[...] w 2021 r. rozpoczęto zmiany w dydaktyce polskich szkół wyższych, polegające na powoływaniu na wielu z nich nowych wydziałów lekarskich i zwiększenia limitu przyjęć na wydziałach już istniejących.” [E03] Celem jest radykalne zwiększenie liczby absolwentów medycyny i uzyskanie w Polsce odpowiadającego średnim wskaźnikom nasycenia kadrami medyczną .

Dzięki temu możliwe będzie wprowadzenie zmian w organizacji podstawowej opieki medycznej, co pozwoli na lepszy dostęp do placówek POZ. Obecnie liczba lekarzy przypadających na tysiąc mieszkańców w Polsce jest niska w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej.

Ekspert [E03] przewiduje również, iż w naszym kraju będzie miało miejsce zaostrzenie rygorów prawnych związanych z wykonywaniem działalności związanej z lecznictwem niemedycznym, z powodu presji środowiska lekarskiego oraz zwiększeniem liczby praktykujących lekarzy.

Zakłada również, iż będzie egzekwowane prawo do wykonywania działalności leczniczej wyłącznie przez osoby posiadające stosowane kwalifikacje oraz legalne prawo wykonywania zawodu.

Ekspert [E03] przewiduje także, że wraz z zaostrzeniem norm legislacyjnych i ich egzekwowaniem będzie miała miejsce weryfikacja i likwidacja szkół średnich i wyższych, kształcących osoby mające prowadzić działalność paramedyczną.

Zamiast tego oczekuje rozwoju sektora usług opiekuńczych i leczniczych. Będzie on działał pod nadzorem lekarskim, świadcząc usługi zgodne ze standardami klinicznymi. Zwraca uwagę na potrzeby zdrowotne pacjentów, których nie można zaspokoić wyłącznie przez lekarzy zatrudnionych w systemie medycyny publicznej.

„Sektor ten będzie składał się z rozbudowanego systemu lecznictwa uzdrowiskowego, placówek uzdrowiskowej i stacjonarnej (prowadzonej w miejscu zamieszkania chorego) rehabilitacji, doradztwa dietetycznego

w chorobach przewlekłych i w ich profilaktyce.” [E03]

Ekspert podkreśla potrzebę stworzenia sieci placówek, w których usługi będą uzyskiwane bezpłatnie, szczególnie dla osób w grupie seniorów, które będą stanowić około 30 procent polskiej populacji w nadchodzących dekadach. Jednocześnie uczestnik badania, uważa, iż warto wspierać rozwój komercyjnego sektora usług opiekuńczych i leczniczych, dostępnego dla pacjentów o wyższych dochodach. Zaznacza, iż będzie to *„bardzo dochodowa gałąź usług, w której znajdują swoje miejsce dotychczasowi właściciele placówek paramedycznych.” [E03]* Sektor ten powinien być jednak objęty realną kontrolą ze strony Ministerstwa Zdrowia i lokalnych samorządów lekarskich, *„by ustrzec pacjentów przed nadużyciami ze strony terapeutów oferujących im nierealne diagnozy i nieefektywne metody leczenia.” [E03]*

2.9.4. Podsumowanie

Moi rozmówcy ponownie przedstawili trzy różne, kierunki rozwoju relacji między przedstawicielami medycyny konwencjonalnej i alternatywnej. Stanowi to ciekawy obraz braku jednolitości przekonań czy istnienia jednej, dominującej myśli wśród badaczy tej dyscypliny.

I tak, ekspert [E01] przedstawił pogląd według którego przedstawiciele CAM będą włączani do zespołów medycznych, interdyscyplinarne grupy terapeutyczne. Dzięki temu będzie możliwe zaoferowanie pacjentom całościowej, holistycznej oferty leczniczej i połączenia najlepszych cech obu podejść.

Drugi z moich respondentów [E02] nie spodziewa się większych zmian. Dostrzega on fakty wskazujące na rosnącą rolę terapii z grona CAM i ich uznawanie w środowisku medycznym. Jednakże nie postrzega tychże zmian za dostatecznie szeroko rozpowszechnione. Ostatni pogląd był najbardziej radykalny i zakładał eliminację lecznictwa niemedycznego. Mój rozmówca [E03] wykazywał szereg przykładów jak do tego dojdzie w wyniku zwiększeniu ilości edukowanych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Pozwoli to na stworzenie większej liczby placówek medycznych, dzięki czemu każdy pacjent dostanie opiekę jakiej potrzebuje. Szczególnie

istotne mają okazać się tu bezpłatne uzdrowiska i centra rehabilitacyjne, które dadzą pacjentom poczucie troski i opieki jakiej potrzebują.

3. PODSUMOWANIE CZĘŚCI BADAWCZEJ

W tej części zamierzam dokonać analizy komparatywnej wypowiedzi osób z obu grup moich rozmówców. Skoncentruję się na zestawieniu podsumowań obu części badania. Warto też odnotować, że jakkolwiek rdzeń pytań był zbliżony, tak w opracowaniu analizy wyróżnione zostały dodatkowe rozdziały. Kolejną istotną okolicznością jest nieproporcjonalna liczebność obu grup (n=8 terapeutów/praktyków CAM i n=3 naukowców/ekspertów). Wynikała ona z trudności z pozyskaniem osób zainteresowanych udziałem w badaniu oraz, jak wspomniano w poświęconym im rozdziale, małej popularności tego pola badawczego.

3.1. Kontekst i forma działalności praktyków

Pytanie dotyczące kontekstu i formy działalności zostało zadane wyłącznie praktykom. Stanowiło dla nich temat inicjujący rozmowę, w ramach którego mogli się przedstawić i opisać główne założenia swojego podejścia do leczenia. Wszyscy oni starali się wykazać doskonałym przygotowaniem do pełnionej roli terapeutycznej, m.in. przez okazanie długiej listy studiów, szkoleń czy certyfikatów. Zwraca zwłaszcza wypowiedź eksperta [E03], który w swoich komentarzach bardzo często podważał kompetencje praktyków lecznictwa niemedyceznego.

Wydaje się, że jest to często spotykany zarzut kierowany do tych osób. Patrząc na to z tej perspektywy, okazywanie dokumentów zewnętrznych potwierdzających kompetencje jawi się jako realna potrzeba dowartościowania własnych kwalifikacji. Prawdopodobnie terapeuci chcą się wykazać ugruntowaną wiedzą fachową- ponownie odnosząc się do słów eksperta [E03] by nie być traktowanym jako „ekspert ds. lecznictwa niemedyceznego po dwudniowym szkoleniu”. Warto wspomnieć, że prawie żaden z praktyków nie zaczynał swojej kariery od oferowania metod CAM. Musieli się do tej roli stopniowo przygotować i przekwalifikować. Często bezpośrednią przyczyną były własne doświadczenia z alternatywnymi metodami leczenia. Kluczową w nowej roli

praktyka- terapeuty była podejmowana współpraca z lekarzami. Relacja ta była przytaczana jako idealny model stosunków między reprezentantami „obu medycyn”, przez eksperta [E02], zostało to określone jako najbardziej pożądana wizja kooperacji. Jest to zastanawiające, jeśli zestawimy to z równoległymi opisami szykan, utrudnień i dyskryminacji w relacjach z medycyną instytucjonalną. Zauważamy też docenienie i akcentowanie roli emocjonalnego wsparcia w trakcie terapii metodami CAM. Wzmianki na ten temat pojawiają się często, nawet u eksperta [E03], który był największym sceptykiem oraz krytykiem lecznictwa niemedycznego. Ekspert ten równocześnie chciał przenieść odpowiedzialność za aspekty psychologiczne terapii na „innych pracowników, humanistycznie zorientowanych”, takich jak np. psychologów i pedagogów oraz specjalistów od leczenia uzdrowiskowego.

3.2. Praca naukowa w obszarze lecznictwa niemedycznego (CAM) w narracjach ekspertów

Podczas przeprowadzenia wywiadów z ekspertami wyłonił się wątek dotyczący ich pracy naukowej. Ich wypowiedzi, skupiały się na trudnościach w tym zakresie. Jak wspomniałam w poprzednim rozdziale, wyróżnili oni przede wszystkim dwa istotne obszary. Z jednej strony mówili o niewielkiej popularności lecznictwa niemedycznego jako obszaru badań. W naturalny sposób ograniczało to jakość i ilość publikacji. Badacze z tego kręgu znają się nawzajem i brak jest „świeżej krwi” co mogłoby inspirować nowe koncepcje i pomysły na ten obszarze.

Co jednak istotne, i powtarzające się w większości wywiadów, to sceptycyzm jaki towarzyszy lecznictwu niemedycznemu. Dotyka to również praktyków, którzy, jak wspomniano w poprzednim podrozdziale, muszą stale dowodzić swojej wiedzy i kompetencji zewnętrznymi certyfikatami i zaświadczeniami, ale też ekspertów sygnalizujących szereg niedogodności. Np. ekspert [E01] podkreśla problem z publikowaniem tekstów naukowych dotyczy to również prób popularyzacji pola badawczego poprzez konferencje naukowe sympozja i warsztaty.

3.3. Ocena efektywności pracy z pacjentem

Kolejnym pytaniem zadany wyłącznie praktykom była kwestia oceny efektywności pracy z pacjentem. Jak wykazały przeprowadzone rozmowy, metody i techniki CAM są różne, jednakże sprowadzają się one do dwóch, najistotniejszych kwestii: czy terapia skutecznie wyleczyła pacjenta i oraz ilu pacjentów odwiedza ponownie danego terapeutę co wskazuje na jego popularność. Ciekawy jest też schemat leczenia. Jak wspomniał rozmówca [P04], zazwyczaj ustala się wraz z pacjentem cele terapii. Pragnę zwrócić uwagę na element współpracy, który definiuje cały proces leczenia. Pacjent jest tu włączony jako aktywny uczestnik już od początku, wpływa na też na ustalenie celów terapii. Możemy to porównać z interakcjami w medycynie tradycyjnej, gdzie pacjent jest często stroną bierną w procesie terapeutycznym. Jego udział sprowadza się w praktyce do zgłoszenia się do lekarza. Jednak to lekarz ocenia stan zdrowia, diagnozuje, dobiera leczenie, ocenia postępy w terapii oraz w końcu orzeka czy pacjent wyzdrowiał. Mówimy tu więc o dwóch, zupełnie różnych podejściach, jednym autorytarnym i narzucającym, drugim partycypacyjnym i współpracującym. Nawet ekspert [E03], najmniej przychylny metodom medycyny alternatywnej, musiał w końcu docenić wagę tego zjawiska we współczesnej terapii oraz niedostatki konwencjonalnej medycyny na tym polu.

Aspekt współpracy jest również bardzo istotny jako inna miara efektywności, wspomniana przez praktyka [P01]. Wymienił on bowiem pewne wyzwania dotyczące pracy z pacjentami. Wspomniał o tym, że jego terapia często wymaga zmian stylu życia pacjentów. Jest to kluczowe w procesie leczniczym i od tego zależy skuteczność terapii. Budował więc skomplikowane relacje z pacjentami oparte na zaufaniu, zaś miarą efektywności była zdolność pacjentów do dostosowania swojego życia do wymagań procesu leczenia. Drugim ze wspomnianych czynników określających skuteczność terapeuty była popularność osoby terapeuty. Zabieganie o nią zdaje się kolejną osią konfliktu między praktykami CAM a lekarzami. Ci drudzy wychodzą bowiem z zupełnie innej perspektywy podkreślając aspekt konkurencji i rywalizacji. Lekarz nie musi zabiegać o popularność, mniej lub bardziej chętnie i tak zostaną do niego

kierowani kolejni pacjenci, a w sytuacji terapeuty CAM jego los jest ściśle uzależniony od umiejętności w zdobywaniu nowych pacjentów oraz zachęcania do ponownej wizyty osób, które już u niego były. Stwarza to więc zupełnie inną dynamikę relacji i perspektywę osób zaangażowanych. Aktywne zabieganie o pacjentów staje się więc w oczach lekarzy swoistym wyzwaniem i powodem do krytyki.

W części dotyczącej praktyków, gdy wspominam o efektywność pracy z pacjentem, piszę o potrzebie budowania autorytetu. Praktycy CAM do niego dążą, a ich pacjenci tego od nich oczekują. Jeśli uzdrowiciele chcą tworzyć konkurencję dla lekarzy, którzy pozycjonują się w roli ich rywali, przypisując sobie monopol na leczenie, to siłą rzeczy muszą skutecznie zabiegać o budowanie autorytetu. Wciąż jednak jest to z mojej strony hipoteza wymagająca pogłębionych badań.

3.4. Definiowanie pojęcia „lecznictwo niemedyczne”

Pytanie dotyczące definiowania „lecznictwa niemedycznego” włączone było do analizy w obu grupach badanych. Widać tu różnice. Praktycy stosujący CAM odnieśli się do niego praktycznie, bazując na własnych doświadczeniach. Eksperci natomiast sięgali po ustalone definicje, funkcjonujące w obrębie ich dyscyplin. Niektóre definicje, jak przytoczona przeze mnie w rozdziale teoretycznym definicja W. Piątkowskiego, były jednocześnie aprobowane w jednej grupie, a odrzucane w innej.

Najbardziej kontrowersyjne były w obu grupach stanowiska, które próbowały dokonać wartościowania tej definicji. Znaleźli się praktycy [P04], którzy starali się wykazać wyższość lecnictwa niemedycznego nad medycyną konwencjonalną, jak również przeciwnie ekspert [E03], który starał się wykazać supremację medycyny akademickiej. Ostatecznie jednak większość moich rozmówców przyjmowała bardziej wyważone stanowisko i najczęściej postulowali integrację obu „medycyn”. Niektórzy, jak praktyk [P07], unikali odnoszenia się do definicji lecnictwa niemedycznego, gdyż postrzegali ten termin jako symbol budowanie różnic, podziałów, podczas gdy celem powinno być coś dokładnie odwrotnego i czerpanie ze wspólnych możliwości, by skutecznie pomóc pacjentowi.

3.5. Definiowanie pojęć „zdrowie” i „choroba”

W kontekście pytania o “zdrowie” i “chorobę” również możemy zaobserwować różnice między praktykami CAM a ekspertami. Ci pierwsi mieli bowiem liczne propozycje, które, pogrupowałam w sześć głównych kategorii i uporządkowałam od najczęściej do najmniej spotykanych. Eksperti natomiast poruszali się głównie w obrębie jednej definicji ujmowania zdrowia jako *continuum*. Praktycy [P03], również znali tę definicję, ale była ona jedynie jedną z wielu. Jednocześnie eksperci nie doceniali roli zdrowia psychicznego, w tym emocji i stresu, w procesie chorowania i „wychodzenia” z choroby.

Najciekawszym wątkiem było traktowanie choroby jako konsekwencji decyzji pacjenta. Widzimy to w wypowiedzi praktyka [P01] co stanowi odniesienie do chęci podniesienia rangi pacjenta i uczynienia go aktywnym podmiotem procesu diagnozowania i leczenia.

3.6. Relacje łączące praktyków CAM i lekarzy

Zadając pytanie o relacje łączące praktyków lecznictwa niemedycznego i lekarzy próbowałam zrozumieć jakie są indywidualne doświadczenia praktyków CAM we współpracy z przedstawicielami medycyny akademickiej. Zebrałam raczej przykłady negatywne. Lekarze wypowiadają się zazwyczaj krytycznie o metodach pracy w ramach CAM, a jeśli czasem oceniają to inaczej narażają się na ostracyzm i krytykę. Praktyk [P02] wspominał wręcz o przykładach odebrania prawa do wykonywania zawodu lekarzom, którzy się „wyłamali się” i zaczęli publicznie poddawać w wątpliwość „totalną krytykę CAM”. Przytoczmy opinię praktyka [P02], który wraz z innymi [P05; P07] wypowiadali się na temat CAM pozytywnie. Doceniali oni „lekarzy starej szkoły”, którzy z jednej strony kategorycznie odrzucali wszystko, co wymyka się akademickim standardom, ale też mieli niekiedy indywidualne pozytywne doświadczenia z CAM. Szczególnie [P07] opisywał relacje z lekarzami, którzy chętnie wysyłali do niego swoich pacjentów, aby jego terapia dopełniła leczenie biomedyczne.

3.7. Motywacje do korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego (CAM)

Co zastanawiające, zarówno praktycy, jak i eksperci, twierdzą, że główną motywacją pacjentów do skorzystania z metod CAM stanowią niedostatki medycyny akademickiej. Praktycy leczenia niemedycznego stanowią remedium na „przepracowanych lekarzy”, dają pacjentom poczucie zaopiekowania, pozwalają im się swobodnie wypowiadać i komunikują się z nimi w sposób zrozumiały.

Zastanawia jednak, że praktycy CAM zdają się nie dostrzegać, że ich pacjenci stanowią określony typ ludzi, o zbliżonych charakterach. Jak tłumaczył ekspert [E01], na terapię leczenia niemedycznego decydują się osoby otwarte na nowe doświadczenia, charakteryzujące się niską racjonalnością i wysoką duchowością (niekoniecznie religijnością). Praktycy raczej nie wnikają głębiej w tę sferę poglądów swoich pacjentów. Widać to w wypowiedzi praktyka [P05], który mówi o ludziach, którzy przychodzą z ciekawości „zobaczyć” jak wygląda u niego proces terapeutyczny.

3.8. Skutki korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego (CAM)

Zarówno praktycy, jak i eksperci dostrzegali pozytywne i negatywne skutki korzystania z metod i technik leczenia niemedycznego. Inaczej jednak rozkładali akcenty. Praktycy dostrzegali przede wszystkim skutki pozytywne i na nich się skupiali w trakcie swoich wypowiedzi, jednocześnie marginalizując skutki negatywne. Eksperci natomiast podeszli do tematu odwrotnie, kładąc nacisk na skutki negatywne i jedynie wspominając o pozytywnych efektach terapii CAM.

Porównując wypowiedzi obu grup, skutki pozytywne według praktyków obejmowały przede wszystkim wzmocnienie u pacjentów poczucia sprawczości. Dzięki leczeniu niemedycznemu zaczęli oni traktować swoje zdrowie, jako coś nad czym mają kontrolę i mogą na nie wpływać oraz wziąć za nie odpowiedzialność. Warto zauważyć, że naukowcy/eksperci również zwracali uwagę na ten problem. Inne korzyści były mniej eksponowane i obejmowały brak negatywnych skutków somatycznych (w kontekście homeopatii). Wyróżniali także ograniczenie negatywnych efektów towarzyszących stosowaniu terapii medycyny akademickiej.

Praktycy/terapeuci CAM, jak wspomniano wyżej, umniejszali skalę negatywnych efektów stosowania leczenia niemedycznego. Wskazywali jednak na samolecznictwo jako potencjalny obszar ryzyka z racji niskiej kultury zdrowotnej pacjentów.

Co istotne, eksperci zwracali uwagę na pomniejszanie roli wiedzy akademickiej. Porównując stanowiska obu grup możemy dojść do wniosku, że „zwykli ludzie” przeceniają swoje kompetencje i wiedzę w obszarze zdrowotności (*casus* samolecznictwa). Rodzi się więc pytanie, skąd tę wiedzę biorą – tu widzimy rolę Internetu. Zagadnienie źródeł wiedzy „około medycznej” stanowi zresztą szeroki problem epistemiczny, rozważany np. na obszarze socjologii wiedzy. Ukierunkowanie badań na pole medycyny stanowiłoby ważny i istotny krok w rozwoju obu gałęzi socjologii.

3.9. Obserwowane trudności w pracy z pacjentem

Kolejne pytanie dotyczyło recepcji komplikacji jakie mogą zaistnieć podczas pracy z pacjentem. Pytanie to zostało dotyczyło wyłącznie praktyków i wyzwania, jakie towarzyszą im podczas pracy z pacjentami. W ramach podsumowania we wcześniejszym rozdziale podjęłam tutaj kilka wątków -praktycy CAM wypowiedzieli się na temat istotności komunikacji z pacjentem, formowania relacji opartej na zaufaniu i mechanizmów budowania swojego autorytetu.

3.10. Zmiany w sposobie społecznego postrzegania leczenia niemedycznego (CAM)

Zarówno eksperci, jak i praktycy ogólnie udzielili bardzo podobnej odpowiedzi na to pytanie. Obie grupy miały reprezentantów [P03; E01], którzy opisali swoją osobistą przemianę, która zbliżyła ich do leczenia niemedycznego. Większość podkreśliła przemiany historyczne jakie zmieniły rolę i znaczenie CAM od czasów Polski Rzeczypospolitej Ludowej do współczesności. Ciekawa jest znacząca różnica między wypowiedziami przedstawicieli obu grup. Praktycy CAM prawie całkowicie zignorowali temat Internetu i mediów społecznościowych, a eksperci bardzo go eksponowali. Wskazali oni jak zmienił się dostęp do wiedzy z zakresu leczenia niemedycznego, gdy została ona *uploadowana* i upubliczniona oraz jak liczne specyfiki

(suplementy diety) pojawiły się na rynku, rozprowadzane najczęściej przez sieć internetową. Ponownie eksponowano rolę samolecznictwa, bo upowszechnienie wiedzy tego typu sprawiło, że większość ludzi uznało, że mają dość kompetencji, by sami mogli stosować taką czy inną terapię. Podobnie interesujący jest wątek mediów społecznościowych. Tu bowiem doszło do prawie zupełnego pominięcia wskazanego wątku w wypowiedziach praktyków CAM, z kolei eksperci postrzegali te media jako kluczowy sposób na docieranie do klientów i nakłaniania ich do terapii CAM. Można wskazać ten obszar jako obiecujący kierunek badań, który wykracza poza zakres mojej dysertacji.

3.11. Relacje lecznictwa niemedycznego (CAM) z medycyną akademicką

Opinie praktyków i ekspertów są w tym aspekcie zbieżne. Albo też podobnie różnorodne, gdyż wszyscy wypowiadają to w nieco inny sposób, ale najpowszechniejszą opinią zdaje się być taka, że najbardziej pożądanym scenariuszem byłaby integracja medyków i specjalistów CAM. Sytuacją idealną byłoby stworzenie warunków, gdzie pacjent miałby zapewnioną opiekę i rzetelną, dzięki oparciu jej na metodach wypracowanych na konwencjonalnie wypracowanych faktach medycznych, i empatyczną, ludzką, dostrzegającą człowieka w pacjencie.

Za największe wyzwanie moi rozmówcy wymieniali zgodnie stanowisko medyków wobec przedstawicieli lecznictwa niemedycznego. Ci bowiem, nierzadko zwyczajnie odrzucają wszelkie alternatywy metody pomocy pacjentom. Postawa taka jawi się jako zwyczajnie arogancka w swojej ignorancji. Tak krytycznie nastawieni lekarze szkodzą wręcz pacjentom, w opinii przeważającej części moich rozmówców, gdyż planując ich terapię nie uwzględniają wszystkich możliwości, w tym takich, które opierają się na zwykłym zapewnieniu pacjentowi czasu i przestrzeni na rozmowę.

3.12. Optymalny model relacji lecznictwa niemedycznego (CAM) z medycyną akademicką

Podobnie jak w poprzednim pytaniu, tu również obie grupy wypowiedziały się w bardzo zbliżony sposób. Ostatecznie widać wyraźnie, że w opinii większości badanych pożądana jest

integracja nurtów lecznictwa niemedycznego i medycyny akademickiej. Niektórzy, jak [E01] widzieli okazję na to w szkoleniu lekarzy z metod CAM. Inni, jak [E02; E03], podkreślali, że tylko naukowo potwierdzone techniki leczenia CAM powinny być w przyszłości integrowane. Praktycy natomiast pożądaliby wypracowania relacji opartej na współpracy, która pozwoli na tworzenie interdyscyplinarnych zespołów stosujących jednocześnie metody CAM i konwencjonalne. Dostrzegali oni zresztą już teraz zalety takich zabiegów w swoich obecnych praktykach, gdzie niektórzy lekarze zaczęli włączać ich w proces terapeutyczny.

3.13. Complementary and Alternative Medicine (CAM) vs. Evidence Based Medicine (EBM).

Doświadczenia innych krajów jako wzór współpracy

Temat ten został poruszony wyłącznie w wypowiedzi praktyków i dotyczył porównania sytuacji w Polsce oraz krajach sąsiednich (Niemcy, Ukraina) oraz innych częściach świata (Chiny, Kanada).

3.14. Wpływ pandemii na leczenie niemedyczne (CAM)

Podobnie jak poprzedni wątek, temat pandemii nie był przeze mnie traktowany jako odrębne zagadnienie. Jednak, w trakcie rozmów, zarówno z praktykami, jak i ekspertami, pojawiał się tak często, że zasłużył na potraktowanie jako odrębna część. Pandemia COVID-19 według obu grup moich rozmówców ukazała prawdę o systemie medycznym. Obie grupy eksponując to zjawisko mają na myśli zupełnie inne problemy. Dla praktyków bowiem pandemia wykazała „chwiejne” stanowisko przedstawicieli medycyny akademickiej. Moi rozmówcy podkreślali, że pacjenci byli przerażeni i pełni agresji. Lekarze nie oferowali im wsparcia emocjonalnego, względy bezpieczeństwa wydłużyły wszelkie procedury, co spowodowało rosnący czas oczekiwania na zabiegi czy zwykłe wizyty. Pacjenci zaczęli wtedy poszukiwać alternatyw i popyt na usługi terapeutów CAM wzrósł. Najdobitniej mówił o tym praktyk CAM [P08] stwierdzając, że przybyło uzdrowicieli po krótkich kursach, którzy leczyli ludzi, prawdopodobnie czyniąc więcej szkody niż pożytku. Opinia ekspertów jest ona podobna do tej zaprezentowanej przez praktyków, jednakże

zwrócili oni uwagę na inne aspekty sytuacji, również zauważając nieefektywność środowiska akademickiego, ale nie tyle w obszarze ich praktyki, co komunikacji. Jak podkreślali eksperci, pandemia ukazała rozmiar sceptycyzmu zwykłych ludzi w stosunku do medycyny konwencjonalnej i zaleceń lekarzy. Rozmówcy odwoływali się do przykładów kiedy duże grupy społeczne odrzucały zalecenia WHO czy rekomendacje Ministerstwa Zdrowia.

3.15. Przyszłość leczenia niemedycznego (CAM)

Stanowiska praktyków należy widzieć w dwóch perspektywach - tego czego, by sobie życzyli oraz czego realnie się spodziewają. Zasadniczo wszyscy dążą do ścisłej integracji medycyny akademickiej i CAM, zgadza się z tym jeden z ekspertów [E01]. Realnie jednak nie spodziewają się większych zmian, tak jak ekspert [E02]. Główną przeszkodą jest niedostateczne, naukowe potwierdzenie skuteczności metod CAM. Jak to komentuję w podrozdziale „3. Praca naukowa w obszarze leczenia niemedycznego w narracjach ekspertów”, większość ekspertów nie spodziewa się zwiększenia skali czy zakresu badań na tym obszarze. Pojawił się też pojedynczy głos eksperta [E03], który zakładał całkowitą eliminację leczenia niemedycznego i zastąpienie tej oferty przez nowych, dobrze wykształconych lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz specjalistów przyrodolecznictwa.

ZAKOŃCZENIE

Interpretacja własnych wyników badań pozwoliła ustalić, najistotniejsze elementy opisu praktyk CAM, m.in. rolę i znaczenie autorytetu w działalności niekonwencjonalnych terapeutów. Praktycy CAM bardzo często poszukiwali dodatkowej wiedzy i jej formalnego potwierdzenia. Charakterystyczne był też fakt, że żaden z nich nie zaczynał kariery jako praktyk leczenia niemedyceznego. Kolejną wspólną cechą tej grupy było doświadczenie skomplikowanych relacji z lekarzami. Moi interlokutorzy z jednej strony byli przez nich traktowani protekcyjnie, z drugiej jednak niektórzy z nich blisko współpracowali z przedstawicielami medycyny akademickiej. Elementem wspólnym było zgodne podkreślanie przez terapeutów/praktyków CAM i naukowców/ekspertów roli rozmowy i wsparcia emocjonalnego istotnego w stosowaniu metod i technik leczenia niemedyceznego.

Eksperci skupiali się na negatywnych aspektach współczesnego leczenia niemedyceznego. W ich wypowiedziach dominowały dwie kwestie: relatywnie niska popularność badań w tym obszarze oraz negatywne doświadczenia jakie spotkały badaczy w publikowaniu efektów swoich prac naukowych.

Sposób rozumienia i definiowania terminu „leczenie niemedycezne” doskonale obrazował różnice między obu grupami, gdy praktycy CAM odnieśli się do konkretnych zachowań czy cech tych metod, które widzą w swojej praktyce, eksperci odwoływali się do teorii funkcjonujących w obrębie ich dyscyplin. Większość moich rozmówców odwoływało się do różnych form integracji medycyny akademickiej i CAM. Praktyk [P07] posunął się w tym tak daleko, że wręcz starał się kwestionować człon „niemedycezne”, gdyż dostrzegał w tym próby formowanie niepotrzebnych podziałów w obrębie praktyk terapii, których ostatecznym celem jest pomoc „temu samemu pacjentowi”.

Eksperci odwoływali się do definicji zdrowia i choroby autorstwa A. Antonovsky'ego określającej definiowane terminy jako przeciwległe bieguny tego samego *continuum*. Praktycy poszukiwali bardziej intuicyjnych definicji dostrzegając aspekty, nierzadko pomijane w medycynie akademickiej. Ekspozowali rolę emocji, stresu w procesie zdrowienia. Przeniesienie ciężaru określenia stanu chorego na samego badanego bardzo mnie zainteresowało i uważam ją za jedno z istotnych spostrzeżeń płynących z moich badań.

Praktycy CAM w opisie i interpretacji relacji łączących ich z lekarzami przeważnie skupiali się na doświadczeniach negatywnych. Co istotne wyróżniali oni „starą” i „nową szkołę” w praktykowaniu medycyny. Lekarze- reprezentanci „nowej szkoły” charakteryzowali się większą otwartością na inne metody terapii.

Ciekawy wątek dotyczył motywacji do korzystania z lecznictwa niemedycznego. W wypowiedziach naukowców/ekspertów mogliśmy dostrzec zarówno przejawy motywacji zewnętrznej, jak i wewnętrznej. Praktycy jednak odnosili się wyłącznie do tej pierwszej. Za główny czynnik uznane zostały różne przyczyny składające się na niezadowolenie z medycyny akademickiej. Eksperci mówili też o kilka cechach charakteru pacjentów CAM- racjonalność poniżej przeciętnej, otwartość na nowe doświadczenia i duchowości/religijność, zwłaszcza w kontekście praktyk pozainstytucjonalnych.

W wątku dotyczącym skutków korzystania z metod CAM, obie grupy dostrzegały zarówno skutki pozytywne i negatywne, jednak praktycy metod niekonwencjonalnych skupiali się na korzyściach, a eksperci na zagrożeniach. Najważniejszą pozytywną konsekwencją korzystania z CAM jest oddanie pacjentom poczucia kontroli i sprawczości w zakresie własnego zdrowia i wywieranie wpływu na proces leczenia. Za najpoważniejsze zagrożenie uznawano natomiast „amatorskie samolecznictwo” i niedocenianie konieczności posiadania elementarnej wiedzy biomedycznej. Eksperci dodatkowo ekspozowali wątek dotyczący zachowania ludzi w czasie pandemii COVID-19, wykazując do czego mogą doprowadzić samodzielnie podejmowane bez współpracy z lekarzem samoleczenie w przypadku chorób wirusowych chorób zakaźnych.

Praktycy wyrażali życzenie integracji metod CAM z medycyną akademicką, ale byli realistami i nie widzieli tu perspektywy szybkich zmian. Przede wszystkim barierą jest nienaukowa natura dużej części praktyk CAM. Podkreślali to zwłaszcza eksperci, jedyna możliwa zmiana może wynikać z konsekwencji obiektywnego udowodnienia skuteczności tych praktyk. Jak jednak wskazano wcześniej, nie istnieje jak dotąd dostatecznie liczna grupa badaczy gotowych zainteresować się tym polem analiz i nic nie wskazuje na to by „unaukowanie” CAM było realnie osiągalne w najbliższym czasie.

Dla moich interlokutorów, temat pandemii COVID-19 był również istotny. Co ciekawe, obie grupy podchodziły do niego z zupełnie różnych perspektyw. Praktycy CAM bowiem koncentrowali się na fakcie, że pandemia unaoczniała wielu ludziom niewydolność polskiego systemu ochrony zdrowia. Lekarze nie byli w stanie dać pacjentom ani wsparcia, ani nawet standardowych terapii, gdyż procedury bezpieczeństwa zwiększyła czas oczekiwania na wizyty u specjalistów. Eksperci natomiast widzieli głównie marginalizowanie zaleceń specjalistów w zakresie ochrony zdrowia i częstą aprobatę dla rad „alternatywnych”, pozbawionych wykształcenia, „terapeutów”, którzy oferowali w sieci „łatwe i proste odpowiedzi”. Tworzyło to ich zdaniem bezprecedensowe zagrożenie dla zdrowia publicznego. Zarówno praktycy CAM jak i eksperci dostrzegli, że podczas pandemii znacząco zwiększa się ilości nieprzygotowanych do leczenia terapeutów CAM (przywoływane w wywiadach przysłowiowe „jednodniowe szkolenia”). Ci niewyszkoleni „uzdrowiciele”, pozbawieni elementarnej wiedzy medycznej stanowili zagrożenie dla „odciętych” od medycyny pacjentów.

W ramach moich analiz zaznaczyłam sześć obszarów, które warto brać pod uwagę w planowanych, przyszłych projektach badawczych. Przytaczam je ponownie poniżej.

W części dotyczącej analizy wypowiedzi praktyków wyróżniłam trzy. Po pierwsze, zauważyłam sprzeczność w wypowiedziach praktyków CAM. Z jednej strony podkreślają, że w procesie diagnozy wykorzystują metody i wyniki badań medycyny akademickiej [P04], z drugiej natomiast twierdzą, że to pacjent sam autonomicznie decyduje o wybranych terapiach [P01]. Dotyka

to ważnego problemu „socjo-psychologicznych”/funkcjonalnych oraz biomedycznych aspektów choroby i chorowania.

Drugie zagadnienie, które zwróciło moją uwagę dotyczy weryfikacji przykładów dyskryminowania/„prześladowania” przedstawicieli lecznictwa niemedycznego. Warto więc byłoby potwierdzić stanowisko lekarzy wobec praktyków CAM i stosowanych przez nich terapii na drodze reprezentatywnego badania survey`owego na próbie ogólnopolskiej. Co może stanowić punkt wyjścia do lepszego zrozumienia stanowisk reprezentantów obu „medycyn” i określenia ewentualnych obszarów wspólnych, które być może będą stanowiły zaczątek do budowania mostów porozumienia między nimi i tworzenia, i budowy postulowanego przez moich rozmówców, podejścia integrującego. Ostatni punkt, który nazwałabym „luką badawczą” jest potrzeba poznania spojrzenia na *uniwersum* lecznictwa niemedycznego osób nie mających kwalifikacji na obszarze CAM, a więc „uzdrowicieli” po „jednodniowych kursach”. Warto byłoby dotrzeć do osób, które, na przykład, „przebranzowiły się” nagle, w trakcie pandemii, i poznać motywacje jakie nimi kierowały, czy w dalszym ciągu oferują świadczenia dotyczące zdrowia i choroby.

W trakcie pisania tej analizy komparatywnej stanowisk obu grup, zauważyłam kolejne trzy obszary zasługujące na przyszłe, pogłębione badania. Pierwszym z nich jest konieczność pogłębionych analiz nad tematem „budowania autorytetu” wśród praktyków CAM. Dostrzegłam, że jest to istotne już w trakcie analizy pierwszych wypowiedzi praktyków, stanowi to wciąż *terra incognita* na obszarze studiów nad CAM. Wyraźnie dostrzegłam u moich rozmówców dążenie do budowania i umacniania swego autorytetu, uważam, że ten element może pełnić doniosłą rolę w ich sposobie funkcjonowaniu jako niekonwencjonalnych terapeutów. C. Alternatywnie, czy to praktyki CAM wymuszają na praktykach poszukiwanie takiej drogi do budowania prestiżu, a następnie szukania sposobów na jego wzmocnienie.

Kolejnym interesującym wątkiem, byłoby zbadanie źródeł wiedzy współczesnych pacjentów na temat zdrowia, choroby i medycyny. Zarówno praktycy CAM, jak i naukowcy/eksperti zauważali, że ludzie często przeceniają poziom swojej wiedzy i przez to wybierają samolecznictwo,

przy ewidentnych brakach kompetencji. Skąd jednak w nich ta pewność? Dlaczego przestali polegać na wiedzy lekarzy? Z reguły to lekarze decydowali kiedy ludzie są chorzy i jak im pomóc. Czy jesteśmy świadkami rewolucji i odrzucenia tego modelu? Co i kto może zastąpić lekarzy? Przypadkowe artykuły w Internecie? Sztuczna inteligencja? To tylko niektóre kwestie ujęte w lapidarnej formie, ale sygnalizowane zagadnienia mogą być przedmiotem systematycznej eksploracji.

Ostatnim wątkiem, który wzbudził moje zainteresowanie jest różnica w wypowiedziach praktyków CAM i ekspertów na temat „pozyskiwania” nowych pacjentów. Praktycy bowiem w swoich wypowiedziach mówili przede wszystkim o tworzeniu sieci powiązań i budowaniu sieci wzajemnych rekomendacji oraz poleceń. Ekspersi natomiast podkreślali w tym kontekście rolę social mediów i powiązanych z nimi technologii. Warto więc byłoby przeprowadzić badanie, które pozwoliłoby stwierdzić kim są klienci praktyków lecznictwa niemedycznego. Diagnoza ta powinna ukazać nie tylko ścieżkę jaką dany pacjent przebył w drodze do danego terapeuty, ale również określić wpływ źródła informacji na stopień zaangażowania w terapię, osiągnięty poziom satysfakcji oraz jej efektywność.

Podsumowując, genezę napisania prezentowanej rozprawy było dążenie do przynajmniej częściowego wypełnienia luki w badaniach nad lecznictwem niemedycznym prowadzonych na obszarze polskiej socjologii medycyny, w nawiązaniu i w odniesieniu do istniejącego stanu takich analiz. Chodziło o uzupełnienie tego dorobku o nowe perspektywy spojrzenia na *universum* lecznictwa niemedycznego. Ta „nowa perspektywa” polega próbie zbadania, interpretacji i zrozumienia zjawiska lecznictwa niemedycznego z punktu widzenia praktyków CAM, czyli osób stosujących w swojej pracy zawodowej metody i techniki zaliczane w poczet CAM oraz z pozycji naukowców/ ekspertów badających profesjonalnie tę dziedzinę wiedzy. Wykorzystanie wywiadów częściowo ustrukturyzowanych z praktykami i ekspertami pozwoliło na uzyskanie nowych, nieznanych dotąd i szczegółowych informacji o stosowaniu tego „pozamedycznego lecznictwa” i

ich społecznym kontekście. Proponowane podejście umożliwia jak się wydaje identyfikację kluczowych czynników budujących *universum* leczenia niemedycznego.

Z kolei perspektywa konstruktywistyczna jest moim zdaniem optymalnym sposobem opisu leczenia niemedycznego, bowiem pozwala na zidentyfikowanie i zrozumienie, kulturowych i społecznych czynników wpływających na tworzenie i charakteryzowanie „rzeczywistości leczenia niemedycznego”. Podejście konstruktywistyczne umożliwia identyfikację różnych perspektyw i sposobów rozumienia problemów zdrowotnych i zagadnień chorowania przez „zwykłych ludzi” /lay people/, co jak sądzę może prowadzić do skuteczniejszych, bardziej zindywidualizowanych podejść terapeutycznych, zarówno w obrębie CAM, jak i medycyny akademickiej. Nurt konstruktywistyczny staje się odpowiednim sposobem opisu leczenia niemedycznego, ponieważ pomaga zrozumieć kompleksowo całą rzeczywistość społeczną widzianą przez pryzmat realnych uczestników tego świata/ światów.

Ta analiza nie jest w stanie objąć całości obszernej i złożonej tematyki tej dziedziny wiedzy i posiada pewne wskazane wyżej ograniczenia oraz deficyty. Całość badań prowadzona była samodzielnie bez zewnętrznego wsparcia finansowego. Wydaje się, że rozprawa dostarcza ważnych, nowych, nieznanych wcześniej informacji na temat leczenia niemedycznego, co może być konkretnym, oryginalnym wkładem w stan badań polskiej socjologii medycyny. Analizy takie wymagają jednak realizacji dalszych systematycznych, interdyscyplinarnych studiów socjologicznych na tym obszarze.

BIBLIOGRAFIA

Publikacje wykorzystane i cytowane

Publikacje zwarte

Aronson E., Wilson T.D., Akert R. M.: *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Zysk i S-ka, Poznań 1997.

Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.

Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

Berger P.: *Święty baldachim. Elementy socjologicznej teorii religii*. Nomos, Kraków 1997.

Berger P., Luckmann T.: *Społeczne tworzenie rzeczywistości*. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1983.

Bogner A., Littig B., Menz W.: *Interviewing Experts. Research methods series*. Palgrave Macmillan, New York 2009.

Boorse C.: *A rebuttal on health*, [w:] J. M. Humber and R. F. Almeder (red.), *What is disease?* Humana Press, Totowa, NJ 1997.

Borland, K.: *That's not what I said: Interpretative conflict in oral narrative research*, [w:] R. Perks, A. Thomson A., *The Oral History Reader*. London, Routledge 1998.

Burr V.: *Social constructionism*, Routledge, New York- London 2003.

Brysiewicz A.: *Znaczenie elementów taumatycznych w leczeniu ludowym i w wybranych doktrynach medycyny akademickiej*, [w:] M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórkowska, W. Piątkowski (red.), *Szkice z socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998, wyd. I.

Charmaz K.: *Grounded Theory in the 21st Century*, [w:] N.K Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition. Sage, Thousand Oaks–London–New Delhi 2005.

Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009. cit. per Glaser B. G.: *Theoretical sensitivity*. The Sociology Press, Mill Valley, CA.

Charmaz K.: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009. cit. per Glaser B. G.: *Theoretical sensitivity*. The Sociology Press, Mill Valley, CA.

Charmaz K.: *Teoria ugruntowana w XXI wieku. Zastosowanie w rozwoju badań nad sprawiedliwością społeczną*, [w:] N.K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*. T.1, red. nauk. wyd. polskiego K. Podemski. PWN, Warszawa 2009.

Coburn D.: *Vicente Navarro: Marxism, Medical Dominance, Healthcare and Health*, [w:] F. Collyer F. (red.), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. Palgrave Macmillan, London 2015.

Cockerham W.C.: *Medical Sociology*. Ninth Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall 2004.

Cytowska B.: *Trudne drogi adaptacji. Wątki emancypacyjne w analizie sytuacji dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym społeczeństwie polskim*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012.

Denscombe M.: *The Good Research Guide: for small social research projects*. McGraw-Hill International, New York, NY 2010.

Domaradzki J.: *Społeczne konstruowanie genetyki. Reprezentacje biotechnologii w polskim czasopiśmiennictwie opiniotwórczym*. Wyd. Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2018.

Dziak A.: *Medycyna czy magia? Akademicka wiedza medyczna wobec alternatywnych metod leczenia*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2014.

Dubos R.: *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*. PZWL, Warszawa 1962.

Erenkfeit K.: *Społeczny kontekst działalności Anatolija Kaszpirowskiego*, [w:] A. Anczyk (red. nauk.), *Medicina magica. Oblicza medycyny niekonwencjonalnej*. Wydawnictwo Instytutu Pracy i Zdrowia Środowiskowego. Seria „Szkice z nauk o zdrowiu” t. III, Sosnowiec 2011.

Flick U.: *Niezbędnik badacza*, [w:] S. Kvale, *Prowadzenie wywiadów*. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2010.

Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D.: *Metody badawcze w naukach społecznych*. Zysk i S-ka, Poznań 2001.

Frąckowiak-Sochańska M.: *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Seria Socjologiczna nr 82, Poznań 2019.

Frąckowiak-Sochańska M.: *Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Seria Socjologiczna nr 82, Poznań 2019. cit. per A.E. Clarke: *Situational Analysis: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn*, *Symbolic Interaction* 2003, 26 (4), s. 553-576.

Freidson E.: *Dilemmas in the doctor/patient relationship*, [w:] C. Cox, A. Mead (red.), *A sociology of medical practice*. Cassell & Collier-Macmillan Publishers Limited, London 1975.

- Freidson E.: *Doctoring together. A Study of Professional Social Control*. Elsevier, New York 1975.
- Freidson E.: *Profession of medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press, Chicago 1970.
- Freidson E.: *Professional Dominance and the Ordering of Health Services: Some Consequences*, [w:] P. Conrad, R. Kern (red.), *The Sociology of Health and Illness*. St. Martin's Press, New York 1981.
- Freidson E.: *Professions and the Occupational Principle*, [w:] E. Freidson (red.), *The professions and their prospects*. Sage Publications, Beverly Hills/ London 1971.
- Gaertner H.: *Medycyna: nauka i sztuka*, [w:] K. Imieliński (red.), *Medycyna u progu XXI wieku. Sztuka leczenia*. Polska Akademia Medycyna, Warszawa 1995.
- Garnuszewski Z.: *Miejsce akupunktury we współczesnej medycynie europejskiej*, [w:] K. Imieliński (red.), *Medycyna u progu XXI wieku. Sztuka leczenia*. Polska Akademia Medycyna, Warszawa 1994.
- Garnuszewski Z.: *Renesans akupunktury*. Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa 1988.
- Giddens A.: *Nowoczesność i tożsamość*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Giddens A.: *Socjologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Giddens A.: *Zdrowie, choroba i Niepełnosprawność*, [w:] *Socjologia*. Wydanie nowe. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Glaser B.G., Strauss A. L.: *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*. Seria Współczesne teorie socjologiczne VI, tł. M. Gorzko. Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2009.
- Goodman N.: *Wstęp do socjologii*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997.
- Grabowski M.: *Medyczny Internet*, [w:] R. Rudowski (red.), *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Hammersley M., Atkinson P.: *Metody badań terenowych*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000.
- Heszen I., Sęk H.: *Medycyna behawioralna*, [w:] *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Jabłoński L.: *Wiadomości wstępne*, [w:] L. Jabłoński: *Sanologia. Nauka o zdrowiu społeczeństwa*. Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Warszawa 1998.
- Jedynak A.: *Medycyna komplementarna na tle nauki*, [w:] A. Anczyk (red.), *Medicina Magica. Oblicza medycyny niekonwencjonalnej*. Seria "Szkice z nauk i zdrowiu", TOM III. Wydawnictwo Instytutu Pracy i Zdrowia Środowiskowego i Autorzy, Sosnowiec 2011.
- Jeszke J.: *Historyczne źródła współczesnych nurtów lecznictwa niemedycznego i ich społecznej akceptacji*, [w:] M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórowska, W. Piątkowski (red.),

Szkice z socjologii medycyny. Wyd. I. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998.

Jonas W. B., J. S. Levin J. S. (red.): *Ocena medycyny komplementarnej i alternatywnej: Rzetelność naukowa a pragmatyzm terapeutyczny*, [w:] *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2000.

Kasperek E.: *Medycyna i paramedycyna- przegląd podstawowych zagadnień*, [w:] K. Imieliński (red.), *Medycyna u progu XXI wieku. Sztuka leczenia*. Polska Akademia Medycyna, Warszawa 1994.

Keeler R.: *Nursing research and evidence-based practice: Ten steps to success*. Jones & Barlett Learning, Sudby, MA 2010.

Konecki K.: *Przedmowa do wydania polskiego. Konstruowanie teorii ugruntowanej według Kathy Charmaz*, [w:] K. Charmaz: *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. XXVIII.

Konecki K.: *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

Konecki K.: *Wprowadzenie do wydania polskiego. Teoretyzowanie w socjologii- czyli o odkrywaniu i konstruowaniu teorii na podstawie analizy danych empirycznych*, [w:] B.G. Glaser, A. L. Strauss, *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*. Seria Współczesne teorie socjologiczne VI, tł. M. Gorzko. Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2009, s. XIII.

Korcelli-Olekniczak E.: *Funkcje metropolitalne Berlina i Warszawy w latach 1990-2002. Współzależność pozycji w systemie miast Europy Środkowej*. PAN IGiPZ, Warszawa 2004.

Kubiak A. E.: *Jednak New Age*. Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza, Warszawa 2005.

Meuser M., Nagel U.: *The Expert Interview and Change in Knowledge Production*, [w:] A. Bogner, B. Littig, W. Menz: *Interviewing Experts. Research methods series*. Palgrave Macmillan, New York 2009.

Miś L.: *Konstruktywizm/konstrucjonizm w socjologii, pracy socjalnej i psychoterapii*, [w:] L. Miś (red.), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*. Uniwersytet Jagielloński, Instytut Socjologii, Kraków 2008.

Miś L.: *Problemy społeczne: teoria, metodologia, badania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

Lytovka M.: *Mainstream medicine vs. complementary and alternative medicine: from history to modernity*. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. A. Kapusty, Lublin 2018.

Maciąg R.: *Społeczne znaczenia aborcji*. Wyd. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2019.

Nowakowski M.: *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.

- Obelene V.: *Expert versus Researcher: Ethical Considerstions in Process of Bargaining a Study*, [w:] A. Bogner, B. Littig, W. Menz: *Interviewing Experts. Research methods series*. Palgrave Macmillan, New York 2009.
- Olchowska-Kotala A.: *Kto i dlaczego leczy się niekonwencjonalnymi metodami terapii*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
- Ortman E. B., Kowalewska B., Krajewska-Kułak E.: *Zjawisko samoleczenia w kontekście zapotrzebowania na edukację zdrowotną*. Uniwersytet medyczny w Białymstoku, Białystok 2020.
- Oxford. Słownik Socjologii i Nauk Społecznych. Hasło: *“konstrukcjonizm społeczny [social constructionism]”*. (red), G. Marshall; red. nauk. pol. wyd.: M. Tabin. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Pamiętniki lekarzy*. Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 1939.
- Parsons T.: *Struktura społeczna a osobowość*. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969.
- Parsons T.: *System społeczny*. Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2009.
- Pastuszek J.K.: *Komplementarność nauki i wiary na przykładzie medycyny naturalnej w Polsce*, [w:] A. Anczyk (red.), *Medicina Magica. Oblicze medycyny niekonwencjonalnej*. Seria” Szkice z nauk i zdrowiu”, TOM III. Wydawnictwo Instytutu Pracy i Zdrowia Środowiskowego i Autorzy, Sosnowiec 2011.
- Penkala-Gawęcka D.: [rec.] *„Lecznictwo niemedyczne w Polsce: tradycja i współczesność: analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby”*, Włodzimierz Piątkowski, Lublin 2008, LUD, Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego i Komitetu Nauk Etnologicznych PAN, T. 94 (2010).
- Penkala-Gawęcka D.: *Medycyna komplementarna w Kazachstanie. Siła tradycji i presja globalizacji*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006.
- Penkala-Gawęcka D.: *Medykalizacja w perspektywie antropologii medycznej*, [w:] M. Nowakowski, W. Piątkowski (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2017.
- Pfadenhauer M.: *At Eye Level: The expert interview-a Talk between Expert and Quasi-expert*, [w:] A. Bogner, B. Littig, W. Menz: *Interviewing Experts. Research methods series*. Palgrave Macmillan, New York 2009.
- Piåtkowski W.: *Beyond Medicine. Non-Medical Methods of Treatments in Poland*. Peter Lang, Frankfurt am Mein 2012.
- Piåtkowski W.: *Dysfunkcyjność systemu opieki zdrowotnej w polskiej socjologii medycyny*, [w:] A. Ostrowska, M. Skrzypek (red. nauk.), *Socjologia medycyny z perspektywy półwiecza*. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015.

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

Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008.

Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008. cit. per P. Sztompka: *Trauma kulturowa. Druga strona zmiany społecznej*, [w:] A. Kojder, K. Sowa (red.), *Los i wybór. Dziedzictwo i perspektywy społeczeństwa polskiego*. Pamiętnik XI Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.

Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w społeczeństwie pluralistycznym. Wybrane aspekty socjologiczne*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Oficyna Wydawnicza „Atut”, Wrocław 2002.

Piątkowski W.: *Lecznictwo niemedyczne w XX wieku*. Zakład Narodowy imienia Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź 1988.

Piątkowski W.: „*Lecznictwo*” niemedyczne- wyzwania dla współczesnej medycyny, [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*. Wydanie II uzupełnione. Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2020

Piątkowski W.: *Naturalne sposoby leczenia*. Zakład narodowy imienia Ossolińskich. Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk 1984.

Piątkowski W.: *Spotkania z inną medycyną*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1990.

Piątkowski W.: *W stronę socjologii leczenia niemedycznego. Przegląd wybranych propozycji badawczych*, [w:] M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórkowska, W. Piątkowski (red.), *Szkice z socjologii medycyny*. Wyd. I. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998.

Piątkowski W.: *Wstęp*, [w:] M. Nowakowski, W. Piątkowski (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym świecie*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2017.

Piątkowski W., Nowakowska L.: *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI wieku. Perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, [w:] M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2013.

Piątkowski W., Tarkowski Z.: *Leczenie niemedyczne*, [w:] Z. Tarkowski (red.), *Patologia mowy*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2017.

Piątkowski W., Zalewska P.: *Laickie diagnozy. Metody rozpoznawania chorób przez nieprofesjonalnych terapeutów*, [w:] S. Banaszak, J. Śmietañska (red.), *Diagnoza w wymiarze jednostkowym i społecznym*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2019.

Piotrowska E.: *Spoleczny konstrukttywizm a matematyka*. Wyd. Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 2008.

Pluta J.: *Konstrukttywizm, gender i rozum socjologiczny*, [w:] D. Majka- Rostek, E. Banaszak, P. Czajkowski (red.), *Genderowe filtry. Różnorodność doświadczenia i percepcji płci w przestrzeni publicznej i prywatnej*. Wydawnictwo Instytutu Socjologii, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2015.

Płonka-Syroka B.: *Mesmeryzm. Od astrologii do bioenergoterapii*. Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2007.

Sęk M.: *Dobór próby przy pomocy metody kuli śnieżowej (snowball sampling)*, [w:] B. Fatyga (red.), *Praktyki badawcze*. Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW, Warszawa 2015.

Sharma U.: *Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients*. Tavistock/Routledge. London and New York 1992.

Siciński A.: *Styl życia-Kultura-Wybór. Szkice*. Wyd. IFiS PAN. Warszawa 2002.

Skryplonek Ł.: *Wywiad ekspercki- nowa perspektywa metodologiczna w badaniach pedagogicznych*, [w:] *Zeszyty naukowe młodych pedagogów przy Komitecie nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk. Zeszyt 15 Orientacje jakościowe w badaniach pedagogicznych*. Wydział Etnologii i Nauk o Edukacji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Oficyna Wydawnicza „Impuls” Kraków 2011.

Słońska Z., Misiuna M.: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. hasło: „medykalizacja”. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993.

Słownik języka polskiego PWN A-K, hasło: „komplementarność”, M. Szymczak (red. nauk.)

Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.

Słownik Wyrazów Obcych. PWN. Warszawa 2002, s. 1087.

Socjologia. Przewodnik encyklopedyczny. Hasło: „konstrukcjonizm społeczny”. Wyd. A. Mikusińska. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2008.

Sokołowska M.: *Granice medycyny*. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.

Sokołowska M.: *Interpretacja socjologiczna zjawiska Clive'a Harrisa*, [w:] M. Sokołowska, *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*. KAW, Gdańsk 1978.

Sokołowska M.: *Jatrogeniza*, [w:] *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986.

Sokołowska M.: *Medycyna a kontrola społeczna*, [w:] *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986.

Sokołowska M.: *Medycyna nieoficjalna w krajach uprzemysłowionych*, [w:] *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986.

Sokołowska M.: *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986.

- Stachura K.: *Problemy zapewnienia jakości w badaniach online*, [w:] P. Sudas (red.), *Metody badań online*. Wydawnictwo Naukowe Katedra, Gdańsk 2016.
- Stemplewska-Żakowicz K.: *Osobiste doświadczenie a przekaz społeczny: o dwóch czynnikach rozwoju poznawczego*. Wyd. Leopoldinum Fundacji dla Uniwersytetu Wrocławskiego. Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej 1996.
- Szlagowska-Papuzińska A.: *Mityzacja choroby. Choroba jako konstrukt społeczny i kulturowy*. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2021.
- Sztumski J.: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawca „Śląsk” sp. z o.o. Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2010.
- Titkow A.: *Zachowania i postawy zdrowotne wobec zdrowia*. PWN, Warszawa 1983.
- Travelyan J., Booth B.: *Medycyna niekonwencjonalna. Prawdy i mity*. PZWL, Warszawa 1998.
- Twaddle A.C., Hessler R.M.: *Asociology of health*. The C. V. Mosby Company. Saint Louis 1977.
- Uramowska-Żyto B.: *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1992.
- Waitzkin H. *The second sickness: contradictions of capitalist health care*. New York, London: The Free Press 1983.
- Waxler N.E.: *The Social Labeling Perspective on Illness and Medical Practice*, [w:] L. Eisenberg, A. Kleinman (red.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dodrecht, Boston, London 1980.
- Wendland M.: *Konstruktywizm komunikacyjny*. Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2011.
- Weiss G. L., Lonnquist L., E.: *Complementary and alternative Medicine*, [w:] *The sociology of health, healing and illness*. 5th ed. Pearson Education, Inc, New Jersey 2006.
- Weiss G. L., Lonnquist L., E.: *The sociology of health, healing and illness*. 5th ed. Pearson Education, Inc, New Jersey 2006.
- Whorton J. C.: *Historia medycyny komplementarnej i alternatywnej*, [w:] W. B. Jonas, J. S. Levin (red.), *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2000.
- Wielka Encyklopedia Powszechna PWN, hasło: „*komplementarność*”. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1965.
- Wiener M. J.: *Medycyna behawioralna*. Urban & Partner, Wrocław 1996.
- Wyka A.: *Badacz społeczny wobec doświadczenia*. Wydawnictwo IFiS PAN, 1993.
- Youngson R. M.: hasło „*diagnoza*”. [w:] *Słownik encyklopedyczny. Medycyna*. Wyd. RTW, Warszawa 1997.

Zwoliński A.: *Leksykon terapii alternatywnych*. Hasło: „akupunktura”, Wydawnictwo M. Kraków 2013.

Publikacje ciągłe

Abramowicz B.: *Klasyk (częściowo) oswojony. Kategoria analityczna roli chorego Talcotta Parsonsa i jej status we współczesnej socjologii medycyny*, [w:] M. Synowiec- Piłat, A. Łajska-Formejster, *Biologiczny wymiar życia populacji a jego socjologiczne interpretacje*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego 2013, s. 181-195.

Amundson, R., 2000. “Against Normal Function,” *Studies in History and Philosophy of Science (Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences)* s. 33-53.

Banaś P. D.: Choroba – obiektywna anomalia w systemie czy sztuczny konstrukt? *Rocznik Kognitywistyczny* 2010, 4, s. 33-38.

Biernacki, P., Waldorf: D.: Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling, *Sociological Methods and Research* 1981, t.10, nr 2, s. 141-163.

Biernacki P., Waldorf D.: Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods and Research* 1981, t. 10, nr 2. cit. per Coleman J. S.: Relational analysis: the study of social organizations with survey methods, *Human Organization* 1958.

Bińczyk E.: Na obrzeżach konstruktywizmu – na obrzeżach myślenia. *Er(r)go, Teoria-Literatura-Kultura* 2001, nr 2, s. 49-57.

Bińczyk E.: (Post)konstruktywizm na temat technonauki, *Avant: Journal of Philosophical-Interdisciplinary Vanguard* 2013, t. 4(1/2013), s. 54-75.

Barnet R. J.: Scientific Contribution. Ivan Illich and the Nemesis of Medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2003: 6, s. 273-286.

Blumer H.: Race Prejudice as a Sense of Group Position, *Pacific Sociological Review* 1958, nr 1, s. 3-7.

Bryda G.: CAQDAS a badania jakościowe w praktyce, *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2014, t. 10/2, s. 12-38.

Brzeziński T.: Karta Praw Pacjenta- spodziewane korzyści i niebezpieczeństwa. *Pro Medico. Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Katowicach*, listopad 1996, numer specjalny: etyka, s. 1-25.

Chez R. A., Jonas W. B., Eisenberg D.: Lekarz wobec medycyny komplementarnej i alternatywnej, [w:] W. B. Jonas, J. S. Levin (red.), *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2000. cit. per Panel on Definition and Description. Defining and describing complementary and alternative medicine. *Alternative Therapy and Health Medicine* 1997, nr 3, s. 49-57.

Chojnowski M.: Standardowe i niestandardowe zachowania językowe lekarzy i pacjentów. Propozycja projektu badawczego. *Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne* 2016, t. 12 (2), s. 80-103.

- Conrad P.: Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology* 1992, nr 18, s. 209-232. /dostęp 10.09.2020/
- Cukras-Stelągowska J.: Wywiady eksperckie z przedstawicielami elit- możliwości i ograniczenia w badaniach nad grupami o statusie mniejszościowym, *Przegląd Badań Edukacyjnych* 2012, nr 34, s. 115-131.
- Domaradzki J.: Medykalizacja a genetyzacja: ciągłość czy zmiana? *Przegląd Socjologiczny* 2017, nr 1, s. 9-31.
- Domaradzki J.: Polityka płci: „Słaba płeć”, medycyna i kontrola społeczna. *Nowiny Lekarskie* 2010, t. 79, nr 6, s. 464- 475.
- Freidson E.: The sociology of medicine. “*Current Sociology*” 1961-62, t. X/XI, nr 3, s. 123- 140.
- Furedi F.: The End of Professional Dominance. *Society* 2006, t. 43 (6), s. 14-18.
- Gorzko M.: „Drugie pokolenia” teoretyków grounded theory, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Sociologica* 2010, nr 20 (619), s. 27-43.
- Gorzko M.: „Drugie pokolenia” teoretyków grounded theory. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Sociologica* 2010, nr 20 (619), s. 38. za K. Charmaz: Shifting the Grounds: *Constructivists Grounded Theory Methods*, [w:] J.M. Morse i in., *Developing Grounded Theory: The Second Generation*. Walnut Creek, Left Coast Press 2009.
- Gorzko M.: Teoria ugruntowana jako „rodzina metod”? *Opuscula Sociologica* 2013, nr 4 (6), s. 5-16.
- Halfmann D.: Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities, *Health* 2012, 16(2), s.186-207.
- Illich I.: Medical nemesis. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003; 57, s. 919- 922.
- Imber J. B.: The Well-Informed Citizen: Alfred Schultz and Applied Theory, *Human Studies* 1984, t. 7, nr 3-4, s. 117-126.
- Kacperczyk A.: Badacz i jego ciało w procesie zbierania i analizowania danych- na przykładzie badań nad społecznym światem wspinaczki, *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2012, t. VIII, nr 2, s. 32-63.
- Kacperczyk A.: Badacz i jego poszukiwania w świetle „Analizy Sytuacyjnej” Adele E. Clarke, *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2007, t. III, nr 2, s. 5-32.
- Kasperek A.: Perspektywa fenomenologiczna w filozofii. *Pisma Humanistyczne* 1999, t. 1, s. 181-189.
- Karkowski T.: Komercjalizacja i prywatyzacja szpitali w perspektywie doświadczania świadczeń zdrowotnych. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata Tes Oikonomias* 2014, z. 8, s. 143-157.

- Kocot-Kępska M., Rybicka M., Mitka K., Bagińska A., Moćko K.: Praktyka kliniczna – przewodnik leczenia bólu. Metody medycyny komplementarnej i alternatywnej w leczeniu chorych z bólem przewlekłym – cz. 1. *Medycyna Praktyczna* 2020, t. 1, s. 103-108.
- Kołodziej A.: Choroba jako dewiacja i „profesjonalna” rola lekarza; relacja pacjent – lekarz w funkcjonalnej teorii Talcotta Parsonsa. *Hygeia Public Health* 2012, t. 47, nr 4, s. 398-402.
- Konecki K. T.: O socjologii jakościowej, *Roczniki Nauk Społecznych* 2016, t. 8 (44), nr 4, s. 7-28.
- Lech A.: Społeczne konstruowanie rzeczywistości obiektywnej. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie* 2013, z. 65, s. 183-195.
- Mazur S.: Poznanie, wiedza i działanie społeczne w paradygmacie wielości. *Zarządzanie Publiczne* 2012 Nr 1(19), s. 33-41.
- Mazurek E.: Choroba w rodzinie. Zastosowanie metodologii teorii ugruntowanej do analizy funkcjonowania rodziny w sytuacji choroby, *Family Forum* 2013, t. 3, s. 25-39.
- Moskalewicz M.: Medykalizacja: Patogenezy i objawy. *Czas Kultury* 2012, t. 6, s. 25-35.
- Navarro V.: What is socialist medicine? *Monthly Review* 1986, t. 38, s. 61-73.
- Navarro V.: What we mean by social determinants of health. *Int J Health Serv* 2009, t. 39, nr 3, s. 423-441.
- Neimeyer R. A., Levitt H.: *Constructivism/Constructionism: Methodology*, [w:] N. Smelser, P. Baltes (red.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Science*, t. 4, Elsevier, Amsterdam 2001.
- Nowak A. W.: Demokratyzacja debaty publicznej nad medycyną niekonwencjonalną. *Studia Metodologiczne* 2013, nr 30, s. 239- 265.
- Nowakowska L.: W stronę socjologii lecznictwa niemedyceznego- zarys przedmiotu badań. *Hygeia Public Health* 2012, t. 47, nr 3, s. 258-263.
- Nowakowski M.: Wiedza medyczna jako przedmiot badań w ramach socjologii medycyny i socjologii wiedzy. *Konteksty Społeczne* 2014, t. 4 (2), s. 45-57.
- Nye R. A.: The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences* 2003, t. 39 (2), s. 115-129.
- Pardo M. P.: Medicine under capitalism. *JAMA* 1977; 238(1), s. 66-67.
- Penkala-Gawęcka D.: Pacjent i medycyna we współczesnym Kazachstanie: postawy wobec biomedycyny i medycyny komplementarnej. *Medycyna Nowożytna* 2001: 8/2, s. 175-198.
- Piątkowski W.: Lecznictwo niemedycezne. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno- prawne. *Konteksty społeczne* 2014, t. 4, nr 2, s. 7-20.
- Piątkowski W.: Lecznictwo niemedycezne. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno-prawne. *Konteksty Społeczne* 2014, t. 4, nr 2, s. 9 za *Leczenie się domowymi sposobami*. Komunikat z badań CBOS. Warszawa, kwiecień 1998.

- Piątkowski W.: Lecznictwo niemedyczne. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno-prawne, *Konteksty Społeczne* 2014, t. 4, nr 2, s. 9 za *Telewizyjne spotkania z A. Kaszpirowskim*. Komunikat z badań OBOP. Warszawa, marzec 1990.
- Piątkowski W.: Medycyna naukowa wobec naturalnych sposobów leczenia. Konwergencja czy konfrontacja. *Studia Socjologiczne* 1981, nr 3 (82), s. 89-101.
- Piątkowski W.: [recenzja] *Ilustrierter Handbuch Der Alternativen Heilweisen. Handbuch Der Ausserschulischen Medizin*. Hermann Bauer Verlag, Freiburg 1980. *Zdrowie Publiczne* 1983, nr 4, s. 192, 204.
- Piątkowski W., Nowakowska L.: Nurt krytyczny w klasycznej, polskiej socjologii medycyny. Zarys problematyki. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica* 2013, nr 45, s. 15-34.
- Piątkowski W., Nowakowska L.: Nurt krytyczny w klasycznej, polskiej socjologii medycyny. Zarys problematyki. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica* 2013, nr 45, s. 15-34. cit. per G. Edwards, J. Habermas: *Politics and morality in health and medicine*, [w:] G. Scrambler (red.), *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, Routledge, New York–London 2012.
- Piątkowski W., Skrzypek M.: To tell the truth. A critical trend in medical sociology – an introduction to the problems. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013, t. 20, nr 3, s. 613-623.
- Pilecki M.: Paramedycyna- alternatywa medycyny naukowej? *Zdrowie Publiczne* 1994, t. 105, nr 5, s. 170-174.
- Schütz, A.: *The Well-Informed Citizen: An Essay on the Social Distribution of Knowledge, Collected Papers* 1964, t. 2 (The Hague: Nijhoff), s. 117-126.
- Skrendo A.: Tożsamość w perspektywie konstruktywizmu. *Teksty Drugie* 2004, nr 1-2, s. 65-77.
- Skrzypek M.: Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny, „*Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*” 2012, t. 18, nr 4, s. 371-378.
- Słowiecka A.: Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty. *Studia Medyczne* 2012, t. 25, nr 1, s. 85-88.
- Stasiuk-Krajewska K.: Komunikacja lekarz–pacjent a wizerunek lekarzy i podmiotów zdrowia publicznego. *Dziennikarstwo i media* 2016, t. 7, s. 101-112.
- Stempień J. R., Rostocki W. A.: Wywiady eksperckie i wywiady delfickie w socjologii- możliwości i konsekwencje wykorzystania. Przykłady doświadczeń badawczych, *Przegląd Socjologiczny* 2013, t. LXII/1, s. 87-100.
- Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D.: Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013, nr 94(4), s. 667-674.
- Świątek-Barylska I.: Zwinne zarządzanie zasobami ludzkimi w świetle badań eksperckich, *ZZZ(HRM)*_ 2019, t. 2, nr 127, s. 57-70.
- Tait D.: *Medicine under capitalism. Insurgent Sociologist* 1979, t. 8 (4), s. 91-95.

- Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane aspekty relacji pomiędzy socjologią medycyny a socjologią choroby. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Sociologica* 2015, nr 1, s. 78-96.
- Waitzkin H.: A critical theory of medical discourse. Ideology, social control and the processing of social context in medical encounters. *Journal of Health and Social Behaviour* 1989: 30, s. 220-239.
- Waitzkin H.: Medicine, superstructure and micropolitics. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 1979: 13, s. 601-609.
- Waitzkin H.: The Social Origins of Illness: *A Neglected History. International Journal of Health Services* 1981, t.1, nr 1, s. 77-103.
- Weindling, P.: Medicine and modernization: The social history of German health and medicine. *History of German Health and Medicine. History of Science* 1986, nr 24, s. 277-301.
- Wieczorek T.: Triangulacja metod w badaniach społecznych, *Zagadnienia Społeczne* 2014, nr 1 (1), s. 50-61.
- Wieczorkowska M.: Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykalizacji – zarys problematyki. *Przegląd Socjologiczny* 2017, t. 1, s. 33-51.
- Wieczorkowska M.: Zdrowie i choroba w sieci- o przejawach i konsekwencjach popularyzacji wiedzy medycznej w Internecie. *Człowiek i Społeczeństwo* 2015, T. XL, s. 137-155
- Winnicka E: *Odchodzi baba od lekarza. „Polityka”* 2002, 40.
- Wiorogórska Z.: Teoria ugruntowana i jej wybrane zastosowania w badaniach z zakresu informacji naukowej i bibliotekoznawstwa, *Przegląd biblioteczny* 2012, z. 1, s. 47-57.
- Włodarczyk A.: Podejście obiektywistyczne i konstrukcjonistyczne w badaniu problemów społecznych w kontekście badania wykorzystywania seksualnego dzieci w Polsce. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2019, t. 18, nr 4, s. 9-35.
- Wójta- Kempa M.: Samoleczenie: medykalizacja czy demedykalizacja? Granice władzy medycyny. *Przegląd Socjologiczny* 2017, nr 1, s. 83-105.
- Zakrzewska-Manterys E.: Odteoretycznianie świata społecznego. Podstawowe pojęcia teorii ugruntowanej, *Studia Socjologiczne* 1996, t. 1, nr 140, s. 5-25.
- Zboroń H.: Konstruktywizm społeczny- nowe teoretyczne podejście w badaniach nad gospodarką, *Prakseologia* 2009, nr 149, s. 63-87.
- Zduniak A.: Założenia fenomenologiczne i konstruktywistyczne jako podstawy teorii komunikacji w socjologii religii. *Zeszyty Naukowe KUL* 60 (2017), nr 2 (238), s. 283-302.
- Zwierzyński M. K.: Konstruktywizm a konstrukcjonizm, *PRINCIPIA* 2012, nr 56, s. 117-135.
- Zwierzyński M. K.: Teorie konstruowania w socjologii, *PRINCIPIA* 2012, nr 56, s. 23-41.

Zybertowicz A.: Konstrukttywizm jako orientacja metodologiczna w badaniach społecznych. *ASK* 1999, nr 8, s. 7-28.

Żórawska J., Morawski A., Trnka J., i in.: Aspekty bioetyczne medycyny niekonwencjonalnej w praktyce lekarza rodzinnego. *Acta Universitatis LODZIENSIS, Folia Sociologica* 30, 2003, s. 143-150.

Dokumenty urzędowe, komunikaty, raporty z badań

Art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89.

CBOS: *Horoskopy, wróżby, talizmany - czyli magia wokół nas - Raport z badań*. BS/133/2011. Warszawa, październik 2011.

CBOS: *Leczenie się domowymi sposobami. Komunikat z badań CBOS*. BS/52/52/98. Warszawa, kwiecień 1998.

CBOS. M. Feliksiak (oprac.), *Komunikat z Badań NR 148/2016. Zdrowie online*, Warszawa, listopad 2016.

Co robi chory Polak, Raport z badań, OBOP, Warszawa, luty 1996.

Gujski M., Kalbarczyk W. P., Tytko Z., i in.: *Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa- analiza i rekomendacje*. Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.

Rocznik Statystyczny GUS, Warszawa 1997.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków. Dz. U. Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U.2021.1977

Źródła internetowe

Boczkowski A.: Badania ilościowe i jakościowe w socjologii. Między separacją epistemologiczną a praktyczną komplementarnością, *Rocznik Nauk Społecznych* 2018, nr 10(46), nr 4, s. 63-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.18290/rns.2018.46.4-4>

Brodziak A., Kukowska G., Lejman K., Sobczuk P.: *Stan prawny i rozwiązania legislacyjne dotyczące medycyny alternatywnej i komplementarnej na świecie*. Polska Liga Walki z Rakiem, Warszawa 2018, s. 42-43. <https://issuu.com/pawesobczuk/docs/onkogrant> /dostęp 20.12.2022/

Broom D., Woodward R.: Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care. *Sociology of Health & Illness* 1996: 18(3). s. 357-378. /dostęp 10.09.2020/

Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?
<https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
/dostęp 26.11.2021/

Döringer S.: The Problem-Centred Expert Interview. Combining Qualitative Interviewing Approaches for Investigating Implicit Expert Knowledge, *International Journal of Social Research Methodology* 2021 (3), s. 265-266. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1766777>. /dostęp 10.11.2022/

Dziennik. Gazeta Prawna: *Znachor z Nowego Sącza winny śmierci dziewczynki; sąd podtrzymał wyrok*. 20.06.2018 <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/1143267,znachor-z-nowego-sacza-winnym-smierci-dziewczynki.html> /dostęp 12.12.2021/

Encyklopedia PWN, hasło: “*medycyna*”.
<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/medycyna;3939269.html> /dostęp 1.05.2022/

Fisher P.: Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal* 1994, t. 309: 107- 111. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6947.107> /dostęp 20.10.2021/

Frank R., Stollberg G.: Ayurvedic patients in Germany. *Anthropology & medicine* 2002, t.9, nr 3, 223-244. doi: [10.1080/13648470216332](https://doi.org/10.1080/13648470216332) /dostęp 2.11.2022/

Garapich A.: *Internet a decyzje zakupowe – rola Internetu w procesie zakupu leków i preparatów zdrowotnych*, Warszawa 2011, <http://www.pbi.org.pl/> /dostęp 2.04.2023/

GUS: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, Warszawa 2018
<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r,2,6.html>, s. 35 /dostęp 3.04.2023/

GUS: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*, Kraków 2022.
<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2020-r,2,7.html> /dostęp 3.04.2023/

Historia Polskiego Towarzystwa Akupunktury. <https://www.akupunktura.org/o-pta> /dostęp 27.01.2022/

Internetowa Encyklopedia PWN hasło: “*konstrukcjonizm społeczny*”.
<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/konstrukcjonizm-spoeczny;3925255.html> /dostęp 10.08.2020/

Jedynak M.: *Wiedza i umiejętności jako elementy składowe kompetencji menedżerskich*, [w:] Z. Nęcki, M. Kęsy (red.), *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*. Kraków 2013.
https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/1870/jedynak_wiedza_i_umiejetnosci_jako_elementy_skladowe_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y /dostęp 10.08. 2020/

Karpieszuk W.: *Znachor z Uniwersytetu. Leczył raka sokiem z buraka*. 24.06.2017
<https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,22002330,znachor-z-universytetu-leczy-raka-sokiem-z-buraka.html> /dostęp 8.12.2021/

Kaźmierczak A.: *Lek roślinny w ofercie lecznictwa niemedycznego ze szczególnym uwzględnieniem terapii nowotworów*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka, K. Sudoł (red.), *Lek roślinny, t. 2, Leki roślinne w terapii od czasów starożytnych po współczesne. Zagadnienia teoretyczne i praktyczne*, Wrocław 2013.
https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/4166/349_Leklek%20roslinny%20%20do%20k%20or.pdf?sequence=1 /dostęp 12.11.2020/

Kodeks Etyki Lekarskiej https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf /dostęp 7.12.2021/

Kodeks Etyki praktyka terapii naturalnych <https://zenreiki.szkoła.pl/kodeks-etyki-praktyka-terapii-naturalnych/> ISBN: 978-83-942986-5-4 /dostęp 15.11. 2022/

Konarska I.: *Pan Jerzy Zięba nie jest znachorem orzekł sąd*. Termedia 28.10.2021 <https://www.termedia.pl/mz/Pan-Jerzy-Zieba-nie-jest-znachorem-orzekl-sad,44190.html> /dostęp 21.04.2022/

Konecki K.: Triangulation and dealing with realness of qualitative research, *Qualitative Sociology Review* 2008, t. 4, nr 3, s.7-28. <https://doi.org/10.18778/1733-8077.4.3.02> /dostęp 11.10.2022/

Magierowski M. *Dobór próby*. <http://researchonline.pl/baza/czytaj/podkategoria/42> /dostęp 13.12.2022/

Maj A.: *Konstruktywizm społeczny jako ideologia społeczeństwa sieciowego*. Tekst został wygłoszony na konferencji „Oblicza komunikacji 2: Ideologie w słowach, gestach i obrazach”, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 16–17 kwietnia 2007. /dostęp 14.08.2020/

Mechanic D.: Policy, Politics, Health, and Medicine: A Marxist View, *HEALTH AFFAIRS* 1990, t. 9, nr 4, s. 213-215. <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.9.4.213> /dostęp 6.09.2020/

Medycyna komplementarna i alternatywna, [w:] *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia. Polska 2012*. (red.) S. Golinowska, Warszawa 2012 <https://akademia.nfz.gov.pl/zarys-systemu-ochrony-zdrowia-polska-2012/?lang=en> /dostęp 27.01.2022/

Murphy D.: *Concepts of Disease and Health*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* 2008, <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>. /dostęp 15.07.2020/

Murphy D.: *Concepts of Disease and Health*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* 2008. cit. per L. Reznek: *The Nature of Disease*. Routledge, New York 1987. <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/> /dostęp 15.07.2020/

Navarro V.: Professional Dominance or Proletarianization?: Neither, *The Milbank Quarterly* 1988, t. 66, s. 57–75. JSTOR, www.jstor.org/stable/3349915. /dostęp 8.09.2020/

Newsweek: *Witamina C na raka. Bo „żadna chemia nie poradzi”*. *Byliśmy na wykładzie Jerzego Zięby*. 5.11.2018 <https://www.newsweek.pl/witamina-c-na-raka-bo-zadna-chemia-nie-poradzi-byalismy-na-wykladzie-znachora-jerzego/e9de5dg> /dostęp 8.12.2021/

Nowy kierunek studiów: medycyna alternatywna. PoDyplomie.pl 2019 <https://podyplomie.pl/aktualnosci/05975,nowy-kierunek-studiow-medycyna-alternatywna> /dostęp 28.01.2022/

Obojska L.: *Mereologia a klasyczna teoria zbiorów*. Instytut Matematyki i Fizyki, UPH w Siedlcach, s. 31- 36. <http://www.mp.uph.edu.pl/images/archiwum/2016/31-36.pdf> /dostęp 20.10. 2021/.

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000537/T/D20190537L.pdf> /dostęp 16.12.2021/

Okólska K.: Teoretyczne nasycenie w badaniach wykorzystujących procedury metodologii teorii ugruntowanej- z doświadczeń młodego badacza, *Parezja* 2/2020 (14), S. 51-63.
doi:10.15290/parezja.2020.14.07 doi:10.15290/parezja.2020.14.07 /dostęp 8.12.2022/

Orzechowski H.: *Witamina C za 140 zł. Jak robi biznes Jerzy Zięba*. 01.08.2018
<https://www.money.pl/archiwum/wiadomosci/arttykul/jerzy-zieba-witamina-c,30,0,2412318.html>
/dostęp 21.04.2022/

Piasecka J.: „Jerzy Zięba nie jest znachorem”. Sąd pierwszej instancji ogłosił wyrok w sprawie, którą Zięba wytoczył poznańskiemu wydawnictwu Termedia. *Głos Wielkopolski* 29.10.2021
<https://gloswielkopolski.pl/jerzy-zieba-nie-jest-znachorem-sad-pierwszej-instancji-oglosil-wyrok-w-sprawie-ktora-zieba-wytoczyl-poznanskiemu-wydawnictwu/ar/c1-15877369> /dostęp 23.04.2022/

Piórkowski P. D.: *Autorytety. Idole, pozory, eksperci i celebryci*. Wydawnictwo Witonet, 2016, s. 32-33.
<https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/3903/Pawel%20Dariusz%20Piorkowski%20-%20Autorytety.%20Idole,%20pozory,%20ekspert%20i%20celebryci.pdf?sequence=1> /dostęp 1.07.2022/

Prawo.pl: Odpowiedzialność na podstawie Kodeksu Etyki Lekarskiej za stosowanie niezgodnych z zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej terapii.
01.06.2011 <https://www.prawo.pl/zdrowie/odpowiedzialnosc-na-podstawie-kodeksu-etyki-lekarskiej-za-stosowanie-niezgodnych-z-zapisami-kodeksu-etyki-lekarskiej-terapii,237040.html>
/dostęp 15.11.2021/

Rak Znika W 42 Dni? Przepis Na Sok, Co Wyleczył Ponad 45 Tysięcy Osób- Wierzyć W To?
<https://www.warsztatdobregoslowa.pl/rak-znika-w-42-dni-przepis-na-sok-co-wyleczyl-ponad-45-tysiecy-osob-wierzyc-w-to/> 1.07.2021 /dostęp 21.04.2021/

Riegler, A.: *The Key to Radical Constructivism*. 2003.
<http://www.univie.ac.at/constructivism/key.html> /dostęp 10.08.2020/

Riegler, A.: Towards a Radical Constructivist Understanding of Science. *Foundations of Science*, special issue on "The Impact of Radical Constructivism on Science" 2001, t. 6, nr 1, s. 1-30. /dostęp 10.08.2020/

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2003 r. w sprawie wykazu ponadpodstawowych świadczeń zdrowotnych.
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20030620575/O/D20030575.pdf> /dostęp 26.01.2022/

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego.
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001997/O/D20151997.pdf> /dostęp 27.01.2022

Rzeczpospolita: *Nieoficjalnie: lukasz mejza wezwany przez CBA. Terlecki: niech się zawiesi*. 9.12.2021 <https://www.rp.pl/polityka/art19181631-nieoficjalnie-lukasz-mejza-wezwany-przez-cba->

terlecki-niech-sie-zawiesi /dostęp 10.12.2021/

Saxe J.G.: *The Blind Men and the Elephant. The poems of John Godfrey Saxe.* James. R. Osgood and Company, Boston 1873. https://cdnsm5-ss13.sharpschool.com/UserFiles/Servers/Server_297524/File/Staff%20Directory/Mrs%20Bonds%20Library%20Site/Classroom%20Resources/Speech/saxe%20-%20the%20blind%20men%20and%20the%20elephant.pdf /dostęp 27.03.2023/

Słownik Języka Polskiego, hasło: „*alternatywny*”. <https://sjp.pwn.pl/sjp/alternatywny;2439766.html> /dostęp 29.11.2021/

Słownik Języka Polskiego: *przedrostek „para”*. <https://sjp.pwn.pl/sjp/para;2498153.html> /dostęp 7.12.2021/

Słownik Języka Polskiego: hasło: „*podwójne przeczenie*”
<https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/Podwojne-przeczenie;16550.html> /dostęp 23.11.2020/

Słownik języka polskiego PWN, hasło: „*ekspert*”. <https://sjp.pwn.pl/sjp/ekspert;2556241> /dostęp 10.11.2022/

Stanowisko Nr 7/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach.
http://www.oil.org.pl/res/img/img/nil/gazeta/biuletyn/r2008/4_2008.pdf /dostęp 26.01.2022/

Stempień J., Rostocki W.: Wywiady eksperckie i wywiady delfickie w socjologii- możliwości i konsekwencje wykorzystania. Przykłady doświadczeń badawczych, *Przegląd Socjologiczny* 2013, 63 (1), s. 89. http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-ef6c72c2-5e31-409f-b72f-64767acaeed/c/J._Stempien_W._Rostocki.pdf /dostęp 13.07.2021/

Student medycyny: „pokonaj raka sokiem z buraka”. <https://www.rynekapteki.pl/pogodzinach/student-medycyny-pokonaj-raka-sokiem-z-buraka,20800.html> /dostęp 21.04.2021/

Szarkowska E.: „*Uzdrowiciele*” w ciągłym natarciu. 4.10.2017 <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-102017/uzdrowiciele-w-ciaglym-natarciu/> /dostęp 27.01.2022

Tomaszczyk J.: *Taksonomia jako narzędzie organizacji informacji*.
http://bbc.uw.edu.pl/Content/1789/z2007_1_04.pdf /dostęp 20.10.2021/

Ustawa o zawodzie lekarza
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj.pdf> /dostęp 7.12.2021/

Waitzkin H., Waterman B.: Social Theory and Medicine, *International Journal of Health Services* 1976, t. 1, s. 9-23. <https://doi.org/10.2190/2GPG-B2A3-6PCK-NXAB> /dostęp 10.09.2020/

Wesołowska A.: *Izba Lekarska kontra homeopaci- 1:0*. Termedia.
<https://www.termedia.pl/mz/Naczelna-Izba-Lekarska-kontra-homeopaci-1-0,27273.html> /dostęp 26.01.2022/

Wieland S. L., Manheimer E., Barman B. M.: Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration, *Alternatives Therapy and Health Medicine* 2011, t. 17, nr 2, s. 50–59. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196853/pdf/nihms329166.pdf> /dostęp 21.11.2020/

Wojciechowski P.: *Uzdrowiciel z Kaszub, były działacz PSL, zatrzymany przez policję. Twierdził, że ma lek na koronawirusa*. 20.04.2020
<https://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/7,35612,25903325,uzdrowiciel-z-kaszub-byly-dzialacz-psl-zatrzymany-przez-policje.html> /dostęp 9.12.2021/

Wroński P.: *Łukasz Mejza traci stanowisko w rządzie*. Wyborcza.pl 22.12.2021
<https://wyborcza.pl/7,75398,27941480,lukasz-mejza-traci-stanowisko-w-rzadzie.html> /dostęp 26.04.2022/

Wykaz głównych specjalizacji lekarskich i lekarskich specjalizacji szczegółowych.
https://old.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0007/109897/Zalacznik-1-i-2-Lista-specjalizacji-i-umiejetnosci-.pdf /dostęp 27.01.2022/

Zięba J.: *o mnie*. <https://jerzyzieba.com/o-mnie> /dostęp 21.12.2021/

Żaczkiewicz-Zborska K.: *SN: medycyna alternatywna będzie zawsze karana*. 09.02.2018 Prawo.pl:
<https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/sn-medycyna-alternatywna-bedzie-zawsze-karana,73830.html> /dostęp 9.12.2021/

ANEKS

I. Kwestionariusz wywiadu eksperckiego

1. Proszę o przedstawienie kontekstu i sposobu (formy) Pana/i pracy w obszarze leczenia niemedyceznego/ medycyny alternatywnej i komplementarnej (CAM). Szczególnie interesuje mnie długość stażu pracy, najczęściej stosowane metody w pracy z pacjentem.
2. Jaka jest Pana/i ogólna ocena efektywności pracy w obszarze leczenia niemedyceznego/medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM)?
3. W jaki sposób, biorąc pod uwagę całokształt doświadczenia zawodowego, definiuje Pan/i „leczenie niemedycezne/medycynę komplementarną i alternatywną” (CAM), oraz terminy: zdrowie, choroba?
4. Jak jest postrzegana Pana/ią praktyka przez pracowników ochrony zdrowia (w tym lekarzy)?
5. Jakie są najczęstsze przyczyny korzystania z metod leczenia niemedyceznego/medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM) przez pacjentów?
6. Jakie Pana/i zdaniem mogą wystąpić skutki korzystania z leczenia niemedyceznego/ medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM)? Proszę przedstawić możliwe szanse i zagrożenia dla pacjenta oraz całego procesu leczenia.
7. Czy podczas zdobywania przez Pana/ią doświadczeń zawodowych następowały zmiany w sposobie postrzegania leczenia niemedyceznego/medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM)? Jeśli tak to na czym polegały te zmiany?
8. Jaka według Pana/i opinii jest relacja leczenia niemedyceznego/ medycyny komplementarnej alternatywnej (CAM) z medycyną akademicką?

9. Jak według Pani/Pana opinii będzie się kształtowała przyszłość leczenia niemedycznego/medycyny alternatywnej i komplementarnej (CAM) w Polsce?
10. Jaki rodzaj relacji, związków i zależności między medycyną akademicką a leczeniem niemedycznym/medycyną komplementarną i alternatywną (CAM) byłby przez Pana/ią najbardziej korzystny, optymalny, dlaczego?

II. Oznaczenie praktyków uczestniczących w wywiadach eksperckich

Wywiad nr 1 [P01] – zielarz-fitoterapeuta, naturopata,

Wywiad nr 2 [P02] – informoterapeuta, homeopata,

Wywiad nr 3 [P03] – pielęgniarka, terapeuta medycyny zintegrowanej,

Wywiad nr 4 [P04] – naturoterapeuta,

Wywiad nr 5 [P05] – irydolog, psychodietetyk, fitoterapeuta, homeopata,

Wywiad nr 6 [P06] – terapeuta medycyny integracyjnej/terapii naturalnych,

Wywiad nr 7 [P07] – praktyk terapii manualnej, chiropraktyki,

Wywiad nr 8 [P08] – terapeuta konopny, lekarz, w swojej praktyce wykorzystuje leczenie ozonem.

III. Oznaczenie ekspertów uczestniczących w wywiadach eksperckich

Wywiad nr 1 [E01] – ekspert w obszarze psychologii,

Wywiad nr 2 [E02] – ekspert w obszarze historii medycyny,

Wywiad nr 3 [E03] – ekspert w obszarze antropologii.

IV. Spis ilustracji

Rycina 1 Dobór próby ekspertów- osób, które w pracy naukowej badają leczenie niemedyczne/medycynę komplementarną i alternatywną (CAM) przy pomocy metody kuli śniegowej. 119

