

Iwona Taranowicz, *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010, ss. 312.

Książka dr hab. Iwony Taranowicz pt. *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna* wydana przez Oficynę Wydawniczą Arboretum, Wrocław 2010, składa się ze wstępu, dziewięciu rozdziałów, zakończenia, bibliografii oraz aneksu z tabelami charakteryzującymi badaną próbę.

Socjologiczna analiza kwestii zdrowotnych jest powrotem do klasycznego sporu o relacje i granice między kulturą a naturą. To także możliwość ukazania płynności i braku jednoznaczności we współczesnym społeczeństwie oraz w jego modelach wiedzy potocznej opisującej zjawiska zdrowia, natury i życia ludzkiego. DOXA dotycząca kondycji zdrowia, kreowana i utrwalana przez media w społeczeństwie konsumpcyjnym, łączy w szczególny sposób wymiar społeczny z wymiarem biologicznym. Z jednej strony rozszerza wpływy i znaczenie czynników kulturowych i społecznych, a z drugiej redukuje zjawisko zdrowia z poziomu makrospołecznego do jednostkowego, czyniąc z problemu publicznego jedynie prywatne zmartwienie pojedynczej jednostki. Ta swoista prywatyzacja i indywidualizacja działań na rzecz zdrowia zgodna jest z refleksjami i obserwacjami wielu teoretyków — w tym Ulricha Becka, na którego powołuje się autorka. O ile jednak kwestia zdrowia to już nie tylko sprawa daru od losu, natury czy Boga, o tyle kondycja zdrowotna poszczególnych osób przestaje być w warunkach społeczeństwa rynkowo-konsumpcyjnego także sprawą odpowiedzialności całego społeczeństwa czy zbiorowości, w której żyje człowiek, a staje się tylko wynikiem prywatnych praktyk i zasobów pojedynczej jednostki. Czy koncepcja Ulricha Becka opisującego konsekwencje społeczno-kulturowego przejścia od społeczeństwa nowoczesnego do ponowoczesnego pasuje do opisu społeczeństwa polskiego? Może to stanowić temat sporów akademickich. Z pewnością jednak przedmiot badań i obserwacji autorki stanowią jak najbardziej aktualne problemy społeczne. A sfera praktyk związanych ze zdrowiem może być dobrym pretekstem i przestrzenią obserwacyjną do przemian kulturowo-ideologicznych. Mimo to szkoda, że na poziomie formułowania pytań badawczych nie pojawił się u autorki pewien krytyczny dystans społeczny i nieco więcej — mówiąc językiem Millsa — elementów wyobraźni socjologicznej pozwalającej łączyć opis poziomu działań jednostki z kontekstem makrospołecznym. Trudno bowiem nie zgodzić się, że z jednej strony prywatyzacja sfery publicznej w polskich warunkach następuje dość szybko, z drugiej strony społeczeństwo polskie wciąż mocno tkwi w strukturach tradycjonalizmu i konserwatyzmu. Jedno zatem z pytań omawianej pracy na poziomie metasocjologicznym mogłoby brzmieć: Czy możliwe jest przejście od praktyk przednowoczesnych do ponowoczesnych bez odrobienia lekcji nowoczesności i europejskiego Oświecenia? Akurat praktyka działań związanych z polityką zdrowotną w Polsce świetnie nadaje się do takich rozważań.

Autorka, ukazując zmiany paradygmatu w prowadzeniu polityki zdrowotnej, odwołuje się do wyników badań, które przeprowadziła samodzielnie. Jak możemy przeczytać w rozdziale V, zrealizowano dwa pomiary na reprezentatywnej, losowo dobranej próbie mieszkańców Wrocławia. Ograniczenie badanej populacji tylko do mieszkańców Wrocławia nie pozwala formułować opinii w odniesieniu do całego społeczeństwa polskiego,

a nawet do jego wielkomiejskiej części. Albowiem specyfika społeczno-kulturowa mieszkańców Wrocławia — jak pokazuje wiele badań — wyróżnia często wrocławską społeczność lokalną spośród trendów występujących na poziomie całego kraju. Autorka jest świadoma tego ograniczenia próby badawczej. Można jednak się zastanowić, czy próba 384 respondentów pozwala na dokładne korelacje poszczególnych zmiennych. Przy tego typu wątpliwościach zawsze warto uzupełniać dane ilościowe informacjami uzyskanymi w badaniach jakościowych (np. w wywiadach pogłębionych czy wywiadach fokusowych), które pozwalają ukazać i wyjaśnić znaczenie poszczególnych stwierdzeń dla respondentów — na przykład co oznacza dla badanych opinia, że „państwo” lub też „oni sami są odpowiedzialni za zły stan zdrowia”.

Przy każdej analizie socjologicznej ukazanie zależności między wymiarem kulturowym a zmiennymi strukturalnymi wymaga ścisłego zdefiniowania kryterium różnicowania społecznego. Autorka posługuje się pojęciem kapitału, który różnicuje poszczególne jednostki. Jak twierdzi, za podstawowe wskaźniki kapitału przyjmuje dochód, pozycję na rynku pracy, wykształcenie, wiek i stan zdrowia. Odwołując się do koncepcji Pierre’a Bourdieu, warto byłoby jednak ściśle zdefiniować kapitał kulturowy, kapitał społeczny i kapitał ekonomiczny. Należy pamiętać, że u Bourdieu różnice klasowe będące wyrazem odmiennych zasobów kapitału ekonomicznego i kulturowego wyrażają się przede wszystkim w różniących się praktykach społecznych. Odmienne relacje względem już nie tylko środków produkcji, ale możliwości korzystania na przykład z różnych form opieki zdrowotnej świetnie mogłoby ukazać klasowe uwarunkowanie strategii zdrowotnych. Stąd też brakuje w badaniach bezpośrednich pytań o różnorodne strategie docierania do opieki zdrowotnej — na przykład różnicowanie między korzystaniem z pomocy publicznej służby zdrowia i prywatnych ośrodków zdrowia, różnic w wielkości wydawanych środków finansowych na leczenie, częstości korzystania z pomocy lekarzy specjalistów czy też liczby przeprowadzanych odpłatnych badań kontrolnych. Praktyka społeczna zawsze lepiej niż głoszone deklaracje ukazuje dyferencjację społeczeństwa.

Wówczas też lepiej można dostrzec powiązanie indywidualnych praktyk z kontekstem uwarunkowań makrostrukturalnych — powiązanie poziomu jednostkowego i systemowego jest w takiej perspektywie w pełni widoczne.

Interesująca w pracy dr Iwony Taranowicz jest próba ukazania kulturowego uwarunkowania przyjmowanych przez ludzi strategii zdrowotnych w kontekście odmiennych typów uznawania kultury. Autorka — korzystając z koncepcji Wojciecha Sitka — prezentuje różne sposoby budowania wiedzy o zdrowiu, w zależności od prezentowanego typu kultury (kultury racjonalnej lub kultury autorytetu). Warto byłoby w tym fragmencie odwołać się do teorii R. Ingleharta (o którym autorka wspomina w swojej pracy) i ukazać, w jaki sposób poszczególne typy uznawanych wartości (przedmaterialistyczne, materialistyczne i postmaterialistyczne) wpływają na postawy i działania wobec zdrowia.

Choć autorka w bibliografii przytacza książkę M. Foucaulta *Narodziny kliniki*, to w pracy brakuje choćby małego fragmentu poruszającego wątek relacji władzy w kontekście polityki zdrowotnej czy też politycznego wymiaru debaty publicznej na temat strategii zdrowotnych. A przecież biopolityka rozumiana przez Foucaulta jako regulacja życia populacji w celu wzmocnienia jej użyteczności ekonomicznej i politycznej to element polityki zdrowotnej każdego państwa — liczebna, generująca bogactwo i zdrowa ludność stanowiła, w interpretacji francuskiego myśliciela, o sile państwa w sensie ekonomicz-

nym, militarnym i politycznym. Dzisiejsze polskie debaty wokół wyzwań demograficznych związanych z długością życia i liczbą urodzin w kontekście systemu emerytalnego, odpłatności za pomoc zdrowotną czy też propagowanie tak zwanego zdrowego stylu życia to odbicie biowładzy, o której Foucault pisał, że „była, próżno w to wątpić, niezbędnym elementem rozwoju kapitalizmu — mógł on przetrwać jedynie za cenę kontrolowanego wtłoczenia ciał w aparat wytwórczy i dostosowania zjawisk populacyjnych do procesów ekonomicznych”.

Piotr Żuk

Magdalena Arczewska, *Społeczne role sędziów rodzinnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009, ss. 212.

Wyniki badań ośrodków opinii publicznej od wielu lat wskazują, że sądy i prokuratura cieszą się dużo mniejszym zaufaniem społeczeństwa niż policja. Jednocześnie w tych samych publikacji wynika, że krytyczny stosunek osób i instytucji do wymiaru sprawiedliwości nie jest związany z rzeczywistą wiedzą badanych w tym zakresie. Polacy często nie potrafią wskazać, czym różni się praca adwokata od pracy radcy prawnego, a tym bardziej od zadań służbowych sędziego lub prokuratora. Niniejszy tom *Forum* poświęcony jest edukacji, a kształcenie przyszłych sędziów, nie tylko rodzinnych, od czasu wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 24 października 2007 r.¹ podlega bezustannym zmianom. Jednocześnie osoby, które zdobyły już konieczne uprawnienia w tym zakresie, nie mają szans nie tylko na awans zawodowy w sądach, lecz także na zdobycie jakiegokolwiek stanowiska sędziego. Najlepszym z nich pozostają etaty referendarzy sądowych w przypadkowych wydziałach, w sądach często odległych od miejsca zamieszkania.

Autorka książki specjalizuje się w polityce społecznej oraz w problematyce trzeciego sektora. Należy do Międzynarodowego Stowarzyszenia Sędziów Rodzinnych, jest doktorem socjologii i prawnikiem. Recenzowana książka została przygotowana na podstawie rozprawy doktorskiej autorki, zrealizowanej pod kierunkiem prof. dr hab. Józefy Hryniewicz i nagrodzonej przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.

W pierwszej części pracy (rozdziały I i II) przeprowadzona jest analiza teoretyczna koncepcji roli społecznej oraz historyczne studium sądownictwa rodzinnego w Polsce. Część druga (rozdział III) stanowi swoistą analizę danych wtórnych, wykorzystującą obowiązujące akty prawne. Na ich podstawie autorka dokonuje własnych klasyfikacji ról społecznych współczesnych sędziów rodzinnych, wyodrębniając i nazywając cztery typy (koordynator, kontroler, mediator i ekspert). W części trzeciej (rozdział IV) usystematyzowane zostały wyniki badań własnych autorki przez weryfikację skonstruowanych wcześniej ról społecznych sędziów rodzinnych. Na podstawie wywiadów swobodnych z respondentami oraz z ekspertami wyodrębniona została dodatkowa rola sędziego rodzinnego — partner rodziny. Niektóre wyodrębnione na podstawie aktów prawnych role wydają się jedynie fikcją prawną, której brakuje spójności z rzeczywistością społeczną.

¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 października 2007 r. (sygn. K. 7/06).