

STRESZCZENIE

rozprawy doktorskiej mgr Marty Hoffmann **pt. *Medykalizacja jako narzędzie budowania pozycji międzynarodowej WHO***

W rozprawie doktorskiej postawiony został problem roli opisywanego szeroko w socjologii medycyny procesu medykalizacji w międzynarodowych działaniach Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO). Ze względu na niewielką liczbę publikacji naukowych poświęconych medykalizacji w stosunkach międzynarodowych, głównym celem zaprezentowanych w rozprawie badań było opisanie mechanizmów medykalizowania stosowanych przez ekspertów WHO względem trzech wybranych kwestii zdrowotnych, analiza efektów tejże medykalizacji dla współpracy Organizacji z jej państwami członkowskimi, a następnie udzielenie odpowiedzi na pytanie o rolę tego procesu w budowaniu międzynarodowej pozycji WHO.

Pierwszy rozdział stanowi wprowadzenie do tematu i opisuje wybrane refleksje socjologiczne i filozoficzne poświęcone zdrowiu i chorobie jako pojęć definiowanych przez pryzmat nauk społecznych. Na potrzeby dalszego toku rozprawy niezbędne było przytoczenie prac Talcotta Parsonsa w odniesieniu do tzw. społecznej roli chorego. Wyliczone przez niego cechy charakteryzujące funkcjonowanie chorego w społeczeństwie były bazą dla stworzenia kategorii analitycznych stosowanych w dalszej części pracy. Aby zarysować różnicę pomiędzy „chorym” a „pacjentem” oraz by wskazać na społeczne konsekwencje uznania osoby za chorą przypomniane zostały też prace Ervinga Goffmana, który podał w wątpliwość obiektywizm diagnozy lekarskiej. Kolejnym elementem socjologicznego tła rozprawy jest pojęcie „społeczeństwa ryzyka” stworzone przez Anthony’ego Giddensa i Ulricha Becka. Według badaczy subiektywnie odczuwana konieczność zapewniania sobie bezpieczeństwa od choroby oraz częste kontrolowanie swojego stanu zdrowia są istotnymi wymiarami współczesności. Rozdział kończy przypomnienie pojęcia biopolityki autorstwa francuskiego filozofa, Michela Foucaulta, w związku z tym, że stosowana w rozprawie koncepcja medykalizacji może być traktowana jako naukowa konceptualizacja „biopolitycznego urzędowania” i „klinicznego spojrzenia”.

Drugi rozdział ma charakter metodologiczny i rozpoczyna się scharakteryzowaniem konstruktywistycznej ramy teoretycznej przyjętej na potrzeby rozprawy oraz pojęcia medykalizacji wywodzącego się z socjologii medycyny. Aby należycie przeanalizować rolę tego procesu w międzynarodowych działaniach WHO niezbędne było odwołanie się, z jednej

strony, do konstruktywistycznych studiów nad tzw. wspólnotami epistemicznymi, a z drugiej, do nurtu poświęconego tworzeniu się i ewolucji międzynarodowych norm. W rozdziale zaprezentowany został także główny problem badawczy jakim było ustalenie roli medykalizacji dla budowania międzynarodowej pozycji WHO oraz uwarunkowań jej zastosowania. Bazując na założeniu, iż w sytuacji braku możliwości oddziaływania na państwa siłą przymusu, międzynarodowi aktorzy wykorzystują tzw. *soft power*, czyli zdolność wpływania na preferencje innych aktorów, główna hipoteza postawiona w rozprawie mówi, iż Światowa Organizacja Zdrowia wykorzystuje medykalizację jako narzędzie ogniskowania międzynarodowej uwagi wokół różnych problemów zdrowotnych na świecie. Celem rozprawy był zatem opis mechanizmów medykalizowania, efektów ich zastosowania oraz ustalenie czynników sprzyjających medykalizowaniu problemów w działalności WHO. W rozdziale scharakteryzowana została także zastosowana metoda komparatywnej analizy przypadków polegająca na szczegółowym opisanu dwóch polityk szczegółowych WHO (polityka antytytoniowa oraz zdrowie psychiczne), w których realizacji zastosowana została medykalizacja oraz jednej polityki (problem starzenia się społeczeństw), w której zamiast medykalizacji zastosowana została inna orientacja, zwana heltystyczną. Materiał badawczy stanowiły, z jednej strony, dokumenty oraz techniczne publikacje wytworzone przez odpowiednie Departamenty WHO, za pomocą których można było opisać medykalizację w wymiarze językowym, a z drugiej, informacje o programach, inicjatywach i kampaniach podejmowanych przez wspólnoty epistemiczne pracujące w tych departamentach w celu urzeczywistnienia tych językowych konstruktów.

W trzecim rozdziale zaprezentowane zostały historia, struktura oraz główne funkcje Światowej Organizacji Zdrowia. Streszczenie uwarunkowań politycznomiędzynarodowych, w których powstała WHO było potrzebne by przedstawić długotrwałe wysiłki państw aby stworzyć podstawy międzynarodowej współpracy zdrowotnej, których zwieńczeniem było powstanie Organizacji. Bazując na Konstytucji WHO oraz na znalezionych w Archiwach WHO dokumentach źródłowych scharakteryzowana została jej trójpoziomowa struktura działania opierająca się na poziomie globalnym, regionalnym i krajowym, a także funkcje programujące, normatywne, integrujące, doradcze, operacyjne i promocyjne. W rozdziale poruszone też zostały problemy budżetowe WHO, które sprawiają, że nie jest ona w stanie wypełniać swojego szerokiego mandatu w dziedzinie ochrony zdrowia w sposób efektywny, a także scharakteryzowane zostały główne źródła dochodów budżetowych Organizacji.

Czwarty rozdział charakteryzuje pierwszy z wybranych przypadków, czyli politykę antytytoniową Światowej Organizacji Zdrowia. Na początku opisany zostaje historyczny kontekst jej powstania związany przede wszystkim z opublikowaniem raportu Lekarza Federalnego Stanów Zjednoczonych z 1964 r. pt. *Smoking and Health*, w którym po raz pierwszy w historii opisany został empiryczny związek pomiędzy paleniem a zapadalnością na nowotwory płuc. Główny zwrot w tej polityce WHO nastąpił w latach 80. i 90. XX w., kiedy to wspólnota epistemiczna nastawionych antytytoniowo ekspertów z całego świata zaczęła dążyć do ustanowienia międzynarodowego i prawnie wiążącego aktu regulującego obecność tytoniu w międzynarodowym obrocie handlowym. Wysiłki te przyniosły efekt pod koniec lat 90., kiedy to doszło do uchwalenia tekstu Ramowej Konwencji ds. Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (ang. *Framework Convention on Tobacco Control*, FCTC), która weszła w życie w roku 2003. Konceptualny wymiar medykalizacji sprowadzał się w tym wypadku do stworzenia międzynarodowego dyskursu, w którym jest mowa nie tylko o „epidemii tytoniowej”, która corocznie doprowadza do śmierci milionów osób, ale także o przemyśle tytoniowym będącym głównym jej sprawcą. Instytucjonalny, czyli praktyczny wymiar medykalizacji oznaczał z kolei wprowadzanie takich inicjatyw jak międzynarodowy monitoring, wymiana wiedzy na temat efektywnych sposobów radzenia sobie z problemem tytoniowym w państwach oraz zaangażowanie lekarzy i specjalistów z zakresu zdrowia publicznego do zmiany postaw społecznych wobec palenia. Obrót tytoniem oraz obecność dymu tytoniowego w przestrzeni publicznej urastał tutaj zatem do roli choroby, której cechy wyliczył półwieku wcześniej Talcott Parsons.

Piąty rozdział rozprawy opisuje drugą wybraną politykę WHO jaką jest ochrona zdrowia psychicznego. Tak jak w poprzednim rozdziale, na początku nakreślony zostaje historyczny kontekst pojawienia się tej polityki w międzynarodowych działaniach WHO, która wyprzedziła pod tym względem działania antytytoniowe. Eksperti WHO specjalizujący się w tym temacie nie dążyli jednak do przygotowania globalnego aktu prawnego, tak jak to można było zaobserwować w poprzednim przypadku, a skupili się raczej na zmianie postaw społeczeństw tradycyjnych z państw biedniejszych (ang. *Low and Middle Income Countries*, LMIC) wobec osób z chorobami psychicznymi bądź neurologicznymi. W konceptualnym wymiarze medykalizacji można było zaobserwować, że stosowany w materiałach i dokumentach WHO język, tak samo jak to było w przypadku antytytoniowców, umiejscawia chorobę poza kontrolą chorego oraz znosi odpowiedzialność chorego za uciążliwe dla otoczenia zachowanie. Instytucjonalny wymiar medykalizacji przejawia się z kolei w

tworzeniu inicjatyw i kampanii społecznych, które edukują i uwrażliwiają społeczeństwa na potrzeby osób z chorobami psychicznymi. W przeciwieństwie zatem do poprzedniego przypadku zastosowanie kategorii choroby nie ma za zadanie wzbudzić strachu, lecz przeciwnie – opanować go.

Szósty rozdział zawiera charakterystykę działań WHO względem starzejących się społeczeństw i pokazuje inne niż medykalizacja podejście do ujmowania głównego problemu. Tak samo jak w poprzednich przypadkach, najpierw opisany zostaje kontekst pojawienia się tego problemu w działaniach WHO, który można podsumować tak, że dopiero w latach 90. XX w. nastąpiła zasadnicza zmiana przedmiotu zainteresowania ekspertów WHO z prewencji i leczenia chorób osób starszych na wysiłki w celu przygotowania państw LMIC na znaczące zwiększenie odsetka seniorów w ich społeczeństwach. W wymiarze konceptualnym można zaobserwować odwrotną w stosunku do poprzednich przypadków tendencję, czyli przedstawianie w dokumentach osób starszych jako głównych odpowiedzialnych za swój stan zdrowia w podeszłym wieku oraz rozpatrywanie zdrowia przez pryzmat kategorii *Intrinsic Capacity*.