

HUBERT WIERCIŃSKI

STOSOWANA ANTROPOLOGIA MEDYCZNA, CZYLI CO ANTROPOLOG MOŻE DAĆ LEKARZOWI

W chwili obecnej pojawia się coraz większe zapotrzebowanie na dane o charakterze jakościowym – rośnie zainteresowanie faktami etnograficznymi. W rezultacie zwiększa się liczba badań etnograficznych w obrębie służby zdrowia (Savage 2006).

Co to jest antropologia medyczna?

W czasach, w których tendencje do urynkowania i upraktycznienia nauki zaznaczają się coraz wyraźniej, warto zastanowić się, w jaki sposób nauki humanistyczne, postrzegane przez większość ludzi jako teoretyczne i mało praktyczne, można wykorzystać poza murami uczelni. Sądzę, że spośród konglomeratu wiedzy i praktyk produkowanych przez nauki społeczne i humanistyczne, szczególną szansę na „sukces poza uniwersytetem” ma antropologia medyczna. Ta młoda dyscyplina, w Polsce niestety mało znana, stawia sobie za cel poznanie i zrozumienie zjawisk, z którymi zmagać się musi każdy z nas. Problemy takie jak choroba, terapia lub kontakty ze służbą zdrowia nie są nikomu obce. Trzeba nam bowiem wiedzieć, że antropologia medyczna zgłębia nie tylko tajniki obrzędów szamańskich odległych plemion, ale bada także to, co znamy z własnego podwórka – biomedycynę lub, jak kto woli, medycynę naukową, uprawianą w szpitalach i przychodniach.

Jak każdy wytwór ludzkiej myśli, biomedycyna jest pewnym systemem, ciągle ewoluującym i przechodzącym liczne zmiany. Rozumienie zdrowia i choroby zmieniało się szybciej i o wiele częściej niż wynika to z ogólnego przeświadczenia. Dość przywołać tu *Historię szaleństwa w dobie klasycyzmu* Foucault (1987) czy *Historię zdrowia i choroby* Vigarello (2011), aby przekonać się, że definicje zdrowia, choroby i praktyk medycznych są społecznie negocjowane i związane z tak zwanym „klimatem intelektualnym” danej epoki.

Bez wątpienia medycyna ma wielki i niekiedy nawet decydujący wpływ na obraz społeczeństwa, szczególnie w krajach euroatlantyckich. Mówimy o postępującej medykalizacji społeczeństwa i kultury, która przejawia się, między innymi, stałym wzrostem znaczenia biomedycyny i związanych z nią instytucji w naszym życiu codziennym.

W tym miejscu chciałbym uspokoić wszystkich zaniepokojonych – współczesna antropologia medyczna nie chce krytykować wiedzy i praktyki medycznej, opartej na mierzalnych i obiektywnych przesłankach, popartej latami pracy wybitnych umysłów. Antropologia medyczna stawia sobie za cel odkrycie, w jaki sposób wiedza ta funkcjonuje poza światem lekarzy i naukowców, w życiu zwykłych ludzi, którzy zmuszeni są do korzystania z usług profesjonalistów „od ciała” (choć niektórzy badacze chętnie zagląдают do paszczy lwa i badają tzw. kultury profesjonalne). Antropolodzy skupiają się zatem na społecznym wymiarze i odbiorze medycyny oraz praktyk i przedmiotów z nią związanych.

Przyglądają się i badają, jak ludzie wdrażają zalecenia lekarza w swoim życiu, jak rozumieją i definiują choroby, w jaki sposób posługują się lekami oraz jak lokalne zwyczaje i praktyki wpływają na biologiczny stan organizmu. Coraz częściej słyszymy, że nasz styl życia wpływa na co i kiedy chorujemy. Dlatego antropolodzy medyczni interesują się zarówno chorobami cywilizacyjnymi, związanymi z postępem technologicznym i przemianami społecznymi, jak i zagadnieniami z pogranicza epidemiologii. Współcześnie najgorętsze tematy to problem rozprzestrzeniania się AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową, ubóstwo i jego wpływ na stan zdrowia oraz wpływ medycyny naukowej na społeczności lokalne i ich tradycje. Dzięki wykształceniu, które łączy teorię i praktykę antropologiczną z elementami wiedzy medycznej, biologicznej, demograficznej i historycznej, antropolodzy medyczni są w stanie odpowiedzieć na pytania, które wymykają się tradycyjnym naukom społecznym.

W krajach anglosaskich antropologów można także spotkać w szpitalu, na oddziale. Ci badacze, skoncentrowani na palcówce medycznej jako miejscu i przestrzeni, w której toczy się życie pacjentów i terapeutów, pełne problemów i wyzwań, uprawiają antropologię kliniczną. Jej rezultaty pomagają lekarzom oraz osobom odpowiedzialnym za organizację leczenia opracować stosowne programy i rozwiązania, polepszające jakość świadczonych usług. Dzięki takim badaniom możemy lepiej zrozumieć postawy chorego i lekarza. Świat pacjenta i jego terapeuty to konstelacja złożonych relacji, w obrębie których ma miejsce transmisja wiedzy i doświadczenia. Jeżeli do tej relacji dołożymy kontekst rodzinny, zawodowy, ekonomiczny i klasowy obydwu stron, okraszony szczyptą zwyczajnej ludzkiej subiektywności, otrzymamy prawdziwy węzeł gordyjski – czyli uwielbiany przez antropologów rodzaj splełtania.

Antropologia stosowana

Doszliliśmy więc do punktu, w którym należy zdefiniować pojęcie *antropologii stosowanej*, dziedziny wiedzy znanej także pod angielskim terminem *applied anthropology*, i poszukać obszarów związanych ze zdrowiem i chorobą, w których antropologia może być pomocna. Słownik Roberta H. Winthrop'a pod hasłem *applied anthropology* zawiera taką oto definicję:

Antropologia stosowana – wykorzystanie antropologicznej teorii i metodologii (głównie antropologii socjo-kulturowej), do osiągnięcia określonego celu (Winthrop 1991).

Z kolei Ronald Cohen pisze:

Antropologia stosowana to zaplanowane próby poprawienia warunków życia ludzkiego. To także analiza adekwatności i skuteczności podejmowanych w tym celu wysiłków, jak również badanie rezultatów działań zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. W tym sensie nie różni się ona od innych stosowanych nauk społecznych, z jednym istotnym wyjątkiem. Konstruowanie teorii i zbieranie danych odbywa się głównie przy pomocy metodologii etnograficznej (Cohen 1985).

Przytoczone definicje wskazują na kilka ważnych cech antropologii stosowanej. Po pierwsze, jest to dziedzina nauk społecznych, której podmioty działania to ludzie i społeczeństwo oraz procesy i zjawiska w nim zachodzące. Po drugie, antropologia stosowana czerpie z teorii antropologii akademickiej. Po trzecie, antropologia stosowana stawia sobie konkretne cele: poprawę warunków życia człowieka i podniesienie poziomu działania różnych instytucji i organizacji. Po czwarte, etnografia pełni nadrzędną rolę w procesie pozyskiwania danych i tworzenia wniosków. Warto zauważyć, że etnografia nie oznacza tu dyscypliny naukowej, czasem postrzeganej przez pryzmat jej opisowego charakteru, a w Polsce kojarzonej głównie z folklorem. W kontekście antropologii stosowanej, termin „etnografia” zamienił się w nazwę specyficznej metodologii. Tradycyjne, etnograficzne narzędzia badawcze, takie jak obserwacja uczestnicząca („wynaleziona” przez naszego rodaka Bronisława Malinowskiego podczas pobytu na egzotycznych wyspach Trobriandach) i wywiad etnograficzny, które generują informacje o charakterze jakościowym, stały się podstawą antropologii stosowanej. O zaletach pogłębionych wywiadów, do których scenariusz układa antropolog (choć nie zawsze), nie trzeba wiele pisać. Dzięki takim rozmowom badacz może uzyskać cenne informacje, o wiele głębsze i bardziej szczegółowe niż te, które pochodzą z ankiet. Obserwacja terenowa pozwala zaś „odkryć” to, czego ludzie nie potrafią lub nie chcą wy-

razić słowami. Metoda ta daje również antropologom możliwość porównania, o czym dane osoby mówią, a co faktycznie robią. Częścią wiedzy odróżniającej antropologię od innych dyscyplin jest też unikatowe doświadczenie badacza, który poprzez pracę w terenie (w grupie ludzi, w instytucji...) sam staje się narzędziem badawczym, rejestrującym wrażenia i doświadczenia.

Badania stosowane, w odróżnieniu od tych akademickich, trwają stosunkowo krótko, ale za to są intensywne. Większość zleceń określona jest precyzyjnymi datami realizacji. Niektórzy autorzy mówią wręcz o „szybkiej antropologii” (Savage 2006) lub o „błyskawicznym szacowaniu” (Bennet, Whiteford 2005), to jest o pewnych wariacjach metodologicznych, przystosowanych do bardzo efektywnego zbierania i analizowania danych terenowych. Takie badania dotyczą najczęściej stosunkowo wąskiej problematyki, dla której antropolog poszukuje możliwie najszerszego kontekstu. Uchwycenie wielości powiązań, zastosowań czegoś lub wielopłaszczyznowości zjawisk społecznych to główny cel antropologii stosowanej. Kontekst problemu jest więc kluczowy dla poszukiwań badawczych.

Istotną cechą antropologii stosowanej jest jej interdyscyplinarność, która pozwala wyjść poza wąskie ramy widzenia i spojrzeć na rzeczywistość z drugiej albo i z trzeciej strony. Grupę, w której pracuje antropolog, najczęściej tworzą ludzie wielu profesji. Triangulacja metodologiczna i „burza mózgów” są narzędziami badawczymi równie podstawowymi, jak wywiad i obserwacja. W ten sposób uzyskuje się efekt synergii wiedzy i rozwiązań problemów. Nierzadko do takich zespołów zaprasza się przedstawicieli lokalnych społeczności, którzy dysponują zarówno kulturową wiedzą, jak i znajomością terminologii związanej z badanym problemem. Zapoznanie się z najważniejszymi faktami kulturowymi oraz poznanie specyfiki języka (nazwy gwarowe, slang) danej grupy umożliwiają zespołom sprawną komunikację i lepsze wdrażanie opracowywanych projektów.

Wiele nowoczesnych uniwersytetów (tylko kilka przykładów: University of Connecticut, University of Buffalo, University of Montana, University of California, McMaster University) oferuje specjalne kursy antropologii medycznej, których program jest ściśle powiązany z dyscyplinami takimi, jak zdrowie publiczne i antropologia stosowana. Jak więc wykorzystać wiedzę i umiejętności antropologów medycznych?

Medycyna a kultura

Klasyk antropologii medycznej, profesor antropologii oraz lekarz psychiatra z wieloletnim doświadczeniem, Arthur Kleinman (1984), sformułował

koncepcję tak zwanego lokalnego systemu zdrowia (*local health system*), który składa się z trzech, zazębiających się części, które odpowiadają różnym poziomom i źródłom wiedzy o chorobie i praktykach leczniczych. Są to: medycyna naukowa, sektor popularny oraz tradycyjny. Każda z tych części może być dominująca – zależy to od społeczności i jej kultury. Najczęściej jednak najpojemniejszą kategorią jest sektor popularny. Mieści się w nim ogromne spektrum technik, środków leczniczych i wyobrażeń o zdrowiu i chorobie. Wiedza na ten temat jest przekazywana w obrębie rodziny, znajomych, współpracowników lub współlokatorów. Jej źródła bywają różne – od indywidualnego doświadczenia, po mass media i kulturę globalną. Sektor popularny zawiera także elementy wiedzy i praktyk, pochodzących zarówno z profesjonalnej medycyny, jak i lokalnej tradycji.

Każda społeczność dysponuje własnym lokalnym systemem zdrowia, który determinuje nie tylko sposoby leczenia się, ale także wpływa na rozumienie i doświadczanie choroby przez daną społeczność. Lokalny system zdrowia to zatem lokalna racjonalność, która najczęściej różni się od racjonalności lekarza lub pielęgniarki. Różnice, których źródła należy szukać w odmienności społecznej i kulturowej, rodzą problemy, tak lubiane przez stosowaną antropologię medyczną.

W 1955 roku Benj amin Paul, uważany za jednego z ojców założycieli stosowanej antropologii medycznej, wydał książkę zatytułowaną *Health, culture and community*, w której opisał przypadki zderzenia się ze sobą różnych kultur irracjonalności. Autor pracował jako konsultant w Many Farms, w stanie Arizona, gdzie amerykańskie agendy rządowe próbowały objąć opieką medyczną autochtoniczną ludność Indian Navajo. Władze sfinansowały budowę nowej, dobrze wyposażonej kliniki, w centrum rejonu, którego populację nękała cukrzyca, gruźlica i alkoholizm. Ku zaskoczeniu strony rządowej, po poradę medyczną zgłosiła się ledwie garstka Indian. Paul, wraz z kilkoma innymi antropologami, otrzymał zadanie wytłumaczenia tego zjawiska. Po przeprowadzeniu badań terenowych, zespół odkrył szereg istotnych barier, które ograniczyły kontakt lekarzy z Navajo. Indianie mieli odrębny lokalny system zdrowia, gdzie pojęcia takie jak czas, zdrowie, choroba i poczucie wstydu definiowano w odmienny sposób. Lekarze pracujący w klinice nie wywodzili się z lokalnych grup indiańskich. Byli to biali, dobrze wykształceni i opłacani Amerykanie, skierowani przez rząd do pracy na prowincji. Nigdy wcześniej nie pracowali z ludnością autochtoniczną. Lekarze ci oczekiwali, że ich kontakt z pacjentami będzie dokładnie taki sam, jak w klinikach i szpitalach wielkomiejskich. Tymczasem okazało się, że kulturowe reguły Navajo opierały się na zupełnie innych zasadach niż reguły lekarzy. Indianie odmierzali czas na podstawie

cyklów przyrody – obce im były terminy kalendarzowe i zegarowe. Ogromną rolę w definiowaniu i postrzeganiu choroby miejscowa ludność przypisywała duchom i światu religii. Reguły dotyczące skromności i wstydu zabraniały także indywidualnych spotkań z medykami twarzą w twarz. Problemy te udało się częściowo rozwiązać, kiedy antropolodzy zaprezentowali swoje wnioski stronie medycznej, niesłusznie przekonanej, że Indianie nie chcieli współpracować. Dalsza organizacja służby zdrowia w regionie Manay Frams odbywała się z uwzględnieniem lokalnego kontekstu kulturowego. Personel medyczny przeszedł szereg szkoleń, dzięki którym poznał lepiej kulturę Navajo i rządzące nią reguły. Dzięki akcji antropologów udało się skomunikować ze sobą dwa odrębne światy, każdy rządony przez inne reguły i racjonalność. Wspólny wysiłek doprowadził do pewnych zmian w lokalnym systemie zdrowia Navajo – medycyna naukowa wyraźniej zaznaczyła swoją obecność, jednak musiała uwzględnić silną pozycję sektora tradycyjnego.

Tak więc biomedycyna ściera się z innymi systemami racjonalności i wyobrażeniami na temat zdrowia i choroby. Przytoczony przykład może wydać się dość „egzotyczny” – zderzenie się świata indiańskiego z nauką medycyną musiało doprowadzić do napięć i nieporozumień. Sądzę jednak, że także w „zwykłych” i mniej „egzotycznych” społeczeństwach podobne zjawiska mają miejsce. Racjonalność wyszkolonych lekarzy, przedstawicieli kultury profesjonalnej, przeważnie różni się od tej, jaką prezentują ludzie, którzy nie posiadają naukowej wiedzy o ciele. Nie oznacza to jednak, że nie mają oni żadnej wiedzy o chorobach i leczeniu się. Kultura, w jakiej wyrosliśmy, wyposażała nas dość hojnie w różne wyobrażenia i praktyki zorientowane na zdrowie i ciało. Prawdą jest, że w społeczeństwach euroatlantyckich najwyraźniej słyhać głos nauki – przynajmniej tak może się nam wydawać. Jednak moja praktyka badawcza nie do końca potwierdza tę tezę. Jestem skłonny stwierdzić, że w gabinecie lekarskim, podczas wizyty, zderzają się ze sobą często różne światy i porządki, które nie tylko określają, jak należy rozumieć chorobę i funkcjonowanie organizmu, ale decydują także, w jaki sposób informacje o zdrowiu i schorzeniach są przekazywane, zapamiętywane i wdrażane w życie. Za przykład niech posłużą fragmenty wyników moich badań, które dotyczyły opinii pacjentów z przewlekłymi problemami gastrologicznymi o lekach i zasadach ich przyjmowania.

Z zebranego materiału wyłonił się obraz natury, postawionej w opozycji do medycyny – kultury. Z naturą najczęściej rozmówcy kojarzyli ziołolecznictwo, zdrową dietę i pełen harmonii styl życia. Kultura zaś zawierała w sobie elementy sztuczne, nieobojętne dla organizmu. Stąd lek definiowano jako wytwór syntetyczny, powstały w laboratorium. Leki, w ogólnym mniemaniu,

miały za zadanie leczyć, choć rozmówcy byli świadomi wielu skutków ubocznych i działań niepożądanych zażywanych środków. Wiedza ta pochodziła głównie z Internetu oraz książek i prasy. Najczęściej taką literaturę rozmówcy określali jako poradniki, prasę kobiecą, czytała. Bardzo ważnym źródłem wiedzy o szkodliwym działaniu leku były załączane do każdego opakowania ulotki. Rozmówcy, poprzez lekturę ulotki, nabywali wiedzę o przyjmowanej substancji, ale także dowiadywali się, że zażywanie leku mogło grozić nagłym zgonem lub zatruciem organizmu. Zdarzało się, że niektóre osoby doświadczały negatywnego działania leków na własnej skórze:

„Azathiopryna, nastąpiło toksyczne uszkodzenie wątroby... Niesssamowity ból, znalazłam się w szpitalu”.

„Duspatalin, zamiast pomóc, powoduje u mnie tygodniowe zatwardzenie [...] Sterydy to straszny lek, nawet «lekiem» bym go nie nazwała. Bardzo źle się po nim czuję, wpływa na stan psychiczny, pamięć, na wygląd ciała. Takie są objawy przy sterydach”.

Rozmówcy, nawet przewlekłe chorzy, stosowali ogromne spektrum ziół, przeważnie na schorzenia mniej dolegliwe, z którymi nie trzeba koniecznie zgłaszać się do lekarza, choć nie zawsze.

„Zioła, w odróżnieniu od leków, nie mają tak szerokich skutków ubocznych jak syntetyczne leki i antybiotyki, wiadomo – są również trujące, silne zioła, ale mówimy tu o starannie dobranych mieszankach i lekach. Wątroby nie niszczą, jelit itp. [...] Wolę nic nie brać, ale jak już muszę, to zioła jakieś”.

Oczywiście picie ziół nie wykluczało równoległego przyjmowania leków i odwrotnie. Zdecydowana większość rozmówców swobodnie łączyła ze sobą dwa różne porządki – biomedycynę i medycynę naturalną. Kwestia wyboru środka w dużej mierze zależała od potrzeby chwili. W przypadkach nagłego, intensywnego bólu rozmówcy sięgali po leki na receptę lub preparaty reklamowane w mediach. Gdy choroba była w miarę „przewlekła”, perspektywa kontaktu z lekarzem kiepska lub doświadczenia znajomej osoby brzmiały obiecująco, wówczas naturoterapia stawała się poważną konkurencją dla pigułek. Zioła nie przynosiły jednak szybkiej ulgi – większość rozmówców uważała, że należy je brać przez dłuższy czas, co oczywiście wymagało wytrwałości. Nie trzeba chyba wspominać, że mało kto potrafił wytrwać dostatecznie długo. Przyjęcie obydwu systemów leczenia sprawiało, że terapia ustalona przez lekarza nie odbywała się według zaleconego rytmu i schematu. W przyjmowaniu leków, mieszanych z innymi substancjami, panowała dość spora dowolność

i przypadkowość. W konsekwencji ilość zmienianych preparatów oraz konieczność ponownego odwiedzenia lekarza (a więc dołączenie do kolejki oczekujących lub prywatna, kosztowna wizyta) wprowadzały rozmówców w stan irytacji, zniecierpliwienia i ogólnego rozczarowania. Choroba, źle leczona, dezorganizowała życie rozmówców i kruszyła ich poczucie ontologicznego bezpieczeństwa. Brak stałego kursu leczenia to brak kontroli nad chorobą. W świadomości moich rozmówców, na skutek rozchwiania rytmu terapii, nie istniał punkt na horyzoncie zdarzeń, który można by określić jako „zdrowie”. Przyczyn tego stanu należy doszukiwać się w zderzeniu ze sobą dwóch różnych porządków. Z jednej strony mamy biomedycynę, obecną w opowieściach pacjentów pod postacią leków, które nie do końca leczą. Ta ambiwalentna postawa wobec pigułek mogła odzwierciedlać ogólny, często krytyczny stosunek społeczeństwa wobec służby zdrowia. Liczne skandale, kolejki i chaos związany z jej funkcjonowaniem podważyły autorytet lekarza. Rozmówcy, niezadowoleni z tego, co oferowano im w gabinetach medycznych, poszukiwali wiedzy o chorobach i metodach walki z nimi na własną rękę, w Internecie, wśród znajomych i w popularnej prasie. Tam znaleźli szereg informacji, które doskonale wpasowały się do funkcjonującego w kulturze schematu, dzielącego świat na to, co dobre i naturalne, oraz to, co sztuczne i szkodliwe. Zderzenie się biomedycznej racjonalności, opartej na nauce i wypracowanych schematach postępowania, z kulturowymi wyobrażeniami na temat natury i istoty leczenia doprowadziły do stanu, w którym żadna terapia nie mogła przebiegać konsekwentnie. Tym samym chorzy nie otrzymali tego, czego tak bardzo chcieli – ścieżki prowadzącej do zdrowia.

Stosowana antropologia medyczna jest w stanie „wykrzyć” szereg podobnych problemów, których źródłem są różnice pomiędzy biomedycyną a lokalnymi systemami zdrowia. Przyczyną niepowodzenia wielu terapii, a także źródłem konfliktów i nieporozumień, jest zatem brak sprawnej komunikacji pomiędzy różnymi dziedzinami wiedzy i doświadczenia, które reprezentują chorzy i lekarze. „Odkrycie” i interpretacja takich problemów może poprawić skuteczność leczenia oraz wpłynąć pozytywnie na relacje pomiędzy lekarzami a pacjentami. Warto w takim razie przyjrzeć się bliżej tak zwanej antropologii klinicznej.

Antropolog w placówce zdrowia

Jak sama nazwa wskazuje, antropologia kliniczna uprawiana jest przede wszystkim w placówkach medycznych, które antropolog traktuje jako „teren”. Badania tego typu mogą jednak wykraczać poza obszar szpitala czy przychodni. Antropologia kliniczna, jak twierdzi John A. Rush (1996) sprawdza

się także jako użyteczne narzędzie, dzięki któremu powstają projekty oraz programy związane z organizacją i zarządzaniem w obrębie służby zdrowia. Ann McElroy (1996) uważa zaś, że antropologia kliniczna skupia się głównie na tak zwanej komunikacji medycznej. Antropolog zatrudniony przez placówkę zdrowia realizuje projekty badawcze związane z funkcjonowaniem samej instytucji lub dotyczące chorych i personelu medycznego. Zaangażowanie badacza może być skupione wokół problemów organizacyjnych placówki – antropolog wówczas poszukuje odpowiedzi na pytania dotyczące strategii działania szpitala lub przychodni, wdrażania systemów i udogodnień skierowanych do pacjentów i personelu czy też rozwiązywania konfliktów wewnątrz samej jednostki świadczącej usługi medyczne. Celem badania może być także świat pacjentów i ich problemy – antropolog wówczas spróbuje zebrać wiedzę, która wydaje się przydatna w procesie leczenia, lecz nie jest uchwytna dla biomedycyny. Jak już pisałem wcześniej, często okazuje się bowiem, że światy chorego i lekarza znacznie różnią się od siebie i nie zawsze łatwo znaleźć dla nich punkt wspólny. Rolą antropologa nie jest tworzenie gotowych recept i schematów postępowania w takich przypadkach (choć oczywiście częściowo jest to możliwe). Badacz najczęściej daje wiedzę faktograficzną i jej interpretację, na podstawie której stosowne organy lub osoby opracowują dalsze rozwiązania (bywa, że antropolog bierze w tych pracach udział). W tym miejscu antropologia kliniczna często współpracuje z instytucjami odpowiedzialnymi za zdrowie publiczne.

Polem do badań antropologii klinicznej nie zawsze musi być konflikt. Antropolodzy chętnie skupiają się na badaniach, które odkrywają kontekst środowiskowy i nawyki osób chorujących na określone schorzenia. Doskonałym przykładem są tu tak zwane choroby cywilizacyjne, dajmy na to związane z układem krwionośnym. Nadciśnienie i miażdżyca wiążą się bardzo mocno ze stylem życia, preferencjami żywieniowymi i stosunkiem do aktywności fizycznej. Niebagatelną rolę ma także środowisko osób chorych – rodzina i znajomi, w obrębie którego kultywowane są określone postawy oraz przekazywana jest wiedza i praktyki. Również edukacja i problemy stwarzane przez wielokulturowość znajdują się w polu zainteresowania antropologii klinicznej. Amerykańskie uczelnie często oferują kursy antropologii dla pracowników służby zdrowia. Uczą się tam oni podstawowych technik zbierania i interpretowania informacji, ale także dowiadują się, jak radzić sobie w sytuacji, kiedy zaplecze kulturowe pacjenta różni się od tego, w którym wyrósł lekarz. Kilka uniwersytetów północnoamerykańskich prowadzi specjalne kursy antropologii dedykowane przyszłym i praktykującym pielęgniarcom i pielęgniarkom. Nabyta wiedza i umiejętności, w połączeniu z bogatym doświadczeniem i znajomością

problematyki medycznej, pozwalają im z powodzeniem realizować założenia klinicznej antropologii stosowanej. Margaret McKenna pisze:

Antropologia, jako dyscyplina akademicka, tworzy deskryptywne teorie, które pielęgniarstwo wykorzystuje, łącząc je z wiedzą i kluczowymi teoriami medycznymi. Pielęgniarki mogą dostrzegać wartość teorii deskryptywnych, jeśli te posiadają wymiar praktyczny i mogą zostać przełożone na praktykę kliniczną. Antropolodzy mogą z kolei tworzyć teorie, wyjaśniające jak tradycyjne przekonania i praktyki ścierają się z zachodnimi kanonami medycznymi, jak czynniki społeczne wpływają na decyzje podejmowane w sprawach związanych z ochroną zdrowia i w jaki sposób zdrowie i choroba są elementami całościowych wzorów kulturowych. W praktyce, pielęgniarki chcą powyższych informacji, lecz przedstawionych w formie wskazówek, w jaki sposób opiekować się pacjentami z innych grup etnicznych (McKenna 1985).

Pielęgniarki i pielęgniarze stosują metody i koncepcje wypracowane na gruncie nauk społecznych i przekształcają je w zależności od lokalnego kontekstu i sytuacji. Co więcej, pielęgniarstwo transkulturowe wypracowało szereg własnych strategii pozwalających lepiej radzić sobie z zastanymi problemami. Kontakt lekarza z pacjentem, nawet podczas hospitalizacji, nie jest stały. Pielęgniarka lub pielęgniarz asystuje pacjentowi nie tylko w trakcie zabiegów czysto medycznych, lecz również podczas prozaicznych czynności – jedzenia, załatwiania potrzeb fizjologicznych, poprawiania łóżka lub ubierania się. To pielęgniarki i pielęgniarze są bliżej chorego i jego codziennego doświadczenia choroby, przez co łączą ich głębsze relacje. Pielęgniarstwo transkulturowe dotyka zatem sfer tradycyjnie związanych z antropologią medyczną, choć nie prowadzi żadnych badań, co odróżnia je od klasycznej antropologii stosowanej. Celem pielęgniarek i pielęgniarzy wyszkolonych w antropologii jest wdrażanie nabytej wiedzy i teorii w życie. Dzięki klasycznym narzędziom badań etnograficznych personel medyczny pozyskuje informacje od chorych. Najczęściej dotyczą one szeroko rozumianych problemów i doświadczeń związanych ze stanem zdrowia. Szybka interpretacja i analiza zebranej wiedzy pozwala lepiej zrozumieć postawy pacjentów i ich bliskich oraz opracować działania, które wspomogą proces terapii i pobytu w szpitalu lub innej placówce zdrowia.

Choć Polska wydaje się być krajem jednorodnym etnicznie, wiem, że w niektórych miastach lekarze doświadczają problemów, których źródłem są różnice kulturowe. Doskonały przykład to mieszkający w Warszawie emigranci z Azji południowo-wschodniej, głównie z Wietnamu. Stołeczni lekarze muszą zmierzyć się nie tylko z różnicami wynikającymi z odmiennych języków, ale także z odmiennym podejściem do ciała, choroby i roli rodziny w procesie leczenia. Emigranci z Azji nie są jedyną grupą sprawiającą „problemy”. W śro-

dowisku medycznym „najgorzej” postrzegani są wyznawcy rzadkich lub bardzo rygorystycznych religii oraz Czeczeńcy i Romowie. Dwóm ostatnim grupom zarzuca się niestosowanie się do obowiązujących zasad higieny i regulaminów placówek medycznych. Bywa też, że personel skarży się na naganną jego zdaniem postawę ojców – głów rodzin, którzy próbują decydować, co lekarz może zrobić, a co jest mu zabronione. Powszechnie krytykuje się przebywanie całej, wielopokoleniowej rodziny w sali, w której leży dziecko. Lekarze nie akceptują obecności wielu ludzi przy łóżku chorego, twierdząc, iż zakłóca to spokój innych pacjentów oraz dezorganizuje pracę oddziału.

O ile z ostatnim stwierdzeniem da się zgodzić i antropologia co najwyżej może w jakiś konstruktywny sposób wpłynąć na organizację odwiedzin i czuwania przy dziecku, o tyle problem przestrzegania zasad higieny i granic interwencji lekarza stanowi poważne wyzwanie. Każda społeczność definiuje pojęcia brudu i czystości na swój własny sposób, który z perspektywy sterylności szpitala może wydawać się nie do zaakceptowania. Romowie są tu przykładem wręcz szkolnym. Zadanie postawione antropologowi polegać więc będzie na znalezieniu wspólnej płaszczyzny porozumienia pomiędzy dwiema stronami sporu i zaproponowaniu drogi do kompromisu. Trzeba jednak zaznaczyć, że udział w mediacji muszą zadeklarować obydwie kultury. Pomoże to uniknąć przeświadczenia którejs z stron o poniesionej porażce lub upokorzeniu. Działania minimalizujące negatywne emocje są więc również ważną częścią praktyki antropologicznej.

Antropologia kliniczna pomaga także lepiej zrozumieć potrzeby i oczekiwania pacjentów, szczególnie tych, którzy chorują przewlekłe lub poważnie. W życiu człowieka doświadczonego ciężką chorobą zachodzą nieodwracalne zmiany – osoba cierpiąca doświadcza chaotycznych i bezładnych procesów, które destabilizują znany sprzed choroby porządek i życiowy ład. Klasyk antropologii medycznej, Arthur Frank (1995), postrzega chorobę jako zaburzenie „celu” i „mapy”, dzięki którym nasza biografia rozwija się w określonym kierunku i posiada pewien wewnętrzny ład. Doświadczenie utraty kontroli nad życiem i biografią jest subiektywnym wymiarem choroby, określanym w terminologii antropologicznej jako *illness*. Tomasz Rakowski, lekarz i antropolog, tak oto definiuje tę kategorię:

To subiektywne rozumienie choroby, to choroba z perspektywy pacjenta. To druga strona wiedzy o chorobie. Tak rozumianą chorobę określa się jako *illness*. Jest to doświadczenie choroby, czyli to, czego lekarz dowiadyuje się od pacjenta. Są to nie tylko dolegliwości i objawy chorobowe, ale i wszystkie odczucia, niepokoje, nieracjonalne nadzieje i przesady, o których słyszymy od naszych pacjentów (Rakowski 2008).

Antropolodzy kliniczni, poprzez pogłębione badania etnograficzne, potrafią uzyskać wiedzę o subiektywnym wymiarze chorowania, który, jak już wiemy, wcale nie musi być tożsamy z chorobą rozumianą w sensie medycznym – *disease*. Indywidualne i osobiste rozumienie choroby może mieć istotny wpływ na terapię i ogólną postawę pacjenta, tak ważną podczas leczenia chorób groźących śmiercią lub trwałą utratą sprawności. Zdarza się, że oczekiwania chorego i jego wizja ścieżki powrotu do zdrowia nie zawsze jest związana z lekarzami i oddziałem szpitalnym. Oto przykład z moich badań.

Pani Alina w 2009 roku doznała drugiego udaru mózgu i znalazła się na oddziale dla osób cierpiących na podobne schorzenia. Wydarzenie to wstrząsnęło światem rozmówczyni – znaczny niedowład i problemy z mową zmusiły ją do rozpoczęcia gruntownej przebudowy życia. Co dzień pani Alina powtarzała oddziałowy rytuał – budziła się wcześniej rano, około szóstej. Przy łóżku czekały pielęgniarki, które wykonywały standardowe czynności i pomagały się rozmówczyni ubrać. Ubranie się to pierwszy stopień „przygotowania do śniadania”. Poranny posiłek był zazwyczaj pierwszym istotnym wydarzeniem dnia. Po śniadaniu miały miejsce konsultacje lekarskie i badania. Kolejne zajęcia – rehabilitacja, to zdecydowanie najciekawszy element pobytu w szpitalu. Rehabilitacja odbywała się poza oddziałem. Prowadziła ją młoda dziewczyna, z którą pani Alina nawiązała bardzo dobry kontakt. Opowieść o rehabilitacji znacząco różniła się od tej o zwykłym dniu na oddziale. W „płaskiej” narracji rozmówczyni na temat oddziału czas był rozciągnięty, wszystko działo się powoli, życie miało na powtarzaniu tych samych czynności, które nie prowadziły do konkretnego celu – poprawy stanu zdrowia. Badania i konsultacje lekarskie nie przywracały utraconej sprawności ciała – były jedynie sprawdzaniem faktów znanych pani Alinie z autopsji. Na oddziale szpitalnym podstawowe narzędzie komunikacji ze światem i integralna część „Ja” – ciało rozmówczyni, pozbawione zostało sensownej „opowieści restytucji” (Frank 1995), czyli opowieści zawierającej elementy, dzięki którym chory może spróbować odbudować swój świat i przystosować się do nowej rzeczywistości. Rehabilitacja przenosiła panią Alinę do innego wymiaru, w którym zmieniało się tempo jej życia. Rozmówczyni, wspominając o rehabilitacji, wprowadzała do opowieści element działania, symbolizowany przez ćwiczenia i „zarabianie”. Praca w życiu pani Aliny odgrywała ważną rolę. Dzięki niej rozmówczyni czuła się samodzielna oraz zawierała liczne kontakty z innymi ludźmi. Jej stan zdrowia uniemożliwiał wykonywanie jakiegokolwiek zawodu. Bez pracy pani Alina czuła się „przykuta” i niesamodzielna. Brakowało jej też kontaktów ze światem zewnętrznym – „wyjścia z domu”. Przypuszczam, że doskonale wiedziała o tym rehabilitantka, która

nadała ćwiczeniom pewną strukturę działania – poprzez systematyczną poprawę sprawności, pani Alina „zarabiała” na symbolicznie określone cele. Podczas mojej wizyty, rozmówczyni pracowała akurat „na piwo”. Zarabianie częściowo przywracało poczucie wartości pani Alinie i wprowadzało do jej życia element akcji, zmierzającej w kierunku wspólnie nakreślonym z rehabilitantką. Punktem, do którego zmierzały kobiety, był stan względnego zdrowia, opisywanego przez rozmówczynię jako zdolność do wykonywania różnych prac i czynności, a więc formę samodzielności. W rozumieniu pani Aliny leczenie odbywało się nie na oddziale, gdzie rozmówczyni spędzała czas w sposób bierny i bezproduktywny, lecz w gabinecie rehabilitacji, w którym odzyskiwała sprawność fizyczną oraz poczucie samodzielności i kontroli nad ciałem i własnym życiem.

Powyższy przykład nie deprecjonuje roli lekarzy, bez których stan rozmówczyni byłby o wiele gorszy. Pokazuje on jednak, w jak różny sposób pacjenci rozumieją kategorię „zdrowienia” i jak różne znaczenia ma dla nich słowo „zdrowie”. Dane dostarczane przez antropologów klinicznych pozwalają lekarzom i innym pracownikom placówek medycznych lepiej zrozumieć położenie chorego. Szczególnie w przypadku chorób przewlekłych i ciężkich, gdzie kontakt personelu medycznego z chorym jest długi, informacje bezpośrednio nie związane z faktami medycznymi, lecz wpływające na terapię i postawę pacjenta, mogą okazać się użytecznym narzędziem w rękach lekarzy. Dzięki takim informacjom, wzbogaconym o doświadczenie zawodowe i wiedzę medyczną, terapeuci mogą lepiej pokierować procesem leczenia, a tym samym być może szybciej uzyskać pożądane efekty w postaci poprawy zdrowia chorego.

Antropologia a zdrowie publiczne

Działanie klinik i szpitali wiąże się z funkcjonowaniem organizacji i instytucji, które nie oferują leczenia, lecz mają niebagatelny wpływ na kształt terapii oraz dystrybucję wiedzy o zdrowiu i chorobie. Myślę tu o instytucjach związanych z szeroko pojętym zdrowiem publicznym, zarówno finansowanych przez państwo i samorządy, jak i organizacjach pozarządowych. To w nich antropolodzy często znajdują zatrudnienie i pracują przy tworzeniu i wdrażaniu rozmaitych programów i kampanii informacyjnych. Doskonałym przykładem są tak zwane kampanie społeczne oraz programy profilaktyczne. Celem działania antropologów jest dotarcie do możliwie szerokiej grupy osób kwalifikujących się do badań i skłonienie ich do wzięcia w nich udziału. Antropolog poszukuje kanałów komunikacji i form przekazu, za pomocą któ-

rych uda się dotrzeć do osób objętych danym projektem. Zdarza się jednak, że niektóre grupy nie chcą wziąć udziału w badaniach – przykładem niech będą kobiety mieszkające na wsi, które często nie chcą iść do ginekologa, lub mężczyźni z zaburzeniami urologicznymi i seksualnymi, wstydzący się odwiedzić lekarza. Przyczyn takiej postawy możemy doszukiwać się oczywiście w lokalnej kulturze, w obrębie której istnieją różne sfery tabu i wstydu. Czasami osoby te sądzą, że dopóki nie pojawia się ból, człowiek jest zdrowy, a „zaczeplenie” ciała może przynieść tylko odwrotne rezultaty – zamiast zdrowia, prowokuje się chorobę. Praktyka antropologów pokazuje jednak, że przyczyną fiaska rozmaitych akcji nie jest jedynie niechęć nieświadomych lub nieufnych gospodyń wiejskich. Aby się przebadać, trzeba często dotrzeć do odległego od miejsca zamieszkania punktu, spędzić tam określony czas i potem znów wrócić. Stąd też, za namową między innymi przedstawicieli nauk społecznych, coraz częściej sprzęt medyczny instaluje się w mobilnych centrach diagnostyki i profilaktyki. Pojazdy z mammografem lub ruchome gabinety ginekologiczne mogą dotrzeć do znacznie większej liczby osób. Dzięki mobilnym centrům medycznym, w krajach skandynawskich, szczególnie na dalekiej północy, udało się w znaczący sposób ograniczyć liczbę kobiet, u których rozpoznaje się nowotwory piersi i szyjki macicy w zaawansowanym stadium.

Współcześnie coraz większe znaczenie mają projekty zorientowane na ograniczanie chorób o charakterze epidemiologicznym. Badacze, pracujący głównie w krajach Trzeciego Świata (ale nie tylko), zajmują się dystrybucją wiedzy i informacji na temat sposobów walki z malarią, ale także z HIV czy SARS. Współczesna medycyna zauważa, że styl życia, wzorce kulturowe oraz indywidualne preferencje mają ogromny wpływ na tworzenie się kanałów, którymi przenoszą się różne choroby. Doskonałym przykładem może być tak zwana ptasia grypa, która zbiera największe żniwa w południowo-wschodniej Azji, gdzie zwyczajem jest mieszkanie ludzi w sąsiedztwie z udomowionymi ptakami. W tym regionie popularne są także walki kogutów, podczas których często dochodzi do kontaktu z krwią rannych zwierząt. Akcje antropologów koncentrują się na próbach zmiany nawyków miejscowej ludności. Starają się oni także wprowadzać elementy higieny biomedycznej, często kulturowo obcej i irracjonalnej z punktu widzenia lokalnych tradycji i zwyczajów. Za przykład niech posłużą akcje przeciwko epidemii SARS (które np. w niektórych regionach Chin przerodziły się w prawnie usankcjonowany zakaz), polegające na skłonieniu ludności do zaniechania płucia na ulicy i podczas posiłku. Takie praktyki, z punktu widzenia Europejczyka, mogą uchodzić za naganne, lecz w Chinach mieszczą się one w spektrum akceptowanych zacho-

wań (Chińczycy obruszą się natomiast, jeżeli ktoś podczas posiłku wysmarka nos w chusteczkę).

Choroby zakaźne, w świecie globalnym, zyskały nowe, groźne oblicze. Dlatego antropologiczne studia nad migracjami stały się interesujące dla epidemiologów. Śledzenie kierunków migracji oraz procesy związane z przyjmowaniem bądź odrzucaniem nowych wzorców kulturowych (w tym także dotyczących higieny) mają niebagatelny wpływ na wiedzę o potencjalnych ścieżkach rozprzestrzeniania się groźnych zarazków. Znajomość lokalnych wzorców kulturowych może skutecznie ograniczyć zasięg epidemii, o czym świadczy klasyczny przykład z Ekwadoru. W 1991 roku w kraju tym wybuchła epidemia cholery. Odnotowano blisko dziewięćdziesiąt tysięcy przypadków zachorowań, z czego około tysiąca zakończyło się tragicznie. Wiele osób chorych, które mieszkały w trudno dostępnych regionach, nie zostało zdiagnozowanych oraz nie otrzymało stosowanej pomocy medycznej. Epidemia dotknęła szczególnie ludzi ubogich, pochodzących ze społeczności o ograniczonym dostępie do świeżej wody i żywności. Często ofiarami choroby byli rolnicy i ich rodziny. Aby ograniczyć rozprzestrzenianie się cholery, szczególnie w ubogich obszarach wiejskich, ministerstwo zdrowia Ekwadoru, we współpracy z różnymi agendami (WHO, PAHO, USAID, EHP) i organizacjami pozarządowymi, zorganizowało pogłębione, interdyscyplinarne badania terenowe, których celem było „odkrycie” tych praktyk i elementów związanych ze stylem życia, które sprzyjały transmisji groźnych bakterii. Do projektu zaangażowano antropologów medycznych, epidemiologów oraz przedstawicieli społeczności lokalnych, którzy cieszyli się szczególnym autorytetem. Na podstawie zebranego materiału zespół opracował specjalny plan postępowania, który zakładał czynny udział ludności dotkniętej epidemią. Ruch przeciw chorobie miał być zakorzeniony w świadomości ludzi nią dotkniętych. W tym celu należało zmobilizować lokalne autorytety oraz poznać i uwzględnić czynniki kulturowe, które dotyczyły zachowań prozdrowotnych. Przez osiemnaście miesięcy badacze zbierali dane dotyczące sposobów gospodarowania wodą, organizacji społecznej i lokalnego systemu zdrowia. Wolontariusze, rekrutujący się z ludności wiejskiej, przeszli przyspieszony kurs antropologii stosowanej, dzięki któremu nauczyli się pozyskiwać wiedzę o charakterze etnograficznym. Ich „badania” dostarczyły zespołowi antropologów i lekarzy cennej wiedzy o praktykach higienicznych ludności dotkniętej epidemią. Poprzez połączenie wiedzy biomedycznej z regionalną tradycją i kulturą udało się stworzyć sprawny mechanizm, który powstrzymał rozwój cholery. W ciągu roku liczba zachorowań zmalała z ponad trzydziestu dwóch tysięcy do niecałych siedmiu (Whiteford, Bennet 2005). Co więcej, osoby pochodzące z terenów dotkniętych zarazą, które wzięły aktywny udział

w projekcie, przez długie lata pełniły rolę lokalnych autorytetów i adwokatów w sprawach związanych ze zdrowiem i organizacją służby zdrowia.

Przykład ten pokazuje, jak udana i owocna może być współpraca antropologów z przedstawicielami świata biomedycyny. Wiele innych chorób można by także „poznać” od drugiej strony – wspominałem już o chorobach cywilizacyjnych. Sądzę, że stosowana antropologia medyczna sprawdziłaby się także w radzeniu sobie z takimi problemami, jak niepełnosprawność, otyłość, ale też w walce z alkoholizmem i narkomanią. Opracowywanie projektów pomocowych i profilaktycznych powinno uwzględniać czynniki i wzorce kulturowe, które często są przyczyną samego problemu. Zmiana szkodliwych dla zdrowia zachowań wymaga zmiany stylu życia, indywidualnego podejścia, ale także zmiany ramy kulturowej. Bez rozpoznania kontekstu, w jakim istnieje dane zjawisko, próby jego ograniczenia będą kończyły się jedynie połowicznym i tymczasowym sukcesem.

Konkluzje

Stosowana antropologia medyczna, tak popularna w krajach anglosaskich, jest użytecznym narzędziem badawczym i interpretacyjnym, które dostarcza praktycznej wiedzy osobom związanym ze zdrowiem i chorobą. Metody badań etnograficznych mogą być używane w wielu obszarach:

1) Dane etnograficzne pozwalają zrozumieć w pełniejszy sposób świat człowieka chorego. Odkrywają one inny wymiar chorowania – *illness*, zakorzeniony w lokalnej kulturze. Ta strona choroby bardzo często wpływa na zachowania i postawy pacjentów wobec lekarzy i terapii. Poznanie subiektywnego wymiaru choroby może w istotny sposób wpłynąć na jakość i czas leczenia. Dzięki tym informacjom personel medyczny jest w stanie poznać definicje zdrowia i choroby swoich podopiecznych i pokierować terapią w taki sposób, aby spełniała ona oczekiwania chorych.

2) Badacze uprawiający antropologię kliniczną dostarczają praktycznej wiedzy, dotyczącej funkcjonowania placówek medycznych, zarówno z punktu widzenia pacjentów, jak i lekarzy. Antropolodzy prowadzący badania w placówkach zdrowia mogą pełnić rolę mediatorów, których celem jest znalezienie wspólnego punktu pomiędzy profesjonalną kulturą biomedyczną a kulturą osób przebywających w danej placówce. W tej roli sprawdzają się oni szczególnie, kiedy pomiędzy personelem medycznym a pacjentami istnieją znaczące różnice etniczne, kulturowe, społeczne czy klasowe.

3) Stosowana antropologia medyczna to doskonałe narzędzie do pozyskiwania wiedzy o zachowaniach i praktykach osób dotkniętych określonymi

chorobami. Szczególnie przydatne wydaje się przy terapii i profilaktyce schorzeń, które związane są ze stylem życia – choroby cywilizacyjne, choroby przenoszone drogą płciową, epidemie. Antropologiczne studia nad migracjami dostarczają cennej wiedzy na temat kanałów rozprzestrzeniania się określonych chorób.

4) Antropolodzy i przedstawiciele świata medycznego mogą tworzyć sprawne zespoły interdyscyplinarne, których celem jest poznanie i rozwiązanie danego problemu, poprzez połączenie wiedzy o lokalnej kulturze i praktykach z wiadomościami z obszaru biomedycyny i higieny. Antropolodzy zatrudnieni w agendach i organizacjach pozarządowych, związanych ze zdrowiem i chorobą, sprawdzają się w roli koordynatorów i autorów projektów profilaktycznych i kampanii społecznych.

Pomimo tak wielu obszarów, w których istnieje możliwość współpracy, antropologia medyczna w Polsce ciągle nie może wyjść z cienia. Uważam, że realizacja wspólnych, interdyscyplinarnych projektów okazałaby się bardzo owocna dla stron biorących w nich udział. Z pewnością największym beneficjentem takiej współpracy byłby pacjent.

LITERATURA

Cohen R.

1985 – *Social Theory and Critical Analysis in Applied Anthropology*, „American Behavior Scientist”, nr 29.

Foucault M.

1987 – *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, Warszawa.

Frank A.

1995 – *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*, Chicago.

Kleinman A.

1984 – *Indigenous systems of healing. Questions for professional, popular and folk care, Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives*, London.

McElroy A.

1996 – *Medical Anthropology, Encyclopedia of Cultural Anthropology*, New York.

McKenna M.

1985 – *Anthropology and Nursing – The Interaction between Two Fields of Inquiry*, „Western Journal of Nursing Research”, nr 6.

Paul B.

1955 – *Health, culture and community: case studies of public reaction to health programs*, New York.

Rakowski T.

2008 – *Medycyna humanistyczna. Nowe wyzwania w praktyce lekarskiej*, „Medycyna po dyplomie”, nr 10.

Rush J.A.

1996 – *Clinical anthropology. An application of anthropological concepts within clinical settings*, USA.

Savage J.

2006 – *Ethnographic evidence. The value of applied ethnography in healthcare*, „Journal of Research in Nursing”, nr 11.

Whiteford L.M., Bennett L.A.

2005 – *Applied anthropology and health and medicine, Applied anthropology. Domains of application*, USA.

Winthrop R.W.

1991 – *Dictionary of Concepts in Cultural Anthropology*, New York.

Vigarello G.

2011 – *Historia zdrowia i choroby*, Warszawa.