

Agata Janaszczyk

Gdański Uniwersytet Medyczny

Katarzyna Leoniuk

Gdański Uniwersytet Medyczny

Krzysztof Sobczak

Gdański Uniwersytet Medyczny

Nauki o zdrowiu: problem czy wyzwanie dla uniwersytetów medycznych?

Summary

HEALTH SCIENCES – A PROBLEMATIC ISSUE OR A CHALLENGE FOR THE MEDICAL UNIVERSITIES?

Health sciences is a fairly young discipline which deals with the multi-layered analysis of such elements as health care, health system, health education. Health sciences undertake also a detailed analysis of the process of minimising the consequences of an illness while taking into account the technical and service-related background. A distinctive feature of health sciences is the fact that they integrate several disciplines from various fields of sciences such as medicine, biology, humanities, social sciences, economics, law and technical sciences etc. Health sciences have an open and dynamic network of scientific links and associations. This feature allows one to undertake interdisciplinary research within the field of social sciences. Creating health science departments at the public medical universities in Poland has resulted in heightening and diversifying their research and educational potential. By opening health sciences' departments most of the medical schools managed to obtain an official status of a university. However in the field of health sciences the idea of *universitas* is transformed into the idea of *diversitas* – that is – an epistemic and methodological diversification. The idea of *diversitas* that characterises health sciences means a certain deconstruction of the monolith stability of the medical and pharmaceutical sciences. In this context it is interesting to define the university status of health sciences and their place in the structures of medical universities.

Key words: health science, university, medicine, interdisciplinary research.

red. Paulina Marchlik

Stosunkowo niedawno nauki o zdrowiu (*health sciences*) formalnie wzbogaciły polską klasyfikację obszarów wiedzy. Nowa dziedzina nauki względnie szybko znalazła swoje odzwierciedlenie w strukturze i ofercie edukacyjnej wielu uczelni tak publicznych, jak i niepublicznych o proweniencji medycznej, ale również pozamedycznej. O ile jednak w przypadku szkół wyższych nie zorientowanych na szkolnictwo w zakresie medycznym, nauki o zdrowiu mogą wydawać się komercyjnym uzupełnieniem kierunków kształcenia, o tyle dla uczelni o profilu *stricte* medycznym stanowią również dość zasadniczą zmianę w ich strukturach organizacyjnych, a także różnicują potencjał naukowy. Tradycyjnie na uniwersytetach medycznych podział wydziałów korespondował z podziałem nauk, w obrębie których podejmowano kształcenie, głównie w zakresie nauk medycyny i farmaceutycznych. Osadzenie w strukturach uniwersyteckich wydziałów nauk o zdrowiu spowodowało konieczność wyodrębnienia grup naukowców, jak i specjalistów w zakresie dydaktyki podejmowanych przedmiotów.

Przedmiotem ich namysłu stała się ochrona, opieka zdrowotna i promocja zdrowia, a także minimalizacja skutków choroby przy uwzględnieniu złożoności zaplecza technicznego i usługowego. Tak szeroko określony obszar badawczy obejmuje niektóre z nauk wywodzące się z medycyny jak np. epidemiologia, zdrowie publiczne, czy chociażby z biologii (np. biochemia, biofizyka), ale także nauki humanistyczne (np. filozofia, historia), społeczne (np. psychologia, socjologia, pedagogika) ekonomiczne (np. ekonomia, nauki o zarządzaniu), prawne (np. prawo, nauki o administracji), czy techniczne, matematyczne (np. informatyka, statystyka, inżynieria biomedyczna, biotechnologia). Owa koalicja nauk o zdrowiu oferuje zatem kształcenie specjalistów o dość wszechstronnym spojrzeniu na zdrowie i chorobę, które w zdecydowany sposób wykracza poza klasyczne ujęcie medyczne. Jak się wydaje, w postaci nauk o zdrowiu dokonała się swego rodzaju instytucjonalizacja paradygmatu szerokiego rozumienia ochrony, opieki i promocji zdrowia, czyli wieloczynnikowości ich uwarunkowań. Ów wzorzec percepcyjny, choć obecny w historii medycyny szczątkowo już od czasów Hipokratesa, zdawał się być zapoznany lub marginalnie, pobocznie traktowany w nomenklaturze biomedycznej i scjentyistycznej, która ukierunkowana była na ontologiczne ujmowanie zdrowia i choroby. Jak się wydaje, stopniowo rola szeroko rozumianych czynników determinujących całokształt oddziaływań etiologicznych, diagnostycznych i terapeutycznych nabierała znaczenia, co w pewnym stopniu przyczyniło się do wyodrębnienia nauk o zdrowiu.

Ukonstituowanie się nowej dziedziny wiedzy i jej akademickich reprezentacji w postaci wydziałów, z jednej strony, spowodowało swego rodzaju rozbitcie monolitycznego gmachu nauk medycznych i farmaceutycznych. Uwidacznia się

to w zróżnicowaniu struktur uczelni medycznych, ich ofercie kształcenia, a także reorganizacji społeczności naukowców. Z drugiej zaś, za sprawą usytuowania wydziałów nauk o zdrowiu w ramach akademii medycznych, mogły się one przekształcić w uniwersytety, co miało miejsce w większości przypadków. W związku z tym zasadna jest analiza realizowania się idei *universitas* w obszarze wyższego szkolnictwa medycznego ze szczególnym uwzględnieniem roli, jaką odgrywają w nim nauki o zdrowiu. Chodzi o rozpoznanie podstawowych założeń zawartych w owej idei w kontekście wyodrębnienia się nauk o zdrowiu, które modyfikują zastany kształt medycznej edukacji uniwersyteckiej, poprzez przekształcenie jej w idee *diversitas*.

Na pierwszym poziomie analizy zostanie przedstawiona specyfika nauk o zdrowiu i wskazany typ relacji między poszczególnymi dyscyplinami wchodzącymi w ich skład. Umożliwi to określenie treści i formy realizowania się idei *diversitas* z perspektywy specyfiki nauk o zdrowiu. Na drugim poziomie zostanie przeprowadzona analiza tematów badawczych podejmowanych w obszarze nauk o zdrowiu, a także charakteru projektów badawczych, co z kolei pozwoli na ukazanie stopnia oddziaływania idei *diversitas*. Natomiast na trzecim poziomie analizy zostaną omówione decyzje polityczne w zakresie globalizacji edukacyjnej, które przyczyniły się do powstania wydziałów nauk o zdrowiu, funkcjonujących na 11 polskich uniwersytetach medycznych. Chodzi tu o ukazanie struktury owych wydziałów tak pod względem oferowanych w ich ramach kierunków kształcenia, jak i charakterystyki jednostek dydaktyczno-naukowych. Zabieg ten będzie stanowić próbę ukazania instytucjonalizacji idei *diversitas* w ramach nauk o zdrowiu. Analizy te prowadzą do odpowiedzi na pytanie: czy nauki o zdrowiu w swych przejawach teoretycznych, strukturalnych i badawczych stanowią problem czy raczej wyzwanie dla uniwersytetów medycznych?

Uniwersytecki status nauk o zdrowiu

„Uniwersyteckość” konstituują dwie podstawowe składowe, a mianowicie uprawianie nauki i edukowanie. Jak się wydaje, różne koncepcje uniwersytetu na dwa sposoby odnoszą się do owych składowych albo akcentują podporządkowującą dominację jednej z nich (Humbolt, Newman) albo traktują je na zasadzie zależności hierarchicznej (Twardowski), która z konieczności przekształca się w komplementarną dialektykę zdobywania i upowszechniania wiedzy. Niemniej punktem wyjścia dla określenia uniwersyteckiego charakteru wiedzy jest trakto-

wane jej jako „całości kształtu nauk i umiejętności, a przynajmniej taki ich dobór, który pozwala widzieć w nich szczególną jedność” (Stróżewski 1992: 9) – pierwsza konstytutywna cecha, odzwierciedlającą się następnie we wspólnocie naukowców – druga konstytutywna cecha, oraz wspólnocie uczących i nauczanych – trzecia konstytutywna cecha. Nauki o zdrowiu stanowią dziedzinę wiedzy realizującą ową jedność faktycznie w szczególny sposób, a mianowicie jest to „jedność w różnorodności” (Goćkowski 1981: 73). Rozumienie całości kształtu nauk i umiejętności jako konglomeratu różnorodnych dyscyplin stanowiło warunek *sine qua non* powstania nauk o zdrowiu, do czego przyczyniły się procesy specjalizacji, przenikania się i przechodniości w obrębie nauk. Owa „jedność w różnorodności” nauk o zdrowiu odzwierciedla się także w ich specyfice (eklektyczność dyskursu) oraz typie relacji między poszczególnymi dyscyplinami, które wchodzi w skład tej dziedziny (luźna koalicja nauk skupiona wokół tematyki związanej ze zdrowiem). Na gruncie nauk o zdrowiu idea *universitas* przekształca się w idee *diversitas*, co w pewnym sensie zmienia klasyczne rozumienie uniwersyteckiego statusu wiedzy.

Warunki możliwości i specyfika nauk o zdrowiu

Jak się wydaje, warunkami, które umożliwiły wyodrębnienie nauk o zdrowiu były postępujące w nauce procesy dyferencjacji, dyfuzji i migracji. Zjawisko różnicowania się wiedzy polega na tworzeniu subdyscyplin, wykazujących tendencję do mniejszego lub większego uniezależniania się od dyscyplin dla nich źródłowych. Oznacza to, iż następuje swego rodzaju dezintegracja „struktury dyscyplinowej”, poprzez rozszerzenie założeń epistemologiczno-metodologicznych. Owe subdyscypliny powstają „w naukach już istniejących, szacownych i okrzepłych”, a przykładem może tu być chociażby psychologia kliniczna (Goćkowski 1981: 77). Dyfuzję zaś określa się jako połączenie elementów pochodzących z dwóch odmiennych problemowo nauk, w skutek czego tworzą się również subdyscypliny lub dyscypliny, których istotą jest interdyscyplinarne podejście np. socjologia medycyny (tamże: 77–78). Natomiast procesy migracji naukowej polegają na poruszaniu się w obrębie dwóch różnych pól badawczych, które wzajemnie się dopełniają (tamże: 78–79). Jako przykład może posłużyć medycyna społeczna, której specjaliści niejako migrują między naukami medycznymi a społecznymi, przez co dokonuje się wzbogacenie dyscyplinowe, nie naruszające jednak tożsamościowych granic poszczególnych nauk.

Opisane w skrócie procesy zachodzące w nauce legitymizują tożsamość dziedziny nauk o zdrowiu, skupiającą wiele dyscyplin i subdyscyplin powstałych

na drodze dyferencjacji, dyfuzji i migracji, które to nauki odnoszą się do szeroko rozumianej opieki, ochrony i promocji zdrowia. Interesującym wydaje się fakt, iż nauki o zdrowiu nie tworzą, przynajmniej na chwilę obecną, nowych w sensie właściwych tylko im dyscyplin i subdyscyplin, a dokonują aneksji tych istniejących już w ramach tradycyjnych nauk takich, jak medycyna, biologia, humanistyka, prawo, ekonomia itd. W znacznym więc zakresie nauki o zdrowiu są tworem hybrydowym, a więc złożonym pod względem problemowym, poznawczym, metodologicznym, którego założeniem jest heterogeniczny opis opieki, ochrony i promocji zdrowotnej. Dyskurs naukowy tej dziedziny nauki nosi zatem znamiona eklektycznego, co oznacza łączenie różnych perspektyw przedmiotowo-badawczych w celu uzyskania interdyscyplinarnej i zarazem komplementarnej analizy.

Gwiazdozbiór jako metafora więzi dyscyplinowych w naukach o zdrowiu

Aneksyjny i hybrydowy charakter nauk o zdrowiu zadaje się określać strukturę relacji między poszczególnymi naukami na sposób dynamicznego układu, który można nazwać luźną koalicją nauk. W literaturze przedmiotu tego typu struktury badawcze określane są metaforycznie mianem gwiazdozbiorów, a więc układów w znacznym stopniu otwartych, w ramach których między stosunkowo autonomicznymi i autotelicznymi naukami zachodzą zróżnicowane związki. Więzy te nie są w ścisły sposób określone, a jedynym ogólnie wyznaczonym punktem odniesienia jest wspólny, choć szeroko rozumiany problem, jakim w przypadku nauk o zdrowiu jest opieka, ochrona i promocja zdrowia, który jednak ulega specjalistycznemu rozczłonkowaniu. Relacje między naukami można scharakteryzować jako spontaniczne, a ich podstawą jest wspólnota celu na tyle ogólnie sformułowanego, iż jego realizacja nie przebiega według ścisłych reguł (Dominiak 2006: 52). Ów cel jest zatem osiąganym poprzez nawiązywanie swobodnych interakcji badawczych, które nie ulegają żadnym konkretnym „predefiniowanym strategiom, dotyczącym ustanawiania relacji międzydyscyplinowych” (tamże).

W związku z tym „zaangażowane we wspólny wysiłek poznawczy dyscypliny dążą do celu równocześnie i bezinteresownie, nie starają się narzucić zasad współpracy, rygoru badawczego czy też własnych zapatrywań wobec przewidywanych wyników” (tamże: 53). Zatem wspólnota interesu poznawczego jest co prawda założona, ale nie polega ona na dojściu do „ostatecznych i jednoznacznych wyników” (tamże). Nie istnieje żaden przymus nawiązywania konkretnych relacji, które zachodzą między dyscyplinami i subdyscyplinami w toku prowadzenia przez ich przedstawicieli swego rodzaju dialogu. Chodzi tu bowiem przede

wszystkim o „wymianę materiału badawczego, konstruktów teoretycznych, narzędzi pojęciowych czy wartości pomiędzy danymi dyscyplinami” (tamże: 53–54). Tego typu partnerskie zależności w ramach nauk o zdrowiu nie tylko sprzyjają podejmowaniu interdyscyplinarnych programów badawczych – rozwiązujących konkretne problemy, ale wręcz stanowią o istocie koalicji nauk o zdrowiu.

Nauki o zdrowiu są więc specyficznym typem gwiazdozbioru, gdyż *de facto* istnieje tu pewna forma strategii dyscyplinarno-badawczej. Polega ona na niemal apriorycznej konieczności nawiązywania przez nauki wchodzące w skład tej dziedziny wiedzy interdyscyplinarnych powiązań, których jednak rodzaj i charakter nie jest w sposób ostry i wyraźny określony. Owa strategia nie tyle nie toleruje niepowiązanych nauk (tamże: 53), co raczej nie zawłaszcza do koalicji tych, które niejako nie rokują szans na wytworzenie powiązań interdyscyplinarnych. W przypadku nauk o zdrowiu zatem interdyscyplinarność jest swego rodzaju kryterium przyłączenia do nich tych dyscyplin, subdyscyplin, które albo potencjalnie generują takie więzi, albo same stanowią już interdyscypliny. Faktycznie więc elementy składowe gwiazdozbioru nauk o zdrowiu ulegają na tyle swobodnym uwarunkowaniom, iż mogą wchodzić w zróżnicowane i dowolne zależności (tamże: 52–53). Pojawia się zatem wspólny interes poznawczy, ale jego realizacji towarzyszy znaczny stopień autonomii, co oznacza, iż istotą nauk o zdrowiu jest przede wszystkim kontakt między naukami, które są traktowane na zasadzie równorzędności (tamże).

Wskazuje się jednak na pewne negatywne cechy struktury dyscyplinarnej o typie gwiazdozbioru. Należy tu wymienić niestałość relacji między naukami i nie komplementarne „ustalenia współpracujących dyscyplin” (brak jedności); następnie „kłusownictwo intelektualne» tzn. sytuacja, w której łączenie uzgodnień wielu nauk prowadzi do przekroczenia granic interpretacji, powyżej której już «wszystko podobne jest do wszystkiego»” (zatrącenie zróżnicowania); rywalizacje nauk o prymat badawczy (zagrożenie autonomii); niespodziewane wyniki w stosunku do przyjętego planu (niestabilność poznawcza w kwestii osiągnięcia prawdy) (Dominiak 2006: 54).

Nauki o zdrowiu: *universitas* czy *diversitas*?

Niezbywalnymi elementami idei *universitas* są dążenie do prawdy, różnorodność i szeroki zakres autonomii (Brzeziński 1997b: 211–215, 217), które na tym poziomie analizy będą dotyczyć istoty badań naukowych, choć oczywiście

mają one znacznie szerszy zasięg. Chodzi zatem w pierwszej kolejności o zdobywanie prawdy obiektywnej i prawdopodobieństw, a także poszukiwania sposobów ich osiągnięcia (Twardowski 2008: 12). W takim kontekście jedność oznacza wspólnotę celu, do którego osiągnięcia zmierzają wszyscy uczestniczący w społeczności uniwersytetu. Brzeziński zaznacza przy tym, iż owe zabiegi osiągnięcia prawdy nie zawsze prowadzą do efektywnych wyników, praktycznych zastosowań, gdyż zadaniem owej *universitas* jest również konieczność odpowiedzi na pytania podstawowe (Brzeziński 1994a: 41). Tego typu wiedza nosi znamiona narracji czystej, obiektywnej, uniwersalnej, ogólnej, która nie jest uwarunkowana zewnętrznymi czynnikami, a jedynie wewnętrzną logiką poznania. *Universitas* oznacza także różnorodność sposobów dochodzenia do prawdy i prawdopodobieństw oraz wielość przedmiotową. Charakterystyczny jest więc pluralizm tak epistemologiczny, jak i metodologiczny, który „musi być traktowany jako naczelną ideą regulatywną każdej instytucji poświęconej zdobywaniu naukowej prawdy. Istnieje konieczność wstępowania na różne drogi i wypróbowywania różnorodnych metod badawczych” (Stróżewski 1992: 13). Dopełniającą wartością *universitas* jest oczywiście autonomia rozumiana jako swoboda i wolność w obszarze poszukiwań prawdy, prowadzenia badań, poszerzania zainteresowań związanych z przedmiotem badań, upowszechniania wyników (Melosik 2009: 13–14). Tak rozumiana idea *universitas* przybiera postać multidyscyplinarnego, w rozumieniu newmanowskiego uzupełniania się, poprawiania i równoważenia się nawzajem nauk (Newman 1978: 696).

Władysław Stróżewski stwierdza, iż jedność i sens zarysowanej powyżej idei *universitas* staje pod znakiem zapytania, jeśli uwzględni się „niebezpieczeństwo specjalizacji”, które doprowadziło do znacznej „atomizacji wiedzy” (Stróżewski 1992: 10). Dodatkowo na los idei *universitas* ma wpływ „wyzwanie postmodernistyczne” związane z krytyką wiedzy obiektywnej, która staje się partykularnym wytworem społeczno-historycznych praktyk wytwarzania władzy. Wiedza zatem „przestaje być uniwersalna i homogeniczna; postrzegana jest jako relatywna i fragmentaryczna”, czyli rozproszona (Melosik 2009: 90). Radykalne konsekwencje wynikające z atomizacji wiedzy i dekonstrukcji tradycyjnego znaczenia prawdy mogą teoretycznie prowadzić do przekształcenia różnorodności w polimorficzność, a autonomii w anarchię. Zbyszko Melosik zwraca jednak uwagę na to, iż niebezpieczeństwo wynikające z postmodernistycznych założeń może być jedynie pozornym zagrożeniem, które nie musi, po pierwsze, prowadzić do „rezygnacji z poszukiwania jakiegokolwiek prawdy i wiedzy”, czyli do nihilizmu epistemologicznego. Rzeczywistość bowiem jest na tyle dynamiczna i złożona, iż nauka dążąca do uzyskania jednolitego obrazu całości byłaby swego rodzaju

zafałszowaniem, i w takim sensie jest niemożliwa (tamże: 25, 94–95). Po drugie, to właśnie dzięki postmodernistycznej perspektywie „możliwe jest współistnienie różnych form wiedzy i różnych form prawd, które wynikają z odmiennych biografii naukowych i założeń teoretycznych. Są to – z mojej perspektywy – „wiedza” i „prawdy” wartościowe i społecznie użyteczne. Powrót do idei absolutnej prawdy, którą uniwersytet ma odkrywać, jest bez sensu. Istota wolności akademickiej pozostała w nowych warunkach niezmienną: jej zadaniem jest tworzenie warunków do swobodnego dochodzenia do prawdy – już nie absolutnej i niemożliwej do zakwestionowania, lecz „skromnej”, niekiedy własnej, zawsze pluralistycznej” (Melosik 2009: 25). Również i Stróżewski zaznacza, iż uniwersytet stanowi „naturalne miejsce powstawania i rozwijania nauk łączących różne tereny i metody badań. Tu także najłatwiej przenosić z jednej dziedziny na inne i tam wypróbować metody badawcze, o których wolno zasadnie sądzić, że mogą mieć zakres zastosowań bardziej uniwersalny niżby się początkowo zdało” (Stróżewski 1992: 10). Zwraca on także uwagę na formę wzbogacenia struktury naukowej uniwersytetu poprzez konwersatoria międzydyscyplinarne, skupiające specjalistów odmiennych dziedzin (Stróżewski 1992: 12). Choć uwaga ta zdaje się dotyczyć dydaktyki, to jednak można ją potraktować jako przyczynek do uskuteczniania międzydyscyplinarnych badań naukowych.

Oba stanowiska, z jednej strony, akcentują pewne zmiany w rozwoju nauki uniwersyteckiej, które mają wpływ na przeformułowanie samej idei *universitas*, z drugiej zaś, wskazują na możliwości zachowania jej podstawowych wartości, jakimi są prawda, różnorodność i autonomia, choć w nieco odmiennej formie. Chodzi tu o idee *diversitas*, polegająca na równouprawnionym zróżnicowaniu nauk podstawowych i stosowanych z całym ich zapleczem badawczym, przy jednoczesnym projektowaniu wspólnych programów interdyscyplinarnych, w których jedność polega na skupieniu potencjału różnych dyscyplin na konkretnych problemach. Nauki o zdrowiu stanowią przykład właśnie tego typu dziedziny, która skupia się na szczegółowych problemach z zakresu opieki, ochrony i promocji szeroko rozumianego zdrowia, bo odnoszącego się również do funkcjonowania pacjentów w stanie choroby, w aspekcie uwzględniającym zaplecze usługowo-techniczne. Owa kooperacja różnych dyscyplin w zdecydowany sposób jest praktyką *diversitas* na co wskazuje hybrydowy charakter nauk o zdrowiu, a także typ relacji między poszczególnymi dyscyplinami (luźna koalicja), które powstałe w wyniku dyferencjacji, dyfuzji i migracji z gruntu, przejawiają interdyscyplinarne tendencje (por. Sobczak i in. 2015).

Labirynt jako metafora uniwersyteckiego charakteru nauk o zdrowiu

Metaforycznym odzwierciedleniem idei *diversitas* i zawartej w niej interdyscyplinarności wiedzy uniwersyteckiej jest labirynt. W niezwykle sugestywnym tekście *Uniwersytet, jego powaga i warunki* Tadeusz Sławek ukazuje symboliczną przemianę myślenia o uniwersytecie. Polega ona na odwróceniu optyki określającej jego charakter na sposób wertykalny, a więc jako wieżę czy to z kości słoniowej, czy też jako latarnię morską, na perspektywę horyzontalną, która traktuje uniwersytet właśnie jako labirynt. Pionowe metafory architektoniczne akcentują co prawda wyjątkowość lub dostojeństwo polegające na stabilności, dystansie i niezależności uniwersytetu „przeciwko zmiennym kształtom rzeczywistości i stoi wobec niepokoju świata i jego zjawisk” (Sławek 2008: 99), niemniej korespondują one raczej z klasyczną ideą *universitas*.

W tradycyjnym rozumieniu labirynt kojarzy się – zdaniem Sławka – z niebezpieczeństwem i zagubieniem, które jednak w bardziej adekwatny sposób oddają charakterystyczną dla *diversitas* „mnogość dróg i sposobów działania”, nie będących jednak zarazem „bezludną płataniną” (Sławek 2008: 98). Zdecydowanie ujawnia się tu różnorodność nauk i ich autonomiczność epistemologiczno-metodologiczna, bo choć labirynt posiada punkt centralny nie ma jednej obowiązującej i prostej drogi do niego prowadzącej. Zatem ów punkt centralny można określić jako swoisty desygnat prawdy, do której zmierzają na różne sposoby dyscypliny naukowe. Dodatkowo autor analizowanego tekstu zwraca uwagę na to, iż w labiryncie dochodzi do „dezintegracji jednego centralnego punktu”, a więc można mówić wręcz o wielu prawdach. W kontekście metafory labiryntu interdyscyplinarność i problem stanowiący przedmiot badań interdyscyplinarnych oznaczają odpowiednio „konieczność wzięcia pod uwagę wszystkich nasuwających się zwrotów trasy”, a także wagę ukrytego w problemie znaczenia, które dostępne jest dla wtajemniczonych, czyli po prostu dla przedstawicieli różnych dyscyplin (tamże).

Jak się wydaje, nauki o zdrowiu stanowią swego rodzaju labirynt, tworzący w strukturach uniwersytetów medycznych przestrzeń dla badań w zdecydowany sposób „sprzeciwiającą się bezrefleksyjnej dominacji przyzwyczajęń i konwencji kulturowych” (Sławek 2008: 99), bazujących na ściśle biomedycznym postrzeganiu zdrowia i choroby, w którym pozamedyczne czynniki traktowane były jako dodatek czy uzupełnienie głównego nurtu badawczego. Tym samym dziedzina ta reprezentuje czy wręcz jest efektem przemian w rozumieniu uniwersytetu medycznego już nie jako wertykalnego i monolitycznego prymatu nauk medycznych i farmaceutycznych, ale jako horyzontalnego zróżnicowania dyskursów po-

chodzących z nauk o odmiennych tradycjach badawczych, których przedmiotem jest ochrona, opieka i promocja zdrowotna.

Uniwersytecki status nauk o zdrowiu jest określany przez przekształcenie idei *universitas* w idee *diversitas*. Jak się wydaje, treścią owej idei jest interdyscyplinarność, która jednak zachowuje podstawowe i tradycyjne wartości wiedzy uniwersyteckiej, a mianowicie dążenie do prawdy, zróżnicowanie i autonomię. Formą zaś *diversitas* są z jednej strony otwarty i dynamiczny układ więzi zachodzących między dyscyplinami (metafora gwiazdozbioru), z drugiej zaś, złożoność i heteronomiczność tych więzi (metafora labiryntu).

Nauki o zdrowiu jako specyficzna *societas* badawcza

Odwołując się po raz kolejny do tekstu Tadeusza Sławka można określić profesjonalistów praktykujących *diversitas* jako wspólnotę badawczą, która stanowi również drugą konstytutywną cechę uniwersyteckiego statusu wiedzy. Co prawda należy dokonać swoistej parafrazy charakterystyki owej *societas*, ponieważ w niniejszym tekście chodzi o opisanie specyficznego pola tematycznego praktyki badawczej w ramach współpracy między naukowcami skupionymi wokół nauk o zdrowiu, nie zaś więzi poza poznawczych. Głównymi cechami *societas* są wzajemna „lojalność ludzi o wielobarwnych poglądach i zainteresowaniach”, o rozbieżnych zainteresowaniach i interesach, a więc przyjaźń, polegająca na wspólnym przystawianiu nie podporządkowanemu przede wszystkim dążeniu do osiągnięcia celu (Sławek 2008: 86–88).

Z perspektywy omawianego w tym artykule tematu, *societas* badawcza nauk o zdrowiu oznacza, iż lojalność zostaje przetransponowana w uznanie wieloczynnikowości uwarunkowań dotyczących zdrowia, które nie jest tu określane po prostu negatywnie jako brak choroby, ale traktuje się je w kategoriach dobrostanu ulegającemu mniejszym lub większym zmianom, wahaniom, fluktuacjom. Oznacza to, iż przedmiotem zainteresowania nauk o zdrowiu jest również minimalizacja ograniczeń wynikających z choroby, a więc chodzi o kompleksową opiekę zdrowotną z jej technicznym i usługowym zapleczem, co było już wielokrotnie podkreślane. Natomiast „przyjaźń przechodzi w szacunek” wobec stosowania zróżnicowanych metod i aspektów przedmiotowych. Choć wspólnota badawcza jest ukierunkowana na cel, to jest on na tyle rozproszony i szeroko rozumiany, że naukowcy mogą uczestniczyć w wielu różnych grupowych konfiguracjach badawczych, inicjując wciąż od nowa więzi wspólnotowe, co oznacza

„pokorę wobec wiedzy i świadomość, że proponowane odpowiedzi nie są nigdy «ukończone»” (Sławek 2008: 92).

Metodologia badań

Głównym celem badań statusowych prowadzonych przez Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej (działający na Wydziale Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego) jest stworzenie monografii wydziałów nauk o zdrowiu, funkcjonujących w strukturach uczelni medycznych w Polsce. Realizacja tak określonego celu badawczego wymaga zastosowania procedur mieszanych rozumianych, jako łączenie metod ilościowych z metodami jakościowymi w ramach jednej pracy. Wybór ten podyktowany jest złożonością nauk o zdrowiu, dla których samo ujęcie ilościowe lub jakościowe wydaje się być niewystarczające. Ponadto, jak słusznie zauważa John W. Creswell, interdyscyplinarność nauk o zdrowiu przyczynia się do powstawania zespołów badawczych o różnych zainteresowaniach i różnym podejściu metodologicznym (Creswell 2013: 219), tak więc badania mieszane w adekwatny sposób zwiększają rzetelność opisu fenomenu zdrowia oraz reprezentującej jej dyscypliny. Dane zaprezentowane w niniejszej pracy zgromadzono w oparciu o następujące techniki badawcze: ilościowa i jakościowa analiza tzw. SYNABY, w ramach której dostępne są w serwisie internetowym Nauki Polskiej podstawowe informacje na temat projektów badawczych realizowanych w ramach nauk o zdrowiu, a także badanie ankietowe – kierowane do pracowników i doktorantów wydziałów nauk o zdrowiu funkcjonujących w ramach 11 uniwersytetów medycznych. Wynikiem zastosowanych technik jest uzyskanie stosunkowo szerokiego opisu działalności naukowej pracowników wydziałów oraz próba stworzenie profilu naukowego specjalistów z zakresu różnych dziedzin (nauk: medycznych, społecznych, prawnych, ekonomicznych, humanistycznych oraz technicznych) zajmujących się szeroko ujętym problemem zdrowia. Ze względu na ograniczone możliwości małego zespołu badawczego zdecydowano o selektywnym gromadzeniu danych, czyli rozłożeniu zbierania materiału badawczego na etapy. W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę 574 projektów badawczych (SYNABA) realizowanych w okresie od stycznia 2008 do sierpnia 2013. Ostatnia, najdłużej trwająca faza badań to przeprowadzenie ankiety wśród pracowników i doktorantów. Należy dodać, iż badanie ankietowe jest nadal w trakcie realizacji, do tej pory uzyskano 86 wypełnionych kwestionariuszy, które jako wyniki cząstkowe zostaną zaprezentowane w niniejszym artykule.

Problematyka badawcza nauk o zdrowiu w kontekście uznania wieloczynnikowości zdrowia

Biorąc pod uwagę słowa kluczowe oraz tematykę projektów badawczych realizowanych przez pracowników wydziałów nauk o zdrowiu w ostatnich latach wyróżniono osiem głównych kategorii badawczych: choroba, dyscypliny pokrewne medycynie, usługi i zawody medyczne, zdrowie, inne nauki, jakość, wsparcie i rehabilitacja oraz śmierć (tabela 1).

Tabela 1. Głównie kategorie badawcze w naukach o zdrowiu (N = 574)

Główne kategorie badawcze	N	%
Choroba	354	61,5
Dyscypliny pokrewne medycynie	243	42,3
Usługi (i zawody) medyczne	229	39,9
Zdrowie	227	39,5
Inne nauki	139	24,2
Jakość	124	21,6
Rehabilitacja i wsparcie	52	9,1
Śmierć	16	2,8

Źródło: badania własne

Niespełna dwie trzecie prac (62%) porusza problem konkretnej jednostki chorobowej. Najwięcej projektów dotyczy chorób nowotworowych, neurologicznych i układu krążenia, choć nie brakuje też badaczy zajmujących się otyłością, chorobami zakaźnymi czy zaburzeniami układu pokarmowego. W połowie przypadków choroby analizowane są w kontekście drugiej kategorii tzn. dyscypliny tradycyjnie związanej z medycyną (42%). Do dyscyplin najliczniej reprezentowanych zaliczyć należy: epidemiologię, biochemię, biologię medyczną, mikrobiologię oraz fizjologię. Obie wymienione, najczęściej podejmowane kategorie dowodzą bliskich związków nauk o zdrowiu z naukami medycznymi. Większość kierowników projektów badawczych (65%), jako wiodącą dyscyplinę podaje medycynę, w tym najliczniejszą grupę naukowców stanowią doktorzy nauk medycznych (52%), podczas gdy doktorzy nauk o zdrowiu – to niespełna 14% badaczy. Oczywiście wyjaśnieniem takiego stanu rzeczy jest stosunkowo krótka historia nadawania tytułów doktora nauk o zdrowiu. Warto również dodać, iż znacząca

grupa pracowników wydziałów nauk o zdrowiu rozprawy doktorskie i habilitacyjne realizowała na innych wydziałach uczelni medycznych.

Do kategorii bezpośrednio związanych z naukami o zdrowiu, należy zaliczyć dwie kolejne: usługi medyczne (40%) oraz zdrowie (39,5%). W zakresie usług medycznych do najczęściej podejmowanych problemów należą badania zastosowania konkretnych procedur i usług medycznych. Ponadto nie brakuje analiz poświęconych efektywności usług oraz zarządzania systemami zdrowotnymi. Oddzielną podkategorię stanowią badania systemu kształcenia oraz funkcjonowania w zawodach medycznych. Natomiast zdrowie, jako oddzielna kategoria badawcza, analizowane jest w stosunkowo szerokim kontekście. Obok klasycznych problemów takich jak zachowania zdrowotne, stan zdrowia czy profilaktyka zdrowotna w badaniach pracowników wydziałów nauk o zdrowiu, dość dużym zainteresowaniem cieszą się problemy zdrowia prokreacyjnego i ciąży. Należy podkreślić, iż co trzeci analizowany projekt badawczy bezpośrednio dotyczy zdrowia. Pomimo iż kategoria ta nie jest najliczniej reprezentowana stanowi istotny, choć nie jedyny problem badawczy podejmowany przez naukowców (tabela 2).

Tabela 2. Podkategorie badawcze w usługach medycznych i zdrowiu

Usługi i zawody medyczne	N	%	Zdrowie	N	%
Zawody medyczne	26	11,4	Zachowania zdrowotne	21	9,3
Relacje z pacjentem	11	4,8	Stan zdrowia	37	16,3
Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej	25	10,9	Profilaktyka i edukacja zdrowotna	31	13,7
Finansowanie usług	7	3,1	Sprawność fizyczna	30	13,2
Efektywność usług	61	26,6	Zdrowie prokreacyjne	21	9,3
Konkretna usługa, procedura	76	33,2	Żywienie	36	15,9
Inne	2	0,9	Czynnik ryzyka	14	6,2
			Ciąża	25	11
			Inne	12	5,3
Ogółem	229	100	Ogółem	227	100

Źródło: badania własne

Kolejna kategoria czyli „inne nauki” potwierdza interdyscyplinarny charakter nauk o zdrowiu. Poza już wspomnianą liczną grupą badaczy legitymizujących

się wykształceniem medycznym i biologicznym do grupy badaczy zdrowia zaliczyć należy przedstawicieli innych dyscyplin, takich jak: psychologia, socjologia, ekonomia, prawo, filozofia oraz etyka. Łącznie, co czwarta praca badawcza (24%) powstaje z wykorzystaniem teorii i/lub metodologii wymienionych nauk. Kolejnym, stosunkowo popularnym tematem podejmowanym przez badaczy zdrowia są zagadnienia jakości (21%). Połowa projektów dotyczy jakości życia w chorobie, jedna trzecia jakości usług medycznych, pozostałe prace odnoszą się do jakości w zarządzaniu służbą zdrowia. Do zagadnień najrzadziej poruszanych w badaniach realizowanych na wydziałach nauk o zdrowiu zaliczyć należy problemy rehabilitacji i wsparcia (9%) oraz problem śmierci.

Subiektywna ocena badań podejmowanych w naukach o zdrowiu

Na podstawie cząstkowych wyników ($N = 86$) uzyskanych przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, kierowanej do pracowników i doktorantów wydziałów nauk o zdrowiu jedenastu uczelni medycznych można wstępnie scharakteryzować rodzaje aktywności naukowej badaczy zdrowia. Kierownicy projektów badawczych najczęściej decydują się na prowadzenie badań podstawowych (52%) lub badań rozwojowych (43,5%). Do rzadkości zaś można zaliczyć badania celowe, stanowiące niespełna 5% realizowanych projektów. W wyborze tematu badawczego respondenci kierowali się głównie zgodnością problemu z indywidualnymi zainteresowaniami naukowymi (56%) oraz oryginalnością podejmowanej tematyki („temat nie był dotąd podejmowany bądź jest częściowo eksplorowany” – 53,5%). Nie bez znaczenia jest dla badaczy zgodność tematu ze społecznymi potrzebami, ponad 38% ankietowanych zadeklarowało taki powód wyboru tematu badawczego. Prawie co trzeci respondent (30%) jako istotny czynnik wpływający na wybór tematu wskazał możliwość jego interdyscyplinarnego ujęcia. Owa gotowość na podjęcie współpracy wydaje się być istotną cechą konstytuującą nauki o zdrowiu. W tym miejscu warto dodać, iż ponad połowa respondentów (53%) zadeklarowała współpracę z innymi naukowcami, bądź instytucjami przy realizacji ostatnio prowadzonego projektu, w tym aż 40% stanowią prace interdyscyplinarne.

Kolejną, obok interdyscyplinarności, cechą charakteryzującą projekty realizowane w ramach nauk o zdrowiu jest różnorodność metodologiczna. Do realizacji celów badawczych naukowcy najczęściej wykorzystują więcej niż jedną metodę badawczą. Do najpopularniejszych technik zbierania danych, użytych w niespełna połowie analizowanych projektów należą badania ankietowe (46,5%) oraz

analiza dokumentów (42%). W co trzecim badaniu naukowcy zastosowali eksperyment (34%), wywiad (34%) bądź standaryzowane testy (30%). Natomiast do grupy rzadziej stosowanych metod zaliczają się analizę treści (22%) oraz obserwację (15%).

W ankiecie nie zabrakło pytań umożliwiających ocenę warunków aktywności naukowej pracowników wydziałów nauk o zdrowiu. W opinii 42% respondentów badacze zdrowia są równie aktywni, co przedstawiciele innych wydziałów istniejących na ich uczelni. Co piąty badany uważa (21%), iż na wydziałach nauk o zdrowiu prowadzi się mniej projektów badawczych w porównaniu do innych wydziałów na ich uczelniach, zaś przeciwnie stanowisko przyjmuje, co dziesiąty respondent (11%). Na aktywność naukową obok indywidualnych przekonań i pracowitości wpływają też bariery systemowe. Za najważniejsze przeszkody, z którymi muszą się zmagać naukowcy ankietowani uznali: brak pieniędzy na badania (61%), nadmiar obowiązków zawodowych (53%), wszechobecną biurokrację (42%) oraz skomplikowane procedury konkursów i grantów (40%). W tym miejscu warto dodać, iż aż 41% badanych zadeklarowało dokładanie własnych środków finansowych w celu realizacji projektu badawczego. Analogiczna liczba respondentów pokryła koszty z środków budżetowych, zaś niewielki odsetek badań został wykonany dzięki prywatnym sponsorom (5%) lub środkom pochodzącym z UE (4%). Obok słabości poproszono również naukowców o wskazanie mocnych stron charakteryzujących polskich naukowców. I tak pozytywnie w opinii respondentów przedstawia się gotowość badaczy do współpracy interdyscyplinarnej (50%), wysokie kwalifikacje kadry naukowej (49%), jak i większe możliwości podejmowania współpracy międzynarodowej (46,5%).

Przeprowadzona analiza tematów badawczych i opinii pracowników wydziałów nauk o zdrowiu, dotyczących prowadzonych przez nich projektów, pozwala na potwierdzenie założenia, iż dziedzina ta konstytuuje specyficzny rodzaj *societas*. Wyniki badania wyraźnie ukazują uznawanie w badaniach wieloczynnikowego uwarunkowania zdrowia i chorób. Niemniej można zaobserwować, iż tematyka badań głównie dotyczy tej drugiej kategorii, a naukowcy w przeważającej części są reprezentantami nauk medycznych. Natomiast kategorii zdrowia oraz usług medycznych są rzadziej wybieraną problematyką, a więc i udział specjalistów dyscyplin pozamedycznych jest mniejszy, choć w zdecydowany sposób obecny.

Wspólnota naukowa nauk o zdrowiu wykazuje również znaczny stopień zróżnicowania pod względem rodzaju badań i stosowanych w nich metodach. Można zauważyć pewną równowagę między prowadzeniem badań podstawowych, które stanowią o akademickim charakterze wiedzy, a badaniami rozwojowymi

ukierunkowanymi komercyjnie, choć z pewną przewagą tych drugich. Należy przy tym zaznaczyć, iż większość badań prowadzonych jest ze względów uzyskania wiedzy nowej lub poszerzenia przedmiotu własnych zainteresowań, co w zdecydowany sposób odnosi się do wartości wiedzy uniwersyteckiej, jakim jest dążenie do prawdy, do prawdopodobieństw. Niemniej ze względu na prowadzone prace rozwojowe, badacze w znacznym stopniu uwzględniają potrzeby społeczne, co oczywiście z jednej strony zapewnia kontakt wiedzy uniwersyteckiej ze społeczeństwem. Z drugiej strony jednak, tego typu badania noszą znamiona przedsięwzięć komercyjnych, które w pewnym sensie może ograniczać autonomię badawczą. Należy jednak zaznaczyć, iż integralnym elementem nauk o zdrowiu jest sfera usług i zaplecza technicznego, co nierozdzielnie związane jest z prowadzeniem właśnie badań rozwojowych.

Wspólnotę badawczą nauk o zdrowiu charakteryzuje praktyka *diversitas*, co odzwierciedla się w świadomości konieczności podejmowania badań interdyscyplinarnych, które w deklaracjach naukowców faktycznie są przez nich przy najmniej częściowo prowadzone. Tego typu twierdzenia w połączeniu z analizą tematów projektów badawczych potwierdzają, iż *societas* nauk o zdrowiu ma charakter luźnej koalicji nauk, przyjmującej formę gwiazdozbioru, a więc w znacznym stopniu otwartej i autonomicznie kształtującej więzi naukowe. Pewien jednak problem może stanowić znów przewaga więzi, ukierunkowanych przede wszystkim na kontekst medyczny, który wydaje się nieco zaburzać ową swobodę i dynamikę badawczą.

Przedstawiona charakterystyka wspólnoty specjalistów z zakresu nauk o zdrowiu skłania do stwierdzenia, iż stanowi ona swego rodzaju wyzwanie dla potencjału naukowego uniwersytetów medycznych. Chodzi tu przede wszystkim o wypracowanie tożsamości badawczej przedstawicieli nauk o zdrowiu, co nierozdzielnie związane jest z określeniem pewnych granic ich zależności od nauk medycznych. Niewątpliwie taka zależność istnieje i do pewnego stopnia jest z konieczności związana z przedmiotową ważnością nauk o zdrowiu, ale nie może oznaczać dominacji i narzucania strategii badawczych związanych z medycyną. Istotnym problemem jest również silniejsze akcentowanie komponenty szeroko rozumianego zdrowia, nie zaś badawczego skupiania się w przeważającej części na chorobach, co znów może być efektem silnej zależności nauk o zdrowiu od medycyny. W związku z tym wyzwaniem, które stoi przed uniwersytetami medycznymi konieczne jest uwzględnienie i zapewnienie naukom o zdrowiu autonomii przedmiotowo-metodologicznej. Innym jeszcze zadaniem uniwersytetów medycznych w kontekście ukonstytuowania się nauk o zdrowiu jest zmierzanie do podtrzymywania równowagi między badaniami podstawowymi a stosowanymi

i komercyjnymi, co przyczyni się do wzmocnienia uniwersyteckiego statusu wiedzy pochodzącej z tej dziedziny.

Instytucjonalizacja idei *diversitas*: struktura wydziałów nauk o zdrowiu, kierunki kształcenia

Trzecią cechą uniwersyteckości jest wspólnota nauczających i nauczanych, która w niniejszym artykule będzie rozpatrywana w odniesieniu do struktur wydziałów nauk o zdrowiu i kierunków kształcenia podejmowanych w ich ramach. Analiza ta została oparta o dane zebrane ze stron internetowych jednostek dydaktyczno-naukowych funkcjonujących na jedenastu uniwersytetach medycznych. Analiza ta podjęta była z zamiarem ukazania instytucjonalnej warstwy idei *diversitas* w kontekście decyzji politycznych, które umożliwiły powstanie akademickich odpowiedników nauk o zdrowiu.

Przekształcenie wyższych uczelni zawodowych, jakimi były akademie medyczne w uniwersytety medyczne, wynika ściśle z dwóch zasadniczych przyczyn. Pierwszą z nich stanowi sygnowanie przez Polskę Deklaracji Bolońskiej z 18–19 czerwca 1999 roku. Na fundamencie zapisów w niej postulowanych Polska wraz z sygnatariuszami zadeklarowała utworzenie do roku 2010 na terenie Unii – Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego. Drugą z przyczyn, stanowi akcesja Polski w struktury Unii Europejskiej, która nastąpiła 1 maja 2004 roku. Wymagała ona realizacji głównych zasad, na jakich opiera się członkostwo we wspólnocie, między innymi (i przede wszystkim) zasady swobodnego przepływu osób w ramach UE.

Implikacje takich decyzji politycznych w obszarze szkolnictwa wyższego polegały więc na tym, aby zunifikować system kształcenia, poprzez wdrożenie określonych zasad w ramach struktury kształcenia, posiadanych kwalifikacji i uprawnień absolwentów czy przyznawanych tytułów i stopni naukowych itd. W ramach uczelni medycznych składową tego procesu było wynikające z konieczności: przeniesienie niektórych zawodów medycznych, takich jak pielęgniarstwo, położnictwo, dietetyka, fizjoterapia czy ratownictwo medyczne z poziomu kształcenia policealnego na poziom uczelni wyższych (Lass 2010: 21) oraz uzupełnienie poziomu wykształcenia dla wskazanych zawodów (np.: pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, itd.). Jednym z efektów wprowadzonych reform stało się powoływanie nowych struktur wydziałowych w ramach akademii medycznych – Wydziałów Nauk o Zdrowiu.

W założeniach polskiej polityki harmonizacji kształcenia do standardów UE wprowadzono dnia 25 lipca 2005 r. Ustawę Prawo o Szkolnictwie Wyższym. Na jej mocy dokonano reformy instytucjonalnej określając między innymi kryteria transformacji struktur akademickich w struktury uniwersyteckie. I tak, „uniwersytetami” mogły pozostać te uczelnie, które posiadały prawo nadawania stopnia naukowego doktora przynajmniej w dwunastu dyscyplinach, w tym przynajmniej posiadając po dwa uprawnienia w dziedzinach nauk humanistycznych, społecznych lub teologicznych, matematycznych, fizycznych lub technicznych, przyrodniczych, a także prawnych lub ekonomicznych (art. 3.1) (Dz.U. 2005 nr 164 poz. 1365). Uniwersytetami „przymiotnikowymi” mogły zostać te centra akademickie, które posiadają co najmniej sześć uprawnień do nadawania stopnia naukowego doktora, w tym co najmniej cztery w zakresie nauk, które stanowią profil uczelni (art. 3.3) (Dz.U. 2005 nr 164 poz. 1365).

Dwie zatem składowe, a mianowicie przeniesienie kształcenia w niektórych specjalnościach w wymiar szkolnictwa wyższego oraz wymóg zróżnicowania w zakresie nadawania tytułów naukowych, umożliwiły nie tylko powstanie wydziałów nauk o zdrowiu, ale także przekształcenie akademii medycznych w uniwersytety. Jak się wydaje, jest to swego rodzaju realizacja założenia, iż kształcenie uniwersyteckie nie może traktować studentów jako czeladników, którym „mistrz czyli majster (...) przekazuje opanowanie określonych technik i sprawności, służących do wytwarzania rzeczy, zarówno materialnych, jak i symbolicznych” (Przyłębski 2008: 129). Wobec zatem tak skonstruowanych kryteriów akademie medyczne rozbudowane o wydziały nauk o zdrowiu były w stanie, realizując wytyczne PAK’a, uzyskać możliwość doktoryzowania w co najmniej w sześciu dyscyplinach, a w konsekwencji zostać przekształcone w uniwersytety „przymiotnikowe”. Taka sytuacja dotyczy większości z jedenastu analizowanych uniwersytetów medycznych (w Poznaniu, Lublinie, Warszawie, Katowicach, Szczecinie, Gdańsku, Białymstoku i Wrocławiu). Inaczej ta perspektywa przedstawia się w przypadku bydgoskiej Akademii Medycznej, która została włączona w strukturę Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w roku 2004 oraz krakowskiej Akademii Medycznej, która powróciła na łono Uniwersytetu Jagiellońskiego w roku 1993. W tych dwóch przypadkach wydziały nauk o zdrowiu stanowią strukturę wydziałową uczelni spełniających kryteria ustawy zawarte w art. 3.1. Natomiast w Łodzi Uniwersytet Medyczny powstał w roku 2002 poprzez połączenie Akademii Medycznej z Wojskową Akademią Medyczną.

W analizie poszczególnych ofert edukacyjnych wydziałów nauk o zdrowiu uniwersytetów medycznych można zauważyć fundamentalne zbieżności, które

wynikają z historycznej perspektywy oraz politycznych zobowiązań – reformy szkolnictwa wyższego. Fundamentalnymi kierunkami kształcenia dla wszystkich jedenastu opisywanych wydziałów jest pielęgniarstwo oraz położnictwo. Na dziesięciu z nich funkcjonuje jako kierunek zdrowie publiczne, na dziewięciu ratownictwo medyczne, na ośmiu zaś dietetyka i fizjoterapia. Stanowią one kierunki zawodowe przeniesione na mocy reformy szkolnictwa z obszaru kształcenia policealnego w przestrzeń uczelni wyższych, co znów ściśle koresponduje z założeniami kształcenia uniwersyteckiego. Oznacza to, iż kształcenie w tych specjalnościach, dzięki wpisaniu ich w nauki o zdrowiu, odnosić musi się do całokształtu nauk i umiejętności, wykraczających poza jedynie zawodowe czynności. Warty również podkreślenia jest fakt, iż w ramach wydziałów nauk o zdrowiu uniwersytetów medycznych można także skonstatować obecność takich kierunków jak: socjologia (Łódź), audiofonologia lub logopedia z fonoaudiologią (CM UMK w Bydgoszczy i UM w Białymstoku), a także zdrowie środowiskowe (GUMed) czy kosmetologia (PUM i UM w Lublinie).

Na postawie analizy kierunków kształcenia w ramach wydziałów nauk o zdrowiu na uniwersytetach medycznych, można potwierdzić znaczne zróżnicowanie edukacyjne w obszarze tej dziedziny wiedzy, co zdecydowanie wpisuje się w idee *diversitas*. W pewnym zakresie owa *diversitas* kształcenia stanowi również odpowiedź na zapotrzebowanie społeczne, która zaspokaja przy tym uniwersyteckie potrzeby ekonomiczne poprzez udział w konkurencyjnej strukturze rynku edukacyjnego. Niewątpliwie jednak dyferencjacja i otwartość w kwestii kierunków nauczania koresponduje przede wszystkim z heterogenicznością i otwartością samej koalicji nauk o zdrowiu.

Podobną korespondencję można zauważyć przeprowadzając analizę strukturalną wydziałów nauk o zdrowiu, która wskazuje na zróżnicowanie i dość szeroki zakres autonomii w odniesieniu do jednostek naukowo-dydaktycznych, instytucjonalnie reprezentujących nauki o zdrowiu. Tu znów uwidacznia się idea *diversitas*, a sposób jej realizacji zdaje się być nieokreślony i dowolny w ramach różnych uniwersytetów. Na wydziałach nauk o zdrowiu funkcjonuje w sumie¹ 334 jednostek naukowo-dydaktycznych, które można podzielić na dwie zasadnicze grupy. Pierwsza z nich dotyczy jednostek reprezentujących różne dziedziny, co odpowiada rozumieniu nauk o zdrowiu jako luźnej koalicji, która skupiona jest na opisie i analizie szeroko rozumianych uwarunkowań zdrowia i choroby. Można tu wyróżnić 156 zakładów, katedr, klinik związanych z naukami: medycznymi (64 jednostki), biologicznymi (23 jednostki), społecznymi (21 jednostek),

¹ Dane liczbowe te i następne (s. 224) podane są w przybliżeniu.

ekonomicznymi (20 jednostek), humanistycznymi (14 jednostek), technicznymi i matematycznymi (6 jednostek), farmaceutycznymi (5 jednostek), prawnymi (3 jednostki). Aż 92 jednostki naukowo-dydaktyczne są związane z dyscyplinami biomedycznymi i farmaceutycznymi, zaś 64 jednostki reprezentują pozostałe nauki. Taka dysproporcja, a w zasadzie przewaga jednostek ściśle związanych z tradycyjnym poznaniem medycznym, wydaje się interesująca zwłaszcza, gdy uwzględnimy fakt, iż „do nauk o zdrowiu zwyczajowo nie zalicza się tradycyjnych/klasycznych dyscyplin nauk medycznych (nauki lekarskie i stomatologiczne) oraz nauk farmaceutycznych” (Lass 2010: 19). Do drugiej grupy jednostek naukowo-dydaktycznych należy zaliczyć 178 zakładów, katedr, klinik które są swego rodzaju odzwierciedleniem kierunków kształcenia, a więc są związane z fizjoterapią, pielęgniarstwem, położnictwem, ratownictwem medycznym, zdrowiem publicznym, dietetyką, elektoradiologią. Jak się wydaje, te jednostki są ukierunkowane na zaplecze usługowe i techniczne. Obie grupy jednostek naukowo-dydaktycznych łączy zaś problematyka opieki, ochrony i promocji zdrowotnej, za sprawą czego powstaje wspólnota nauczających i nauczanych.

Ogólna analiza jednostek naukowo-dydaktycznych wydziałów nauk o zdrowiu z jednej strony wskazuje na istnienie wspólnego i spójnego im fundamentu strukturalnego. Z drugiej jednak strony, można dostrzec istotne rozbieżności w zakresie realizowania się owej idei *diversitas*, co dotyczy odmiennego w ramach różnych uniwersytetów medycznych rozłożenia liczebnego i rodzajowego poszczególnych jednostek reprezentujących konkretne nauki. W zasadzie koresponduje to z rozumieniem nauk o zdrowiu jako dziedziny, w ramach której zależności między poszczególnymi dyscyplinami są swobodne i autoteliczne. Niemniej jednak to, co z perspektywy badawczej jest interesujące przez wzgląd na prowadzenie interdyscyplinarnych projektów, zdaje się nastroczać pewnych problemów natury instytucjonalnej, a dotyczących uporządkowania struktury wydziałowej nauk o zdrowiu na uniwersytetach medycznych. Podobnie jak w przypadku tematyki badawczej ma to znaczenie dla określenia tożsamości nauk o zdrowiu, która w pewnym stopniu kształtowana jest w kontekście dyscyplin klasycznie uznawanych za biomedyczne. I znów należy podkreślić, że związki między tymi dziedzinami są niezaprzeczone, ale przewaga tych drugich ma wpływ na ograniczenie autonomii nauk o zdrowiu, co w obecnej, początkowej fazie ich rozwoju jest do pewnego stopnia zrozumiałe. W związku z tym nauki o zdrowiu zdają się stanowić pewien problem instytucjonalno-organizacyjny dla uczelni medycznych.

Dokonane tu analizy wskazują, iż nauki o zdrowiu stanowią zarówno wyzwanie, jak i problem dla uniwersytetów medycznych. Swego rodzaju wyzwaniem

jest rola, jaką nauki o zdrowiu odgrywają w potencjale naukowym, zaś pewien problem stanowi miejsce wydziałów nauk o zdrowiu w strukturach uniwersytetów medycznych. Wspólnym ogniwem łączącym te dwie perspektywy postrzegania nauk o zdrowiu jest brak równowagi między naukami *stricte* biomedycznymi, a dyscyplinami o zróżnicowanej proveniencji epistemologiczno-poznawczej, które podejmują problematykę wieloaspektowego rozumienia ochrony, opieki i promocji zdrowia w kontekście usług i zaplecza technicznego. Główną zatem kwestią jest utworzenie przez uniwersytety medyczne przestrzeni badawczo-institutionalnej, w której nauki o zdrowiu będą mogły określić swoją zróżnicowaną i autonomiczną tożsamość. Związane jest to z uznaniem wagi nauk o zdrowiu tak pod względem ich rangi naukowej, jak i specyficznego układu między poszczególnymi dyscyplinami wchodzącymi w ich skład. Chodzi zatem o nie nadużywanie zróżnicowanego i otwartego charakteru nauk o zdrowiu, w celu ich podporządkowania i pobocznego traktowania względem dominującej tradycji nauk biomedycznych i farmaceutycznych. Nauki o zdrowiu bowiem, rozpoczynają dopiero budowanie swojej historii i tradycji, która choć jest nierozzerwalnie związana z klasycznymi dziedzinami biomedycznymi i farmaceutycznymi, to jednak w nieco odmienny sposób przedstawia uwarunkowania i oddziaływanie w sferze zdrowia i choroby.

Bibliografia

- Brzeziński J. 1994a. *Rozważania o uniwersytecie*, [w:] *Edukacja wobec zmiany społecznej*, red. J. Brzeziński, L. Witkowski, Wydawnictwo EDYTOR, Poznań–Toruń, s. 23–47.
- Brzeziński J. 1997b. *Trwałe wartości uniwersytetu*, „Forum Oświatowe”, T. 1–2, s. 203–218.
- Creswell J.W. 2013. *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Dominiak Ł.M. 2006. *Strategie interdyscyplinowości w perspektywie naukoznawczej*, [w:] *Granice dyscyplinarne w humanistyce*, red. J. Kowalewski, W. Piasek, M. Śliwa, Instytut Filozofii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, s. 47–59.
- Goćkowski J. 1981. *Struktura dyscyplinowa nauki a sieci naukowego komunikowania się*, „Przegląd Socjologiczny”, T. XXXIII, s. 69–87.
- Lass P. 2010. *Wprowadzenie do nauk o zdrowiu*, [w:] *Nauki o zdrowiu. Architektonika dziedziny. Prolegomena*, t. I, red. L. Wengler, I. Pawłowski, A. Zimmermann, A. Janaszczyk, E. Adamska-Pietrzak, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk, s. 19–22.
- Melosik Z. 2009. *Uniwersytet i społeczeństwo. Dyskursy wolności, wiedzy i władzy*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Newman J.H. 1978. *Idea Uniwersytetu*, tłum. J. Fijaś, H. Bortnowska, „Znak”, nr 288, s. 696–711.

- Przyłębski A. 2008. *Kryzys idei uniwersytetu*, [w:] *Fenomen uniwersytetu*, red. A. Grzegorzczak, J. Sójka, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, s. 127–137.
- Sławek T. 2008. *Uniwersytet, jego powaga i warunki*, [w:] *Fenomen uniwersytetu*, red. A. Grzegorzczak, J. Sójka, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, s. 85–103.
- Sobczak K., Janaszczak A., Leoniuk K. 2015. *Interdyscyplinarny status nauk o zdrowiu: konieczność – przypadkowość – intuicyjność*, [w:] *Kreowanie społeczeństwa niewiedzy*, red. A. Jabłoński, J. Szymczyk, M. Zemło, Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 441–459.
- Stróżewski W. 1992. *W kręgu wartości*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Twardowski K. 2008. *O dostojności uniwersytetu*, [w:] *Fenomen uniwersytetu*, red. A. Grzegorzczak, J. Sójka, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, s. 11–20.
- Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym; Dz.U. 2005 nr 164 poz. 1365.