

Agnieszka K. Choińska, Dominik Maślach

SELECTED ASPECTS OF PIERRE BOURDIEU'S "PRAXIS" IN THE AREA OF DECISION-MAKING ABOUT THERAPY AND MEDICAL CARE

WYBRANE ASPEKTY „PRAXIS” PIERRE’A BOURDIEU W OBSZARZE PODEJMOWANIA DECYZJI O TERAPII I OPIECE MEDYCZNEJ

Department of Public Health, Medical University of Białystok
Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ABSTRACT

In the era of increasingly developing medical services, decision-making about therapy and care is conditioned not only by medical and psychological factors, but also by increasingly institutional and social factors. Which of the factors of the social environment and medical institutions play the greatest role in the process of deciding on therapy and medical care? In seeking answers to the questions posed, reference was made to the theory of "praxis" by P. Bourdieu. These theoretical concepts: habitus, capital field, have been presented in such a way that it is possible to see their impact on the decisions of patients and medical staff and to take into account the dependencies and mutual influences between them. The article refers to Polish and English-language literature. Research results and theoretical conclusions on the impact of social factors and the direct institutional environment on the decision formation of various entities involved in the decision-making process have been presented.

Keywords: *P. Bourdieu, "praxis", medical practice, therapy decision, institutional and social decision-making factors*

STRESZCZENIE

W dobie coraz bardziej rozwijających się usług medycznych, podejmowanie decyzji o terapii i opiece jest uwarunkowane nie tylko czynnikami medycznymi i psychologicznymi, ale coraz bardziej instytucjonalno-społecznymi. Jakie czynniki środowiska społecznego i instytucji medycznych odgrywają największą rolę w procesie decydowania o terapii i opiece medycznej? Szukając odpowiedzi na postawione pytanie odwołano się do teorii „praxis” P. Bourdieu. Wymienione koncepcje teoretyczne: habitus, kapitał pole, zostały zaprezentowane w taki sposób, aby można było dostrzec ich wpływ na decyzje pacjentów i personelu medycznego oraz uwzględnić zależności i wzajemne wpływy, zachodzące między nimi. W artykule odwołano się do piśmiennictwa polskiego i angielskiego. Zaprezentowano wyniki badań i wnioski teoretyczne, dotyczące wpływu czynników społecznych oraz bezpośredniego środowiska instytucjonalnego na kształtowanie się decyzji różnorodnych podmiotów biorących udział w procesie decyzyjnym.

Słowa kluczowe: *P. Bourdieu, „praxis”, praktyka medyczna, decyzja o terapii, czynniki społeczno-instytucjonalne*

INTRODUCTION

One of the most interesting research topics of the medical field is the decision-making process in the situation of health experiences, chronic illness and medical treatment. Decisions are made by patients,

WSTĘP

Jednym z ciekawszych zagadnień badawczych pola medycznego jest proces podejmowania decyzji w sytuacji doświadczeń zdrowotnych, przewlekłej choroby i leczenia. Decyzje są podejmowane zarówno przez

medical staff and managers alike. They take place in a clinical environment or other institutions. The choice that constantly accompanies all subjects is conditioned by medical and social factors and is therefore not easy to describe and analyze. However, the research effort on the issue should be constantly undertaken, because it provides us with knowledge about the medical environment, patients' expectations, but also specific human aspirations (1).

The decision is an act of free will. A person chooses one element from a set of possible variants. It is a complex process with significant psychological, social and economic conditions. In the social science a variety of theories are used in the study of the decision – making processes. They pay attention to individual choices, as well as jointly made therapeutic decisions due to the significant participation of the patient – the so-called *shared medical decision*. However, a broader comparison of these theories would go beyond the scope of this study. All theoretical and research approaches assume and analyze the social factors involved in the decision. The action of these factors affects individual elements of the decision-making processes and even determines them. Therefore, the presented paper aims to answer the question: What factors of the social environment and medical institutions play an important role in the process of deciding on therapy and medical care? The “praxis” theory of the French sociologist Pierre Bourdieu is used to examine how it might be useful in describing and interpreting research on decisions that are made in the healthcare sector. The decision-making process, especially as important as therapeutic decisions, requires analysis and description using proven theoretical models that take into account the multitude of factors influencing the choices made by medical entities.

The conceptual triad: *habitus - capital - field* (2), introduced by Bourdieu, is a useful tool in the institutional and social factors classification which are involved in a complex decision-making process. These theoretical concepts have been placed within a broad framework of the medical field and have been presented in such a way as to take into account the dependencies and mutual influences between them. This allows to explain what the theory of practice itself is and how it can be used as a conceptual tool and research method in relation to the field of medical institutions and clinical practice in particular. Our analytical and descriptive elaboration takes into account the complexity of the medical field. This is expressed in the classification of social actors that take part in the decision-making process.

The article refers to Polish and English-language literature. Significant attention is drawn to selected

pacjentów, personel medyczny jak i zarządzających. Przebiegają one w otoczeniu klinicznym bądź innych instytucji.

Wybór, który towarzyszy nieustannie wszystkim podmiotom, uwarunkowany jest czynnikami medycznymi oraz społecznymi i dlatego nie jest łatwy do opisanie i analiz. Jednak wysiłek badawczy, dotyczący tej problematyki, powinien być nieustannie podejmowany, ponieważ dostarcza nam wiedzy na temat środowiska medycznego, oczekiwań pacjentów, ale także konkretnych dążeń ludzkich (1).

Decyzja jest wolnym aktem woli jednostki. Osoba wybiera jeden element ze zbioru możliwych wariantów. Jest to proces złożony o znaczących uwarunkowaniach psychicznych, społecznych i ekonomicznych. W naukach społecznych istnieją różnorodne teorie i modele procesów decyzyjnych wykorzystywanych w badaniach pola medycznego. Zwracają one uwagę na wybory indywidualne, a także wspólnie podejmowane decyzje terapeutyczne, z uwagi na znaczny udział pacjenta, (ang. *shered medical decision*). Jednak szersze porównanie tych teorii wykraczałoby poza ramy niniejszego opracowania. Wszystkie podejścia teoretyczne oraz badawcze zakładają i analizują czynniki społeczne biorące udział w decyzji. Działanie wspomnianych czynników wpływa na poszczególne elementy procesu decyzyjnego, a nawet je determinuje. Dlatego też, prezentowany artykuł ma na celu odpowiedź na pytanie: Jakie czynniki środowiska społecznego i instytucji medycznych odgrywają istotną rolę w procesie decydowania o terapii i opiece medycznej? Dlatego też, odwołano się do teorii „praxis” francuskiego socjologa Pierre’a Bourdieu, aby zbadać, jak może być ona przydatna w opisie oraz interpretacji badań dotyczących decyzji, które są podejmowane w sektorze opieki zdrowotnej. Proces podejmowania decyzji, szczególnie tak ważnych jak decyzje terapeutyczne, wymaga analiz i opisów przy użyciu sprawdzonych modeli teoretycznych, które uwzględniają wielość czynników wpływających na dokonywanie wyborów przez podmioty medyczne.

Triada pojęciowa: *habitus – kapitał – pole* (2), zastosowana przez Bourdieu, jest przydatnym narzędziem w klasyfikacji czynników instytucjonalno-społecznych, biorących udział w złożonym procesie decyzyjnym. Wymienione koncepcje teoretyczne zostały ułożone w szerokich ramach pola medycznego i zostały zaprezentowane w taki sposób, aby uwzględnić, zachodzące między nimi zależności i wzajemne wpływy. Pozwala to na wyjaśnienie czym jest teoria praktyki sama w sobie oraz jak może być stosowana, jako narzędzie konceptualne i metoda badawcza w relacji do pola instytucji medycznych oraz praktyki klinicznej w szczególności.

Niniejsze opracowanie, o charakterze analityczno-opisowym, uwzględnia złożoność pola medycznego,

research results on the social factors and the direct medical institutions environment impact on the patient's and medical specialist's decisions formation regarding treatment and the choice of specific medical care.

DECISION-MAKERS OF THE MEDICAL FIELD

First of all, it is necessary to consider who is involved in making decisions about treatment and medical care? We can distinguish three groups of social actors. These are: a patient (or a group of patients), a medical professional (a team of doctors, nurses, physiotherapists, etc.) and a medical institution (hospital, clinic, medical centre, etc.) together with their social environment. Each of these entities makes decisions in a manner and scope appropriate to its position in the decision-making process and the nature and level of medical knowledge acquired.

Patient

In the first decade of the twenty-first century, according to medical researchers, 50% of decision-making scientific work concerned patients experience during illness (3) The critical situation in which they found themselves made it difficult for them to make rational choices and could not be easily equated with the typical model of the consumer of services and to predict behavior and decision. The second decade has marked new research results on decision-making between the medical professional and the patient (4). Currently, the researchers emphasize the importance of projects in which the health awareness of patients is assessed (so-called *health literacy*). Its higher level has a positive effect on the patient's understanding with the doctor, and thus on the speed of making therapeutic decisions and the quality of patient care (5).

Healthcare professionals have higher level of knowledge and medical experience than patients, with the latter willing to rely on the opinion of the former. It is therefore difficult to speak of a completely rational and well-informed consumer of health services (6). This is evident not only in medical matters (health awareness, treatment, rehabilitation, ability to cope in a clinical environment), but also in situations where individuals are faced with a choice between expensive or difficult-to-evaluate products, such as health insurance. Probably, the lack of knowledge, skills and time to make a choice based on a careful assessment of the cost and quality of the proposals from the health care system are the patients experience (7).

wyrażającą się w klasyfikacji podmiotów społecznych, biorących udział w procesie decyzyjnym.

W artykule powołano się na piśmiennictwo polskie i anglojęzyczne. Szczególną uwagę zwrócono na wybrane wyniki badań dotyczące wpływu czynników społecznych oraz bezpośredniego środowiska instytucji medycznych na kształtowanie się decyzji pacjenta i specjalisty medycznego odnośnie leczenia i wyboru określonych form opieki medycznej

PODMIOTY DECYZYJNE POLA MEDYCZNEGO

Po pierwsze, należy zastanowić się kto bierze udział w podejmowaniu decyzji o leczeniu i opiece medycznej? Możemy wyróżnić trzy grupy podmiotów społecznych. Są nimi: pacjent (lub grupa pacjentów), profesjonalista medyczny (zespół lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów itd.) oraz instytucja medyczna (szpital, przychodnia, centrum medyczne itd.) wraz ze swoim otoczeniem społecznym. Każdy z wymienionych podmiotów podejmuje decyzje w sposób i zakresie sobie właściwym, w odniesieniu do zajmowanej pozycji w procesie decyzyjnym oraz charakteru i poziomu zdobytej wiedzy medycznej.

Pacjent

W pierwszej dekadzie XXI wieku badacze pola medycznego stwierdzili, że 50% prac związanych z podejmowaniem decyzji dotyczyło pacjentów w trakcie choroby (3). Sytuacja krytyczna, w której się znaleźli sprawiała, że z trudnością dokonywali oni racjonalnych wyborów i nie można ich było łatwo zrównać z typowym modelem konsumenta usług oraz przewidzieć zachowanie i decyzję. Druga dekada zapoczątkowała nowe wyniki badań dotyczące podejmowania decyzji na linii profesjonalista medyczny – pacjent (4). Obecnie Naukowcy podkreślają znaczenie projektów, w których oceniana jest świadomość zdrowotna pacjentów (tzw. *health literacy*). Wyższy jej poziom wpływa korzystnie na porozumienie osoby chorej z lekarzem, a tym samym na szybkość podejmowania decyzji terapeutycznych i jakość opieki nad pacjentem (5).

Pracownicy opieki zdrowotnej mają większą wiedzę i doświadczenie w kwestiach medycznych niż pacjenci, przy czym ci drudzy, skłonni są polegać na opinii tych pierwszych. Trudno jest więc mówić o całkowicie racjonalnym i dobrze poinformowanym konsumencie usług zdrowotnych (6). Ujawnia się to nie tylko w kwestiach medycznych (świadomość zdrowotna, leczenie, rehabilitacja, umiejętność radzenia sobie w środowisku klinicznym), ale także w sytuacjach, gdy jednostki stają przed wyborem między drogimi lub trudnymi do oceny produktami, takimi jak ubezpieczenia zdrowotne. Prawdopodobnie pacjenci doświadczają braku wiedzy,

In addition, empirical evidence indicates that patient choices are inconsistent, due to the way a particular choice is presented, proposed, how information is shaped, and the medical context in which choices are made (8). The so-called ‘conscious choice’ does not only involve having the right information, but also the right support, confidence and the ability to participate in the shared decision-making process (9). Polish research emphasizes a very important factor supporting patients’ decisions – trust in medical professionals and their expertise. In the last year 72% of respondents consulted the current health situation and made treatment decisions in personal conversation with their GP (10, 11). The same research also informed of the high authority of medical specialists; about 45% of respondents searched for health information from them, so it could be concluded that the doctor’s opinion had a significant impact on this group of patients decisions. What happens to the other patients, what factors shape their choices? If we refer to reports from recent years, the leading provider of medical information for the patient, especially during the COVID-19 pandemic, is invariably the Internet, which is used by 92% of citizens (12). Previous statistics have told us that patients make a preclinical diagnosis. It consists in creating a picture of the patient’s disease and making treatment decisions based on the experience of friends or family members and network information. More than 50% of respondents have declared attachment to information from these social circles (10).

However, the pandemic situation has changed these attitudes. Telephone consultation with a doctor has become the most desirable form of supporting the process of making treatment decisions due to the huge amount of medical information present in all types of media; 33% of respondents admit to using consultations during the pandemic (11).

Medical Professional

Paradoxically, particular decisions and choices related to the work of doctors and other employees of medical institutions are the least common research topics. However, medical professionals are the causative agents with the largest scale and impact on the patient. Doctors often give up their own responsibility for the benefit of the patient, whom they want to see as a competent and co-decisive person. They themselves often contribute to the fact that patient has all the necessary information and facts about his state of health or the disease from which he suffers. There is a tendency to create the so-called “broad choice”, where the patient is included in the medical decision or makes it himself, taking into account the offers of the health care system. What was previously

umiejętności i czasu by dokonać wyboru opartego na uważnej ocenie kosztów i jakości propozycji ze strony systemu ochrony zdrowia (7).

Ponadto, dowody empiryczne wskazują, że wybory pacjentów cechuje brak konsekwencji, co wynika ze sposobu w jaki określony wybór jest przedstawiany, proponowany, jak informacja jest ukształtowana oraz od kontekstu medycznego, w którym wybory są dokonywane (8). Tak zwany „świadomy wybór” nie wiąże się jedynie z posiadaniem właściwych informacji, ale również odpowiednim wsparciem, pewnością siebie i zdolnością do brania udziału we wspólnym procesie decyzyjnym (9). Badania polskie podkreślają bardzo ważny czynnik wspierający decyzje pacjentów – zaufanie do profesjonalistów medycznych i ich ekspertyzę. Jak dowiodły statystyki, w ostatnim roku 72% respondentów konsultowało aktualną sytuację zdrowotną oraz podejmowało decyzje o leczeniu w rozmowie ze swoim lekarzem POZ (10, 11). Te same badania informowały również o wysokim autorytecie lekarzy specjalistów; około 45% respondentów szukało u nich informacji dotyczących zdrowia, a więc można wnioskować, że na decyzje tej grupy pacjentów opinia lekarza miała znaczący wpływ. Co się dzieje z pozostałymi pacjentami, jakie czynniki kształtują ich wybory? Jeśli odwołamy się do raportów z ostatnich lat, to wiodącym dostawcą informacji medycznych dla pacjenta, szczególnie w okresie pandemii COVID-19, jest niezmiennie Internet, z którego korzysta 92% obywateli (12). Już wcześniejsze dane statystyczne mówią nam, że na podstawie informacji zebranych w sieci pacjenci dokonują tzw. „diagnozy przedklinicznej”, tworząc obraz choroby i podejmując decyzje o leczeniu w oparciu o doświadczenia znajomych bądź członków rodziny. Ponad 50% respondentów deklarowało przywiązanie do informacji z tych kręgów społecznych (10).

Sytuacja pandemiczna zmieniła jednak te nastawienia. Ze względu na ogromną ilość informacji medycznych – publikowanych we wszystkich rodzajach mediów – konsultacje telefoniczne z lekarzem stały się najbardziej pożądaną formą wspierania procesu podejmowania decyzji leczniczych. Do korzystania z konsultacji w czasie pandemii przyznaje się 33% respondentów (11).

Profesjonalista medyczny

Paradoksalnie najmniej jest badań dotyczących wyborów i decyzji lekarzy lub innych pracowników instytucji medycznych, a przecież są oni podmiotami sprawczymi o największej skali i sile oddziaływania na pacjenta. Lekarze często rezygnują z własnej odpowiedzialności na rzecz chorego, którego pragną widzieć jako osobę kompetentną i współdecydującą. Sami niejednokrotnie przyczyniając się do tego, aby posiadał on wszystkie niezbędne informacje i fakty dotyczące jego

the domain of professionals became the subject of the patient choice. For example, Propper (13) points out that broad choices are unnecessary because patients may be satisfied with a smaller range of choice as long as the services they receive are good enough and often settle for GP recommendations. It was also pointed out that having unlimited options can also lead to people's dissatisfaction with the choices they constantly make – the so-called “tyranny of choice” (it can affect both the doctor and the patient) (3, 14).

It should be added that the period of the pandemic – COVID-19 creates new circumstances for the organization of the doctors work. This undoubtedly affects the process of making therapeutic choices and patient care. Decision-making, one might say, are authoritarily subordinated to structural solutions, defined by the Government and the Ministry of Health. It is difficult to talk about “broad choice” and partnership in decision-making. Despite this, satisfaction with the health care system and the work of medical professionals has increased by 6% in comparison with the pre-pandemic period. Now in Poland 36% of citizens are satisfied with health care (15). On the one hand, the critical situation polarizes attitudes towards medical services, on the other hand, the soft aspects of the medical staff work are appreciated, e.g. good organization of work, information provided about time, instructions related to vaccination and diagnosis of COVID-19, availability of consultations with doctors.

Medical institution

Each choice and decision-making cannot be adequately analyzed without taking into account the medical institution functioning context: the offered cost and quality of services, the service availability and the support provided to patients. All these factors enable them to make informed decisions.

Before the pandemic Polish research showed that the lack of medical costs was the reason for visiting a doctor at the National Health Fund (NFZ) expense, 78% of citizens used this option (8). However, economic factors do not fully explain the reasons why patients choose one or another service. Some researchers point out that there is no convincing evidence that increasing the market offer and thus the choice of medical services will increase their quality, improve the access egalitarianity, increase freedom of use, and ultimately increase the treatment effectiveness (16). It cannot be assumed that rising healthcare costs correlate with unrestricted access to services, and conversely, that paying for services provides the necessary “price signal” to ensure that individuals will not “abuse” those services.

stanu zdrowia lub choroby, na którą cierpi. Obserwuje się tendencję do kreowania tzw. „szerokiego wyboru”, gdzie pacjent jest włączany w decyzję medyczną bądź sam ją podejmuje, uwzględniając oferty systemu opieki zdrowotnej. To, co wcześniej było domeną profesjonalistów staje się przedmiotem wyboru pacjenta. Na przykład Propper (13) wskazuje, że szerokie wybory są zbędne, ponieważ pacjenci mogą być zadowoleni z mniejszego zakresu wyboru o tyle, o ile otrzymywane przez nich usługi są dostatecznie dobre i często przestają na zaleceniach lekarza rodzinnego. Wskazano również, że posiadanie nieograniczonych opcji może również doprowadzić do niezadowolenia ludzi z ciągle dokonywanych przez nich wyborów – tzw. „tyrania wyboru” (może dotyczyć zarówno lekarza jak i pacjenta) (3, 14).

Należy dodać, że okres pandemii COVID-19 stwarza nowe okoliczności dla organizacji pracy lekarzy. Wpływa to niewątpliwie na proces dokonywania wyborów terapeutycznych i opiekę nad pacjentem. Decydowanie, można powiedzieć, jest autorytarnie podporządkowane rozwiązaniom strukturalnym, określonym przez Rząd i Ministerstwo Zdrowia. Trudno mówić o „szerokim wyborze” i partnerstwie w podejmowaniu decyzji. Pomimo to, zadowolenie z systemu opieki zdrowotnej i pracy profesjonalistów medycznych wzrosło o 6% w porównaniu do okresu przed pandemią. Zadowolonych z opieki zdrowotnej w Polsce jest 36% obywateli (15). Sytuacja krytyczna, z jednej strony, polaryzuje postawy wobec usług medycznych, z drugiej, doceniane są aspekty miękkie pracy personelu medycznego np. dobra organizacja pracy, informacja podana o czasie, instrukcje związane ze szczepieniami i diagnozą COVID-19, dostępność do konsultacji z lekarzami.

Instytucja medyczna

Wybór i podejmowanie decyzji nie mogą zostać adekwatnie analizowane bez wzięcia pod uwagę kontekstu funkcjonowania pola instytucji medycznych: kosztu i jakości oferowanych usług, dostępności do tych usług oraz wsparcia udzielanego pacjentom. Wszystkie wspomniane czynniki umożliwiają im dokonanie świadomych decyzji.

Raporty z polskich badań sprzed pandemii pokazują, że dla 78% Polaków brak opłat jest najczęstszym powodem korzystania z wizyt u lekarza w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez publicznego płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia (8). Jednakże czynniki ekonomiczne nie wyjaśniają całkowicie motywów dla których pacjenci wybierają takie lub inne usługi. Niektórzy badacze podkreślają, że nie ma przekonujących dowodów na to, że zwiększenie oferty rynkowej, a tym samym możliwości wyboru usług medycznych podniesie ich jakość, poprawi egalitarność dostępu, zwiększy swobodę korzystania, a ostatecznie

Health choices should also take into account the socially constructed nature of the decision-making process. The aforementioned mutual doctor-patient trust is not in fact limited to the interaction between these actors. The transfer of the positive assessment to the institution that the doctor represents is observed by researchers. In Polish surveys, 33% of respondents have claimed that they use visits under the National Health Fund because of the “trusted doctor” in a given medical facility, or according to 20% of respondents, “their doctor” works in this place (8).

The fact that patients appreciate the soft aspects of service provision and therapeutic contacts motivates sociologists to criticize the purely economic approach to health care and to pay attention to other forms of profit (17). Medical services are recognized as tools to improve health and alleviate disability or disease; they should therefore be provided in a broad rather than a narrow range. As a result, systems based on ‘payment by the user of the service’ and co-payments are considered socially exclusive. They restrict access to services, especially for the most vulnerable and poorest parts of society (3).

The question should be asked: Isn’t free-market medicine associated with a frequent and more diverse choice of medical services and, consequently, better health outcomes? In fact, there are doubts in the answer to this question. As medical market researchers point out, the methodological difficulties of comparing public and private services are almost insurmountable, especially in the case of leading Western countries, evidence indicates that better health outcomes are achieved in public health systems. It is easier to reach equality and universal access to medical services in these type of organizational systems (7, 18, 19).

On a global scale, however, there is a general upward trend in the level of inequality in health systems. Statistical data reveal a progressive inequality in the distribution of services and significant limitations in the access of various social groups to current medical offers on the market (20, 21). In Poland, such a quantitative trend is also noticeable, as citizens living in rural areas, compared to urban residents, are less likely to use medical services and consultations (22, 23). It should be emphasized that limiting the availability of medical institutions weakens patients’ decisions to use medical consultations and examinations. Diagnosis and therapy is taken late or not at all. Place of residence is a factor that significantly influences the decision and choices of patients.

podniecie efektywność leczenia (16). Nie można zakładać, że rosnące koszty opieki zdrowotnej korelują z nieograniczonym dostępem do usług, i odwrotnie, że płaconie za usługi zapewnia niezbędny „sygnał cenowy” dający pewność, że jednostki nie będą tych usług „nadużywać”.

W wyborach dotyczących zdrowia powinno się brać również pod uwagę społecznie konstruowany charakter procesu podejmowania decyzji. Wspomniane wcześniej zaufanie pacjenta do lekarza, faktycznie nie zamyka się jedynie w interakcji między tymi podmiotami. Obserwuje się przeniesienie tej pozytywnej oceny na instytucję, którą lekarz reprezentuje. W polskich badaniach 33% respondentów twierdziło, że korzysta z wizyt w ramach NFZ, ponieważ w danej placówce mają zaufanego lekarza, lub według 20% ankietowanych w tym miejscu pracuje „ich lekarz” (8).

Fakt, że pacjenci doceniają miękkie aspekty świadczenia usług i kontaktów terapeutycznych, motywuje socjologów do krytyki czysto ekonomicznego podejścia do opieki zdrowotnej i zwrócenie uwagi na inne formy zysku (17). Usługi medyczne uznawane są za środki do poprawy zdrowia i łagodzenia niepełnosprawności lub chorób, w związku z tym powinny być one zapewniane raczej w szerokim niż wąskim zakresie. W rezultacie uznaje się systemy oparte na „płatności przez użytkownika usługi” oraz współpłatności, za wykluczające społecznie, ponieważ ograniczają one dostęp do usług, szczególnie w przypadku najbardziej wrażliwych i najbardziej niebezpiecznych grup społeczeństwa (3).

Należałoby zadać pytanie: czy wolnorynkowa medycyna nie wiąże się jednak z częstym i bardziej zróżnicowanym wyborem usług medycznych, a w konsekwencji lepszymi wynikami zdrowotnymi? W istocie pojawiają się wątpliwości w odpowiedzi na to pytanie, bo jak podkreślają badacze rynku medycznego, chociaż trudności metodologiczne porównywania usług publicznych z prywatnymi są niemal nie do przecięcia, szczególnie w przypadku wiodących państw zachodnich, dowody wskazują, że lepsze wyniki zdrowotne uzyskuje się w publicznych systemach opieki zdrowotnej, gdzie łatwiej jest osiągnąć równość i powszechność dostępu (7, 18, 19).

W perspektywie globalnej obserwuje się jednak ogólną tendencję wzrostową poziomu nierówności w systemach opieki zdrowotnej. Dane statystyczne ujawniają postępującą nierówność w rozkładzie usług i znaczne ograniczenia w dostępie różnych grup społecznych do obecnych na rynku ofert medycznych (20, 21). W Polsce również zaznacza się taki trend ilościowy, gdyż obywatele zamieszkujący obszary wiejskie, w porównaniu z mieszkańcami miast, rzadziej korzystają z usług i konsultacji medycznych (22, 23). Należy podkreślić, że ograniczenie dostępności instytucji medycznych osłabia decyzje pacjentów o korzystaniu

THE IMPORTANCE OF “PRAXIS” THEORY IN DECISION-MAKING

In order to better understand and describe the complex decision-making processes taking place in the medical field, the theory of the French sociologist Pierre Bourdieu may be useful. The theory “praxis” includes the following concepts: *field*, *capital* and *habitus*. The relationships that occur among them, Bourdieu explains within the framework of the following equation: **[(habitus) (capital)] + field = practice** (2, 24, 25). According to the French sociologist, individuals strive to acquire capital and submit to the “internal regulation” of their habitus in order to achieve the goal. However, the influence of the different elements of the social field is paramount, because individual actions are limited and motivated by the particular place where they take place.

The first concept – *field* (Fr. *le champ*) – is a tool using to describe objective social relations networks. These are structures, institutions, authorities and actions relating to people functioning within the field. The author speaks of the multiplicity of fields “*in highly diverse societies, the social universe consists of a such series of relatively autonomous microcosms, spaces of objective relations which are the terrain of specific logic action and coercion, which cannot be reduced to those that govern other fields*” (2).

The boundaries of the field are difficult to define. Bourdieu defines them using the concept of “distinction” – the distinction characterizes all participants of the field and is only assigned to them. The rules and regulations that guide each field Bourdieu calls the game. Players place their stakes, i.e. various forms of capital, the structure of the field is formed and the right specificity is achieved as a result of competition (2, 25, 26).

A patient care in a hospital will depend on the organizational structures, specific institution operation, its staff and what is referred to as the professional and institutional culture. Within the medical field, staff, patients, as well as family and many other entities engage/invest resources in the “game” and interact with each other, as well as with the structural aspects of the institution. However, broader social structures will have an impact on the general role perception of the medical staff and sick people. Each player is going to meet expectations and to raise additional funds. Education, science, art and the media take part (play) in this process and exert influence on the way the patients are treated and cared for. The field is dynamic and changes over time. Its boundaries are sometimes modified by conflicting structures and institution management units, government programs, and local communities.

z konsultacji i badań medycznych. Diagnoza i terapia jest podejmowana późno lub wcale. Miejsce zamieszkania jest czynnikiem istotnie wpływającym na decyzję i wybory pacjentów.

ZNACZENIE TEORII „PRAXIS” W PODEJMOWANIU DECYZJI

W celu lepszego zrozumienia i opisu złożonych procesów decyzyjnych, zachodzących w polu medycznym, przydatna może być teoria francuskiego socjologa Pierre’a Bourdieu. W skład teorii, którą Autor nazwał „praxis” wchodzi następujące pojęcia: *pole*, *kapitał* i *habitus*. Zależności, które między nimi występują, Bourdieu wyjaśnia w ramach następującego równania: **[(habitus) (kapitał)] + pole = praktyka** (2, 24, 25). Według francuskiego socjologa poszczególne jednostki dążą do zdobycia kapitału, chcąc osiągnąć cel, podlegają „wewnętrznej regulacji” swojego habitusu. Jednak wpływ zróżnicowanych elementów pola społecznego jest nadrzędny, ponieważ działania indywidualne są ograniczane oraz motywowane przez szczególne miejsce, w którym zachodzą.

Pierwsze pojęcie – *pole* (franc. *le champ*) – jest narzędziem za pomocą którego opisywane są sieci obiektywnych relacji społecznych. Są to struktury, instytucje, autorytety i działania, odnoszące się do ludzi funkcjonujących w ramach pola. Autor mówi o wielości pól „*w społeczeństwach silnie zróżnicowanych wszechświat społeczny składa się z szeregu takich względnie autonomicznych mikrokosmosów, przestrzeni obiektywnych relacji będących terenem działania specyficznej logiki i przymusu, nie dającej się sprowadzić do tych, które rządzą innymi polami*” (2).

Granice pola są trudne do zdefiniowania. Bourdieu określa je za pomocą pojęcia „dystynkcji” – wyróżniania się, które jest charakterystyczne dla uczestników danego pola i tylko im przypisane. Zasady i reguły, którymi każde pole się kieruje, Bourdieu nazywa grą. Gracze stawiają swoje stawki czyli różne formy kapitału; w efekcie współzawodnictwa kształtuje się struktura pola i osiąga właściwą specyfikę (2, 25, 26).

Opieka nad pacjentami w szpitalu będzie zależna od struktur organizacyjnych i specyfiki działania konkretnej placówki, jej personelu oraz tego, co określa się mianem kultury profesjonalnej i instytucjonalnej. W ramach pola medycznego personel, pacjenci, a także rodzina i wiele innych podmiotów angażują się/inwestują środki w „grę” i współdziałają między sobą, a także z aspektami strukturalnymi instytucji. Jednak szersze struktury społeczne będą wywierały wpływ na ogólne postrzeganie roli personelu medycznego i osób chorych. Każdy z graczy chce sprostać oczekiwaniom, pozyskać dodatkowe środki. Edukacja, nauka, sztuka i media biorą udział (grają) w tym procesie i wywierają

Bourdieu's concept of *capital* incorporates resources such as material goods, knowledge, experience and social contacts. They allow individuals or groups to succeed in their fields. Capital can take many different forms: *economic* – which includes employee salaries; *social* – a network of interpersonal relationships, participation in groups; *cultural* – level of education, personal interests and passions, lifestyle; *symbolic* – reputation in the social and professional environment, social respect, status in the group. The relevant forms of capital are identified and determined by the field in which they are used. The value of capital is activated within the limits of a specific field, it is noticed or released as a potential. Capital represents the personal social power, and any of its forms can be used to elevate the individual's position within the boundaries of the field and to maximize profit. In addition, each of the forms of capital can be exchanged for another – the so-called *capital conversion* (24, 27). Hence, capital influences social interactions, takes part in the social game within the boundaries of the field.

In the treatment and care of the mentally ill, suffering from cognitive impairment, or the elderly with progressive dementia, there are evident differences in the allocation of capital to cognitively fit and incapacitated patients. The latter will be less likely to decide on the scope of treatment and care, which in turn will limit their ability to influence their own life situation. Moreover, the involvement of these individuals in decision-making is rated as less significant than that of other patients, since their choices are seen as limited by confusion and a lack of the situation understanding caused by the disease. This example shows that patients suffering from ailments that significantly limit their cognitive abilities have less capital in terms of health care than cognitively fit patients (28, 29).

In addition, less fit patients are often “justified” for limited choice, interactive and spatial confusion, and the inability to make any decisions. Interpreting this phenomenon, it should be noted that such an attitude is influenced by the patients' closest environment cultural capital, as well as the medical institution environment. The patients and their families' capital resources become stakes in the institutional game. The goal of the game is to obtain the best position in the medical field. Thus, Bourdieu often emphasizes, there is a conversion of personal social and cultural capital into health capital in the form of appropriate diagnosis and treatment, as well as care for the patient.

The next concept – *habitus* – is the result of the traditions and many cultural aspects incorporated into the theory “...*habitus, that is, a system of*

ją wpływ na sposób leczenia i sprawowania opieki nad chorymi. Pole jest dynamiczne i z czasem ulega zmianom. Dzieje się tak dlatego, że czasami konfliktujące się ze sobą struktury oraz jednostki zarządzające instytucją, programy rządowe i lokalne społeczności, modyfikują jego granice.

Rozwinięte przez Bourdieu pojęcie – *kapitał* – zawiera zasoby takie jak dobra materialne, wiedza, doświadczenie i kontakty społeczne. Pozwalają one jednostkom lub grupom odnieść sukces w swojej dziedzinie. Kapitał może przyjmować wiele różnych form: *ekonomiczną* – w skład którego wchodzi wynagrodzenia pracowników, *społeczną* – sieć interpersonalnych relacji, uczestnictwo w grupach, *kulturową* – poziom wykształcenia, zainteresowania i pasje, styl życia, *symboliczną* – reputacja w środowisku społecznym i zawodowym, respekt okazywany społecznie, status w grupie. Odpowiednie formy kapitału są identyfikowane i określane przez pole, w którym są wykorzystywane. Wartość kapitału uaktywnia się w granicach specyficznego pola, zostaje zauważona bądź wyzwolona jako potencjał. Kapitał reprezentuje siłę społeczną jednostki i każda z jego form może zostać użyta w celu podniesienia pozycji jednostki w granicach pola oraz maksymalizacji zysku. Ponadto, każda z form kapitału może zostać wymieniona na inną – tzw. *konwersja kapitałowa* (24, 27). Stąd kapitał wpływa na interakcje społeczne, bierze udział w grze społecznej w granicach pola.

W leczeniu i opiece nad chorymi psychicznie, cierpiącymi na zaburzenia poznawcze, lub osobami starszymi z postępującą demencją, widoczne są ewidentne różnice w przydziale kapitału pacjentom kognytywnie sprawnym i niesprawnym. Ci drudzy będą w mniejszym stopniu decydowali o zakresie leczenia i opiece, co z kolei ograniczy ich zdolność wpływania na własną sytuację życiową. Co więcej, zaangażowanie tych osób w podejmowanie decyzji, jest oceniane jako mniej znaczące niż u innych pacjentów, ponieważ ich wybory są widziane jako ograniczone przez dezorientację i brak zrozumienia sytuacji wywołanej chorobą. Przykład ten wskazuje na to, że chorzy cierpiący na dolegliwości ograniczające ich zdolności poznawcze w sposób znaczący, dysponują mniejszym kapitałem w zakresie opieki zdrowotnej niż kognytywnie sprawni pacjenci (28, 29).

Poza tym, pacjenci mniej sprawni często są „usprawiedliwiani” z ograniczonych zdolności wyboru, z dezorientacji interakcyjnej i przestrzennej oraz niemożności podjęcia jakichkolwiek decyzji. Interpretując to zjawisko, należy zwrócić uwagę, że na taką postawę wpływa kapitał kulturowy najbliższego otoczenia pacjentów, a także środowiska instytucji medycznej. Zasoby kapitałowe pacjentów i ich rodzin stają się stawkami w grze instytucjonalnej, której celem jest uzyskanie jak najlepszej pozycji w polu medycznym. Następuje

permanent and transferred dispositions, functioning as a principle generating and organizing practices....” (24). Habitus is the embodiment of social reality: the intellectual assimilation of the principles and rules of the social order and the internalization in the individual or group behavioural sphere (the so-called *hexis*). Habitus arises in the process of imitation, when people unconsciously incorporate certain behaviours into their lives, imitating other individuals within the field. Individuals and groups demonstrate social attitudes and dispositions (always shaped under the influence of social structures). Habitus is a product not only of social conditions, but also of social trajectory (Fr: *trajectoire sociale*), consisting of an *individual trajectory* – concerning personal choices and a *modal trajectory* – related to class affiliation or a specific social group (30). For example, students and young adepts of the medical arts socialize within the university framework and their workplace, learning how to interact with specific groups of patients, learning to respond in difficult therapeutic situations. These observations have an impact on their later behaviour and decisions. In the case of caring for sick people, young medics can observe how their older colleagues approach patients during diagnosis; how they use their own experiences in the process of creating feelings and reactions in the workplace.

The application of “praxis” theory requires taking into account the interactions among habitus, capital and structural elements of the field. Particular consideration should be given to their relationships with those who make key decisions for health, treatment and patient care. Each of these influences and interactions has their own dimensions and specificity worthy of detailed study (Table 1).

“PRAXIS” AND MEDICAL FIELD RESEARCH

The most research studies, going beyond the economic context, focus on the analysis of individual concepts of “praxis”, mainly on capital and habitus. On the other hand, few of them undertake field analysis as a mechanism creating an interesting structure of choice, where an important role is played by capital, constantly acquired and converted, and already formed and invariably formed - habitus.

An example is the research that emphasizes the specifics of diagnosis and therapy from the point of view of various medical specialties. Both, a cardiologist diagnosing heart failure and an oncologist diagnosing cancer in the same case, think and act in terms of the scientific medical specialties they represent (31). Research highlights the importance and complexity of therapeutic choices and physicians’ decisions based on medical knowledge applied in specific social

więc, często podkreślana przez Bourdieu, konwersja osobistego kapitału społecznego i kulturowego na kapitał zdrowotny w postaci odpowiedniej diagnozy i leczenia, a także troski o pacjenta.

Następne pojęcie – *habitus* – jest efektem włączenia tradycji i aspektów kulturowych do teorii „...*habitus, to jest system dyspozycji trwałych i przenoszonych, funkcjonujących jako zasada generująca i organizująca praktyki...*” (24). Habitus to ucieleśnienie rzeczywistości społecznej: intelektualne przyswojenie zasad i reguł porządku społecznego oraz uwewnętrznienie w sferze behawioralnej jednostki bądź grupy (tzw. *hexis*). Habitus powstaje w procesie naśladowania, gdy ludzie nieświadomie włączają pewne zachowania do swojego życia, imitując inne jednostki w ramach pola. Jednostki oraz grupy demonstrują postawy i dyspozycje społeczne (zawsze ukształtowane pod wpływem struktur społecznych).

Habitus jest wytworem nie tylko warunków społecznych, ale także trajektorii społecznej (franc. *trajectoire sociale*), na którą składa się trajektoria indywidualna – dotycząca osobistych wyborów oraz modalna – związana z przynależnością klasową lub konkretną grupą społeczną, do której jednostka należy (30).

Na przykład, studenci i młodzi adepci sztuki medycznej uspołeczniają się w ramach uniwersytetu i swojego miejsca pracy, poznając sposoby interakcji z określonymi grupami pacjentów, uczą się reagować w trudnych sytuacjach terapeutycznych. Obserwacje te mają wpływ na późniejsze ich zachowania i decyzje. W przypadku opieki nad osobami chorymi, młodzi medycy mogą obserwować jak ich starsze koleżanki i starsi koledzy podchodzą do pacjentów w trakcie stawiania diagnozy; jak wykorzystują swoje własne doświadczenia w procesie tworzenia odczuć i reakcji w miejscu pracy.

Zastosowanie teorii praktyki wymaga uwzględnienia oddziaływań między habitusem, kapitałem oraz strukturalnymi elementami pola. Należy szczególnie uwzględnić ich relacje do podmiotów, podejmujących kluczowe decyzje dla zdrowia, leczenia i opieki nad pacjentem. Każde z takich oddziaływań, wpływów i interakcji posiada własny wymiar i specyfikę godną szczegółowych studiów (Tabela 1).

„PRAXIS” A BADANIA POLA MEDYCZNEGO

Większość opracowań badawczych, wychodząc poza kontekst ekonomiczny, skupia się na analizie pojedynczych koncepcji „praxis”, głównie na kapitale i habitusie. Natomiast, niewiele z nich podejmuje się analizy pola, jako mechanizmu tworzącego interesującą strukturę wyboru, gdzie istotną rolę odgrywa kapitał, ciągle zdobywany i konwertowany oraz już uformowany i niezmiennie formowany – habitus.

contexts. Interpreting the results of the study in the convention of Bourdieu's theory, we must emphasize the complementarity of medical habituses and cultural capitals. Both concepts are realized in the form of specialized medical knowledge and ways of solving medical and communication problems in the mutual interaction doctor - patient. The result of the meeting among medical professionals is cooperation in the medical team. It becomes important to recognize the differences in the level and specificity of knowledge (the so-called *gaps of knowledge*), which must be established in order to implement the right therapy. Among other things, specialists are looking for an answer to the question: "How can oncological therapies be safely used for patients with heart failure and progressive cancer?" Therefore, there is an exchange of medical and pharmacological expertise (searching for the drugs positive and negative effects), and ultimately a decision to implement the planned treatment. The whole process takes into account the patient individual health, as well as the therapeutic and epidemiological effects assessment.

Another example that sheds light on the interactions between capital and the field is Shim's research. The author focuses on cultural capital, specifically the concept of *cultural health capital* proposed by her. She relies on Bourdieu's theory to illustrate how "cultural inequality of society manifests itself in clinical interactions" (32). The patient cultural health capital consists of all practices related to the change of physical state, experiences during the illness, through which "patients can constantly develop their cultural resources to manage and direct their own medical care" (32). The cultural medical capital of each doctor is created by the constantly accumulated professional experience, contacts with specialists and the clinical environment. The particular value of Shim's analysis lies in highlighting two elements: a) the impact of interactions – between the patient and the medical service provider – on therapeutic decisions; b) diagnosis – how these interactions may be determined by broader relationships in the clinical field. For example, payment systems are associated with consultation time, imposing certain possibilities of communication in the patient-medical professional dimension. A style of communication is created by designating a privileged position for a person with greater medical knowledge or other social superiority. Shim also notes that the value of cultural health capital is changeable and depending on the social group and the patient's situation.

The complex relationship among economic capital, habitus and field is illustrated by other studies related to the choice of private health insurance. In highly developed countries, private health insurance

Przykładem są badania, które podkreślają specyfikę diagnozy i terapii z punktu widzenia różnych specjalności medycznych. Kardiolog diagnozujący niewydolność serca i onkolog rozpoznający chorobę nowotworową u tego samego pacjenta, myślą i działają w kategoriach naukowych specjalizacji medycznych, które reprezentują (31). Badania zwracają uwagę na doniosłość i złożoność wyborów terapeutycznych i decyzji lekarzy w oparciu o wiedzę medyczną, stosowaną w określonych kontekstach społecznych. Interpretując wyniki tych badań, w konwencji bourdieuowskiej, mamy do czynienia z komplementarnymi habitusami medycznymi, a także kapitałami kulturowymi. Urzeczywistniają się one w postaci wiedzy specjalistycznej oraz sposobach rozwiązywania problemów medycznych i komunikacyjnych w interakcji z pacjentem. Efektem spotkania między profesjonalistami medycznymi jest współpraca w zespole medycznym. Ważne staje się rozpoznanie różnic w poziomie i specyfice wiedzy (tzw. *gaps of knowledge*), które muszą zostać ustalone w celu wdrożenia właściwej terapii. Między innymi, specjaliści poszukują odpowiedzi na pytanie: „w jaki sposób można bezpiecznie zastosować terapie onkologiczne pacjentom z niewydolnością serca i rozwijającym się nowotworem?” Następuje więc wymiana ekspertyz medycznych i farmakologicznych (poszukiwanie pozytywnego i negatywnego działania leków), a ostatecznie decyzja o wdrożeniu zaplanowanego leczenia. W całym procesie uwzględnia się indywidualne potrzeby zdrowotne pacjenta, a także ocenę efektów terapeutycznych oraz epidemiologicznych.

Innym przykładem są badania Shim, rzucające światło na interakcje między kapitałem a polem. Autorka skupia się na kapitale kulturowym, a konkretnie zaproponowanej przez nią koncepcji *kulturowego kapitału zdrowotnego (cultural health capital)*. W swoim badaniu opiera się ona na teorii Bourdieu, aby przedstawić, jak „kulturowa nierówność społeczna przejawia się w interakcjach klinicznych” (32).

Na kulturowy kapitał zdrowotny pacjenta składają się wszelkie praktyki związane ze zmianą stanu fizycznego, doświadczeń w czasie choroby, przez które „pacjenci mogą nieustannie rozwijać swoje zasoby kulturowe, aby zarządzać i kierować własną opieką medyczną” (32). Kulturowy kapitał medyczny lekarza tworzą, ciągle kumulowane doświadczenia profesjonalne, kontakty ze specjalistami i środowiskiem klinicznym. Szczególna wartość analizy Shim leży w podkreśleniu dwóch elementów: a) wpływ interakcji – między pacjentem a usługodawcą medycznym – na decyzje terapeutyczne; b) rozpoznanie – w jaki sposób interakcje te mogą być uwarunkowane przez szersze relacje w polu klinicznym. Na przykład systemy płatności związane są z czasem konsultacji, narzucając określone możliwości komunikacji w wymiarze pacjent-profesjonalista me-

Table 1. "Praxis" in relation to entities involved in treatment decisions and medical care

<i>Decision-makers</i> „Praxis”	Medical Professional	Patient	Medical institution
Field	The medical field is determined by a certain medical professional position in a group of specialists and by a network of interpersonal relationships, as well as formal dependencies resulting from professional connections.	Each patient acts within the boundaries of a specific social space: family, friends, colleagues at work, in addition, he/she operates in the environment of a medical institution in a situation of illness and therapy (hospital and/or outpatient's clinic)	The location of a medical institution in a geographical space (region, city, village), its structure and formal network of connections between medical professionals and managing entities, the size of the institution, its importance in the local, national, international community
Capital	For the services provided to patients, a medical professional is paid for by public or private financial resources (economic capital); he/she uses professional influence, contacts and knowledge, employs colleagues - team work (social capital); and in order to carry out the treatment process, he/she uses his own experience and knowledge of colleagues and other representatives of medical professions (cultural capital)	The patient mobilizes his own financial resources or uses services that are financed by the National Health Fund NFZ (economic capital); she/he activates personal acquaintances, contacts and social relations in order to reach medical specialists, uses non-professional advice as well (social capital); patient develops knowledge flowing from experience and education, he/she reaches for Internet, media information and uses professional sources (cultural capital)	The institution has material resources in the form of medical premises and equipment (economic capital), medical staff of various specialties, which forms teams of work – branches/ departments (social capital); in order to carry out medical tasks, the institution employs people with an appropriate level of medical knowledge, experience and skills, expects the development of qualifications and overcoming the ranks in a medical career (cultural capital)
Habitus	Acquiring dispositions for a professional role in the process of medical education and in one's work environment (mentoring), gaining knowledge in practice, demonstrating intellectual and behavioural dispositions (<i>hexis</i>) towards the patient and other medical professionals – professional culture	The patient deepens medical knowledge and skills of coping with the disease in a hospital environment, in contact with medical staff and other patients – intellectual and behavioural disposition – behaves in accordance with social expectations.	Learned and developed individual, group and institutional approach to the patient, style of conducting conversations, solving medical problems, making therapeutic, rehabilitation, as well as administrative and organizational decisions – institutional culture

Source: Self-study

is a market tradition and functions together with the already existing public insurance (3, 6). Although decisions to buy insurance fall within the client's personal affairs zone, they are passed down from generation to generation, within the family. In this way, certain habits and patterns of thinking are formed and the client's choices are influenced by *habitués*. Those who grew up in families with private health insurance have made efforts to acquire such insurance as well, even with limited availability of monetary resources. This suggests that although

dyczny. Tworzy się styl komunikacji przez wyznaczenie pozycji uprzywilejowanej osobie z większą wiedzą medyczną lub inną przewagą społeczną. Shim zauważa także, że wartość kulturowego kapitału zdrowotnego jest zmienna i może się różnić w zależności od grupy społecznej i sytuacji pacjenta.

Złożone zależności między kapitałem ekonomicznym, habitusem a polem obrazują inne badania związane z wyborem prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. W państwach wysokorozwiniętych tradycja rynkowa prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jest dodatkiem

Tabela 1. „Praxis” w relacji do podmiotów biorących udział w decyzji o terapii i opiece medycznej

Podmioty decyzyjne „Praxis”	Profesjonalista medyczny	Pacjent	Instytucja medyczna
Pole	Pozycja w grupie specjalistów medycznych oraz w sieci relacji interpersonalnych, a także formalnych zależności wynikających z powiązań profesjonalnych	Działa w granicach określonej przestrzeni społecznej: rodzinnej, przyjacielskiej, zawodowej, a także w środowisku instytucji medycznej (szpital i/lub ambulatoryjnym)	Lokalizacja instytucji (region, miasto, wieś), struktura oraz formalna sieć powiązań między profesjonalistami medycznymi a podmiotami zarządzającymi, wielkość instytucji, znaczenie w społeczności lokalnej, krajowej, międzynarodowej
Kapitał	Za wykonane usługi jest on opłacany z publicznych bądź prywatnych środków finansowych (kapitał ekonomiczny); wykorzystuje wpływy i znajomości profesjonalne, zatrudnia kolegów – team work (kapitał społeczny); a w celu realizacji procesu leczenia korzysta z własnego doświadczenia i wiedzy kolegów oraz innych przedstawicieli zawodów medycznych (kapitał kulturowy)	Mobilizuje własne środki finansowe bądź korzysta z usług finansowanych w ramach NFZ (kapitał ekonomiczny); mobilizuje swoje znajomości, kontakty i relacje społeczne w celu dotarcia do specjalistów medycznych, porady nieprofesjonalne (kapitał społeczny); wykorzystuje wiedzę płynącą z doświadczenia, wykształcenia oraz informacji, internetowej i medialnej, źródeł profesjonalnych (kapitał kulturowy)	Instytucja dysponuje zasobami materialnymi w postaci pomieszczeń i wyposażenia medycznego (kapitał ekonomiczny), kadrami medycznymi różnych specjalności, która tworzy zespoły pracy – oddziały (kapitał społeczny); w celu realizacji zadań leczniczych instytucja zatrudnia osoby o odpowiednim poziomie wiedzy medycznej, doświadczeniu i umiejętnościach, oczekuje rozwoju kwalifikacji i pokonywania szczytów w karierze medycznej (kapitał kulturowy)
Habitus	Nabywanie dyspozycji do roli zawodowej w procesie edukacji medycznej oraz w swoim środowisku pracy (mentoring), zdobywanie wiedzy w praktyce, wykazywanie dyspozycji intelektualnych, a także behawioralnych (<i>tzw. hexis</i>) wobec pacjenta i innych profesjonalistów medycznych – kultura profesjonalna	Zgłębia wiedzę medyczną i umiejętności radzenia sobie z chorobą w środowisku szpitalnym, w kontakcie z personelem medycznym oraz innymi pacjentami – dyspozycja intelektualna i behawioralna – zachowuje się zgodnie z oczekiwaniem społecznym.	Wyuczony i wypracowany indywidualny, grupowy oraz instytucjonalny sposób podejścia do pacjenta, styl prowadzenia rozmów, rozwiązywania problemów medycznych, podejmowania decyzji terapeutycznych, rehabilitacyjnych, a także administracyjnych oraz organizacyjnych – kultura instytucjonalna

Zródło: Opracowanie własne

wealth capacity seems to be of great importance, in order to explain the process of choosing the type of health care, it is necessary to examine other forms of capital and to reflect on the unconscious dimension of shaping the habitus disposition.

In Poland, the attachment of citizens to public health care financed by the state, to institutional and organizational customs, “inherited” from the old political system and the subsequent period of reforms, make all forms of change and advanced privatization of health services difficult to accept or

do funkcjonującego już publicznego ubezpieczenia (3, 6). Chociaż decyzje o zakupie ubezpieczenia mieszczą się w strefie spraw osobistych klienta, to są przekazywane z pokolenia na pokolenie, w ramach rodziny. W ten sposób kształtowane są określone zwyczaje i schematy myślenia – *habitusy* – które wywierają wpływ na podejmowanie określonych wyborów. Te osoby, które wychowały się w rodzinach posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne, dokonały starań, aby takie ubezpieczenie także nabyć, nawet przy ograniczonej dostępności zasobów pieniężnych. Sugeruje to, że cho-

even unimaginable. A specific relationship is created between the habitus and the structurally changing medical field. Bourdieu defines such a phenomenon as *habitus hysteresis* (2, 24). It is a term used to explain the cultural delay or discrepancy that exists between the habitus and the changing rules and regularities of the field. Numerous forms of habitus hysteresis can be observed within the boundaries of the medical field. For example, reactions to long queues to specialists and waiting for the necessary treatments. Patients, therefore, wanting to avoid personal costs and fees for medical service, reverse the procedure. They take a place in the queue before they are diagnosed, so as to reduce the waiting time for surgery or medical consultation after a formally announced diagnosis (previously predicted by the patient). Hysteresis, resulting from the lack of acceptance or trust in the principles and rules of the medical field, thus becomes an unstable basis for further construction and modification of the habitus structure. Further proposals implementation, related to the functioning of the health care system, encounters resistance and delays in their crystallization. There is no certainty that patients will follow the proposed changes and accept new solutions.

Bourdieu's concept can therefore help to understand how systemic changes in the field of healthcare can lead to a mismatch between the field and the habitus. Multiple forms of hysteresis also manifest themselves in the interactions among medical professionals and patients and their family members who assume the role of partners in the rehabilitation process. A poorly matched habitus among family members or relatives responsible for the patient (the so-called *significant others*) leads to the loss of therapeutic and caring opportunities in relation to the possibilities objectively offered by medical field institutions. Examples of habitus hysteresis have been observed in studies on patients with serious brain injuries (33). Subjective expectations of people closest to the patient (e.g. relatives, family), resulting from an educated habitus, often do not correspond to the structure and objective capabilities of the medical field and its employees. Even if the health care system is stable and does not provide impulses for the hysteresis development, the fixed patients and families dispositions do not allow them to be sufficiently flexible or adapt to difficult or traumatic circumstances in a situation of illness. These individuals are not prepared to recognize, capture, and take a new position in the medical field.

Some authors analyze the "transfer" of habitus from one social field to another field with a different structure (34). This situation is typical in the case of emigrants. The new reality is a major challenge of

ciaż zdolności majątkowe zdają się mieć duże znaczenie, to aby wyjaśnić proces wyboru przez ludzi rodzaju opieki zdrowotnej, należy zbadać inne formy kapitału oraz zastanowić się nad nieświadomym wymiarem kształtowania dyspozycji habitusu.

W Polsce przywiązanie obywateli do publicznej opieki zdrowotnej finansowanej przez państwo, do obyczajów instytucjonalnych i organizacyjnych, „dziedzicznych” po dawnym systemie politycznym oraz późniejszym okresie reform sprawiają, że trudnymi do przyjęcia lub wręcz niewyobrażalnymi stają się wszelkie formy zmian i zaawansowanej prywatyzacji usług zdrowotnych. Tworzy się specyficzna relacja między habitusem a zmieniającym się strukturalnie polem medycznym. Bourdieu określa takie zjawisko jako *hystereza habitusu* (2, 24). Jest to termin stosowany do wyjaśnienia opóźnienia kulturowego lub rozbieżności, istniejących między habitusem a zmieniającymi się zasadami i regularnościami pola.

Obserwacja pola medycznego dostarcza licznych form histerezy habitusu. Na przykład reakcje na długie kolejki do specjalistów i oczekiwanie na niezbędne zabiegi. Pacjenci więc, chcąc uniknąć osobistych kosztów i opłat za usługę medyczną, odwracają procedurę. Zajmują oni miejsce w kolejce zanim zostaną zdiagnozowani, tak aby skrócić czas oczekiwania na zabieg lub konsultację medyczną po formalnie ogłaszanej diagnozie (uprzednio przewidzianej przez pacjenta). Histereza, wynikająca z braku akceptacji lub zaufania do zasad i reguł pola medycznego staje się więc niestabilną podstawą dalszej budowy i modyfikacji struktury habitusu. Dalsze wdrażanie propozycji związanych z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej napotyka na opór i opóźnienia w ich realizacji, gdyż nie ma pewności, że pacjenci podążą za zaproponowanymi zmianami, zaakceptują nowe rozwiązania.

Koncepcja Bourdieu może więc pomóc w zrozumieniu, w jaki sposób systemowe zmiany w dziedzinie opieki zdrowotnej mogą prowadzić do niedopasowania między polem a habitusem. Wielorakie formy histerezy przejawiają się również w interakcjach między profesjonalistami medycznymi a pacjentami oraz członkami ich rodziny, którzy przyjmują rolę partnerów w procesie rehabilitacji. Źle dopasowany habitus między członkami rodziny bądź bliskimi, odpowiedzialnymi za chorego (tzw. znaczących innych) prowadzi do utraty szans terapeutycznych i opiekuńczych w stosunku do możliwości obiektywnie oferowanych przez instytucje pola medycznego.

Przykładowe zjawiska histerezy habitusu zaobserwowano w badaniach nad pacjentami z poważnymi uszkodzeniami np. mózgu (33). Subiektywne oczekiwania najbliższych pacjentowi osób (np. krewnych, rodziny), wynikające z wykształconego habitusu często

adaptation and socialisation for them. How does the habitus behave in relation to the medical field?

Socio-medical studies, that are conducted in the clinical environment, confirm racial and ethnic differences in the approach to health and the choices associated with it. Therefore, researchers use a complex model called a *hybrid habitus* in order to interpret this contextual social experience. The new term combines the concept of P. Bourdieu with the W. Sewell's axioms (35), concerning numerous and interpenetrating social structures. The notion takes into account three analytical dimensions: the multitude of schemes and resources available to patients, the learned specific patterns of social integration and behaviour in specific contexts, and the constitutive role of the hospital environment. The use of an extensive habitus concept allows to classify cultural differences within the same ethnic group. The cultural characteristics of patient also enable the analysis of the process that creates cultural patterns and organizes specific distinctions. Research using this tool provides information about patients, their expectations of doctors, ways to solve health problems and make long-term decisions about treatment or medical care. As a result, the cultural competences of medical employees are improved and it is possible to create partnership relations with patients.

CONCLUSIONS

1. The "praxis" theory and its multi-conceptual structure opens up wide comparative and interpretative possibilities related to socio-medical phenomena, both locally close and culturally distant.
2. Bourdieu's proposal allows to create links between the individual elements of the theory, giving an interesting opportunity to discover the universal mechanisms that influence decision-making processes in healthcare sectors, taking into account the spatial and structural diversity of the medical field.
3. The theory can also be developed and improved with new interpretative and research tools, as in the case of the patient's cultural health capital, habitus hysteresis, hybrid habitus, etc. with regard to the structure of the medical field and the intellectual and bodily dispositions of individual subjects in the medical decision-making process.
4. The presented issues require wider analysis, and therefore the article is a harbinger of a larger study using the Bourdieu concept. The cited publications and research results, statistical data can become an inspiration for in-depth comparative analyses of the structurally complex medical field.

nie korespondują ze strukturą i obiektywnymi możliwościami pola medycznego oraz jego pracowników.

Chociaż system opieki zdrowotnej jest stabilny i nie dostarcza impulsów do rozwoju histerezy, to wykształcone dyspozycje pacjentów i ich rodzin nie pozwalają na wystarczającą elastyczność, dostosowanie do trudnych bądź traumatycznych okoliczności w sytuacji choroby jednego z członków. Osoby te nie są przygotowane do rozpoznania, uchwycenia i zajęcia nowej pozycji w polu medycznym.

Niektórzy autorzy analizują „przeniesienie” habitusu z jednego pola społecznego na inne pole o odmienniej strukturze (34). Taka sytuacja jest typowa w przypadku emigrantów, dla których nowa rzeczywistość jest dużym wyzwaniem przystosowawczym i socjalizacyjnym. Jak wówczas zachowuje się habitus w relacji do pola medycznego? Ponieważ badania które są prowadzone w środowisku klinicznym potwierdzają różnice rasowe i etniczne w podejściu do zdrowia i wyborów z nim związanych, Dlatego więc badacze stosują złożony model pojęciowy zwany habitusem hybrydowym (ang. *hybrid habitus*) w celu interpretacji tego doświadczenia społecznego. Nowe pojęcie łączy w sobie koncepcję P. Bourdieu z aksjomatami W. Sewell (35), dotyczącymi licznych i przenikających się struktur społecznych. Koncepcja uwzględnia trzy wymiary analityczne: mnogość schematów i zasobów dostępnych dla pacjentów, wyuczone specyficzne wzorce integracji społecznej i zachowania w określonych kontekstach oraz konstytutywną rolę środowiska szpitalnego. Zastosowanie rozbudowanej koncepcji habitus pozwala klasyfikować odrębności kulturowe w granicach tej samej grupy etnicznej – charakterystyka kulturowa pacjenta umożliwia równocześnie analizę procesu, który tworzy wzory kulturowe i porządkuje te odrębności. Badania przy użyciu tego narzędzia dostarczają informacji o pacjentach, ich oczekiwaniach wobec lekarzy, sposobach rozwiązywania problemów zdrowotnych i podejmowania długofalowych decyzji o leczeniu lub opiece medycznej. W rezultacie następuje podnoszenie kompetencji kulturowych pracowników medycznych oraz możliwość tworzenia relacji partnerskich z pacjentami.

WNIOSKI

1. Wielopojęciowa struktura teorii „praxis” otwiera przed badaczem szerokie możliwości porównawcze oraz interpretacyjne związane ze zjawiskami społeczno-medycznymi, zarówno bliskimi lokalnie, jak i odległymi kulturowo.
2. Uwzględniając przestrzenną i strukturalną różnorodności pola medycznego, propozycja Bourdieu umożliwia tworzenie powiązań między poszczególnymi elementami teorii, dając interesującą możliwość odkrycia

REFERENCES

1. Furtak M, Książek P, Warchoń-Sławińska E. Proces podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia. *Zdrowie Publiczne* 2011;121(3):228-233.
2. Bourdieu P, Wacquant LJD. *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, tłum. A. Sawisz, Warszawa: Oficyna Naukowa; 2001:78-99.
3. Collyer FM, Willis KF, Franklin M, et al. Healthcare choice: Bourdieu's capital, habitus and field. *Current Sociology* 2015;(63(5):685-699
4. Hoffmann T, Jansen J, Glasziou P. The importance and challenges of shared decision making in older people with multimorbidity. *PLOS Med* 2018;15(3):e1002530.
5. Seo J, Goodman MS, Politi M, et al. Effect of Health Literacy on Decision-Making Preferences among Medically Underserved Patients. *Med Decis Making* 2016;36(4):550-556.
6. Harley K, Willis K, Gabe J, et al. Constructing health consumers: Private health insurance discourses in Australia and the United Kingdom. *Health Sociol Rev* 2011;20(3):306-320.
7. Frank RG, Zeckhauser RJ. Health insurance exchanges – making the markets work. *N Engl J Med* 2009;361(12):1135-1137.
8. Dixon A, Robertson R, Appleby J, et al. *Patient Choice: How Patients Choose and How Providers Respond*. London: The King's Fund 2010.
9. Boyle D. The barriers to choice review: How are people using choice in public services. [Internet] [Cited: 2022.03.04] Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/barriers-to-choice-public-services-review>
10. Kilijanek-Cieślak A. Raport Naczelnej Izby Lekarskiej. Ośrodek Studiów Analiz i Informacji. 2018. Lekarze w badaniach opinii społecznej.
11. Kaliszewski B. Raport Centrum Badania Opinii Społecznej. 94/2021. Korzystanie z konsultacji lekarskich podczas pandemii
12. Feliksiak M. Raport Centrum Badania Opinii Społecznej. 83/2021. Korzystanie z Internetu.
13. Proper C. *The Operation of Choice and Competition in Healthcare: A Review of the Evidence*. London: 2020 Public Services Trust.
14. Atkinson W. Beck, individualization and the death of class: a critique. *Br J Sociol* 2007;58(3):349–366.
15. Omyłka –Rudzka M. Raport Centrum Badania Opinii Społecznej. 88/2020, Opieka medyczna w czasie pandemii
16. Fotaki M. Patient choice and equity in the British National Health Service: Towards developing an alternative framework. *Sociol Health Illn* 2010;32(6):898-913.
17. Shamsullah A. Australia's private health insurance industry: Structure, competition, regulation and mechanizmów uniwersalnych, które wpływają na procesy decyzyjne w sektorach opieki zdrowotnej.
18. Pollock A, Price D. The final frontier: The UK's new coalition government turns the English National Health Service over to the global healthcare market. *Health Sociol Rev* 2014;20(3):294-305.
19. Whiteside H. Unhealthy policy: The political economy of Canadian public-private partnership hospitals. *Health Sociol Rev* 2011;20(3):258-268.
20. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action* 2015;8:27106
21. Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012;380(9846):1101-29.
22. Ucieklak-Jeż P, Bem A. Dostępność opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w Polsce. *Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych* 2017;4:117-131.
23. Kalinowski S. Korzystanie z usług zdrowotnych na obszarach wiejskich. *Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu* 2011;13(3):105-110.
24. Bourdieu P. *Dystynkcja. Krytyka władzy sądenia*. Warszawa: PWN; 2005:105-111, 232-243.
25. Bourdieu P. *Rozum praktyczny. O teorii działania*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2008:80-87.
26. Bourdieu P, *Méditations pascaliennes*. Paris: Editions du Seuil; 2003:138-146, 195-198, 200-205, 226-232,
27. Bourdieu P, *Męska Dominacja*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 2005: 7-32, 41-45, 56-57.
28. Stelmach E, Karakuła H, Moryłowska-Topolska J, et al. Funkcjonowanie społeczne a poznanie społeczne u osób chorych na schizofrenię. *Current Problems Psychiatry* 2011;(12):520-525.
29. Rasmus P, Nowaczyńska E, Stetkiewicz-Lewandowicz A, et al. Wykluczenie społeczne role in a less than 'ideal world'. *Aust Health Rev* 2011;35(1):23-31.

- i dyskryminacja przewlekle chorych psychicznie w województwie łódzkim, *Polski Merkuriusz Lekarski* 2013;35,209:5-11.
30. Matuchniak-Krasuska A. Koncepcja habitusu u Pierre'a Bourdieu. *Hybrys* 2015;(31):77-111.
31. Ameri P, Canepa M, Anker Ms, et al. Cancer diagnosis in patients with heart failure: epidemiology, clinical implications and gaps in knowledge. *Eur J Heart Fail* 2018;20:879-887.
32. Shim JK. Cultural health capital: A theoretical approach to understanding healthcare interactions and the dynamics of unequal treatment. *J Health Soc Behav* 2010;51(1):1-15.
33. Roenn-Smidt H, Shim JK, Larsen K, et al. Hysteresis – or the mismatch of expectations and possibilities among relatives in a transforming health care system. *Health Sociol Rev* 2020;29:31-44.
34. Ming-Cheng M Lo, Stacey CL. Beyond cultural competency: Bourdieu, patients and clinical encounters. *Sociol Health Ill* 2008;30(5):741-755.
35. Swell WH. A theory of structure: duality, agency and transformation. *Am J Sociol* 1998;98(1):1-29.

Received: 02.12.2021

Accepted for publication: 21.07.2022

Otrzymano: 02.12.2021 r.

Zaakceptowano do druku: 21.07.2022 r.

Address for correspondence:

Adres do korespondencji:

Dominik Maślach

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zakład Zdrowia Publicznego

ul. Szpitalna 37

15-295 Białystok

tel. +48 85 686 50 55

adres e-mail: dominikm@umb.edu.pl