



Łódź 14.05.2022

**UNIwersYTET MEDYCZNY w ŁODZI**  
**Wydział Lekarski**

**Klinika Ortopedii i Traumatologii**  
Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Marcin Domżański  
tel. 42 639 35 11, tel./fax. 42 636 83 28  
klinika.ortopedii@skwam.lodz.pl

**O c e n a**

**rozprawy doktorskiej mgr Anny Katarzyny Figiel**

**p.t. „Etnografia medycyny estetycznej.**

**Kobieta, ciało, uroda w perspektywie lekarek i pacjentek”**

Problematyka postrzegania i oceny ludzkiego ciała jest stale obecna w medycynie. Pacjenci, szczególnie kobiety oczekują od lekarzy stosowania procedur, które w jak najmniejszym stopniu naruszają powłoki ciała i przez to nie naruszają ich „urody”. Pytanie o rozległość zabiegu operacyjnego, a przez to blizny pojawia się jako jedno z pierwszych w trakcie rozmowy w Szpitalu. Obecnie stosowane ankiety do oceny zadowolenia Pacjentów po zabiegach operacyjnych obejmują często pytania o zadowolenie z wyglądu miejsca operowanego i brak satysfakcji w tym elemencie może obniżyć znacząco wynik leczenia. Od początku mojej kariery zawodowej zauważyłem, że dbałość o bliznę pooperacyjną znacząco wpływa na postrzeganie mnie jako chirurga prawie na równi ze sposobem przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Wymusiło to na specjalizacjach chirurgicznych stosowanie technik małoinwazyjnych ( np. artroskopie , laparoskopie ) czy stosowanie procedur zabiegowych przez naturalne otwory ciała ( np. kolonoskopia, cystoskopia ). Również wdrożono zakładanie szwów śródskórnych ( plastycznych ), czy specjalnych opatrunków na rany pooperacyjne. Wszystko to w trosce o zminimalizowanie blizn, a przez to w trosce o zachowanie urody ludzkiego ciała.

Dodatkowo w ostatnich latach troska o urodę i ciało przybrała również inną formę: stosowanie zabiegów medycyny estetycznej. Rozwój zabiegów medycyny estetycznej jako aktywna troska o wygląd spowodowała wyodrębnienie się spośród środowiska lekarskiego grupy lekarzy medycyny estetycznej. Jest to mojej ocenie bardzo młoda stażem i

niejednorodna grupa lekarzy. W jej skład wchodzi lekarze bez specjalizacji, ale również duża grupa lekarzy innych specjalności, którzy zdecydowali się na wybór medycyny estetycznej jako kontynuację ich kariery. Analiza zjawiska postrzegania medycyny estetycznej w kontekście kształtowania urody, ale również relacji lekarz – pacjent w tej dyscyplinie jest bardzo potrzebna i ciekawa.

Przykładem takiej pracy jest dysertacja doktorska magister Anny Figiel szeroko analizująca znaczenie tej dyscypliny dla lekarzy i pacjentów z kręgu medycyny estetycznej. Ponieważ wiele zjawisk jak sama dyscyplina medyczna jest nowych na polskim rynku takie opracowanie jest szczególnie cennym i nowatorskim i trud Autorki warty podkreślenia.

Przedstawiona do oceny praca zawiera, aż 341 stron wydruku komputerowego. Układ pracy odpowiada wymogom stawianym pracom doktorskim. Praca składa się z 8 rozdziałów z licznymi podrozdziałami logicznie ze sobą powiązanych. Proporcje pomiędzy głównymi częściami pracy są prawidłowo zachowane. Przedstawione piśmiennictwo zawiera liczne pozycje polsko i anglojęzyczne, co pokazuje dobre przygotowanie do badań.

We wstępie Autorka wyjaśnia przyczyny swojego zainteresowania tematyką wyobrażeń o kobiecym ciele.

Cele pracy zostały sformułowane jasno i rzeczowo. Autorka przedstawiła 3 główne cele:

1. zaprezentowanie postaw wobec ciała kobiety i jego wyglądu, które egzystują w środowisku medycyny estetycznej
2. analiza i interpretacja postaw wobec ciała kobiety przez pryzmat antropologicznych kategorii takich jak: ciało, kobiecość, uroda.
3. Analiza i konfrontacja profesjonalnej perspektywy lekarek z nieprofesjonalnym, zdroworozsądkowym, potocznym punktem widzenia pacjentek.

Badania terenowe trwały od 2014 do 2019 roku i dotyczyły wyłącznie kobiet. Analizowano dwie grupy respondentek związanych z medycyną estetyczną: pacjentki i lekarki. W obu grupach zastosowano inną metodologię doboru próby. W grupie pacjentek do których dostęp Autorki był łatwiejszy, było to wzajemne polecenie określane jako sposób doboru próby metodą „kuli śnieżnej”.

Dostęp do grupy lekarek był trudniejszy i wymagał zastosowania metody „**kuli śnieżnej napędzonej autorytetem**”. Trudności z jakimi spotkała się Autorka w tej grupie to : niejednorodność świata lekarskiego z wytworzeniem „subkultur” w obrębie poszczególnych specjalizacji, hermetyczne zamknięcie grupy lekarskiej, brak czasu na spotkania w celu przeprowadzenia wywiadów, niechęć „świata medycznego” do dzielenia się swoimi doświadczeniami, deprecjonowanie przedmiotu badań.

W materiale badawczym znajdują się 32 wywiady. Badania były przeprowadzone na podstawie ustrukturyzowanego i obszernego kwestionariusza. Badaniem objęte były wyłącznie kobiety – pacjentki, które korzystały z zabiegów medycyny estetycznej, oraz kobiety-lekarki, które ukończyły studia lekarskie i pracowały w gabinetach medycyny estetycznej. Wszystkie mieszkały w dużych miastach i znakomita większość miała wyższe wykształcenie , przedział wieku 28 -52 lata.

Autorka podaje, że według przyjętych kryteriów metodologii antropologii medycznej materiał 32 wywiadów jest „nasycony” i wystarczający do dalszej analizy. Po dziesiątym kwestionariuszu wśród lekarek, a po piętnastym u pacjentek, nie pojawiały się już nowe informacje w kwestionariuszach. Do przeprowadzenia wszystkich wywiadów posłużył kwestionariusz, który składał się z 93 pytań dla lekarek i 89 pytań dla pacjentek. Różnica dotyczyła tylko pytań skierowanych do lekarek o zawód.

Za bardzo ciekawe uważam rozważania Autorki o roli i miejscu medycyny estetycznej w medycynie. Medycyna estetyczna, z perspektywy kobiet wykonujących ten zawód, jawi się jako dziedzina szczególna, ulokowana na pograniczu medycyny i sztuki. Lekarki zajmujące się tą dziedziną postrzegają siebie jako artystki, które dzięki rezygnacji z trudów dyżurów i ciężkiej pracy w Szpitalu mogą oddać się w pełni kreowaniu wyglądu swoich pacjentek. Leczyć duszę Pacjentki co często podkreślają, a co jest niemierzalne w ujęciu medycyny klasycznej. Ciekawą obserwacją jest, że lekarki również w trakcie swojej kariery zawodowej w medycynie estetycznej zaczęły dbać o swój wygląd i co więcej uważają go za nieodzowny element w branży, wręcz legitymizację ich pozycji w medycynie estetycznej.

Z drugiej strony lekarki medycyny estetycznej odczuwają swoją niższą pozycję w hierarchii medycznej, ale z drugiej strony cieszą się z pełni swobody jaką zapewnia brak procesu specjalizacyjnego w tej dziedzinie i brak konieczności pracy w ośrodkach szpitalnych. Sam często słyszałem od lekarzy dermatologów pracujących w klinikach uniwersyteckich stwierdzenie „dermogwiazdy” określające lekarki medycyny estetycznej.

Pacjentki z kolei uważają lekarzy medycyny estetycznej za prawdziwych specjalistów i mają do nich jako do lekarzy bardzo duże zaufanie. Uważają zabiegi przeprowadzone przez lekarzy za bezpieczniejsze i skuteczniejsze niż przez np. kosmetyczki lub pielęgniarki. Podkreślają również mniejszy dystans pomiędzy lekarzem i pacjentem i większe zrozumienie potrzeb w tej gałęzi medycyny. Opisany tutaj proces można określić jako zastępowanie syndromu Boga rolą dostawcy profesjonalnej usługi. Rzeczywiście komercjalizacja tych usług wydaje się dobrym uzasadnieniem, ale nie jedynym. Ważnym elementem jest również dość szybkie spełnianie oczekiwań Pacjentek i w miarę „prosty” system terapeutyczny.

W mojej opinii ten proces dokonuje się, choć powoli we wszystkich działach medycyny i to spowolnienie nie jest spowodowane tylko niechęcią lekarzy. Z mojego doświadczenia wynika, że Pacjenci często oczekują od lekarza pozycji wyższej, szczególnie w specjalizacjach chirurgicznych. Przed zabiegami chirurgicznymi Pacjenci często nie chcą słyszeć o przebiegu procedury, czy potencjalnych powikłaniach i oczekują od lekarza, jak od Boga zapewnienia, że wszystko będzie dobrze. W medycynie estetycznej ta relacja jest inna i „bardziej uśmiechnięta” bo nie obejmuje złożonych problemów somatycznych. Same badane Pacjentki przyznają, że medycyna estetyczna daje szybkie, spektakularne efekty, bez konieczności rekonwalescencji.

Co ciekawe tak interakcja została bardzo trafnie ujęta przez Autorkę że lekarki wierzą, że faktycznie leczą kobiece choroby, a pacjentki przekonane są, że cierpią na określone schorzenia medyczne i wymagają ingerencji specjalisty.

W opinii Pacjentek stosowanie zabiegów medycyny estetycznej wpływało również na ich samozadowolenie, dowartościowanie i samoakceptację niejako równoległe do efektów stosowanych zabiegów i często było objawem odpowiedniego statusu. Pacjentki często czuły się wyróżnione wśród społeczności, że właśnie one mogą sobie pozwolić na luksus stosowanie zabiegów medycyny estetycznej.

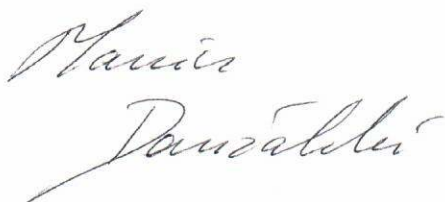
Kolejnym ważnym spostrzeżeniem jest, że osoby związane z medycyną estetyczną przywiązują dużą wagę do szczupłej i wysportowanej sylwetki ciała. Nadwagę i otyłość postrzegają jako przykład brak dbałości, czy wręcz lenistwa. Ciekawe jednak, że sylwetka nadmiernie chuda, jest również określana jako niezdrowa i szkodliwa dla zdrowia. Potwierdzają to obserwacje z innych dziedzin medycyny.

Bardzo ciekawy jest rozdział o nowym antropologicznym spojrzeniu na atlas kobiecego ciała. Przedstawione opinie świadczą o swoistym pofragmentowaniu ludzkiego ciała, gdzie defekt najmniejszego elementu wpływa na postrzeganie całości. Moje zdumienie budzi jak wiele elementów, czasami drobnych ( np. kształt brwi ) wpływa na odczuwany efekt.

W tworzeniu kultury piękna, perspektywa lekarek niewiele różni się od potocznych wyobrażeń pacjentek. W relacji lekarz pacjent nie ma tematów tabu jeśli chodzi o granicę i sposoby korekty wyglądu. Tabu w tej sferze stają się natomiast zjawiska obecne w innych dziedzinach medycyny takie jak :starość, choroba czy śmierć.

Praca została starannie przygotowana edytorsko. Nie spotkałem błędów literowych. Na uwagę zwraca bardzo metodyczny opis poszczególnych etapów wnioskowania naukowego, który znacznie ułatwia zrozumienie pracy szczególnie we fragmentach wykraczających poza problematykę medyczną.

Stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Anny Katarzyny Figiel p.t. „Etnografia medycyny estetycznej. Kobieta, ciało, uroda w perspektywie lekarek i pacjentek” stanowi samodzielny, nowatorski oraz wartościowy pod względem praktycznym dorobek naukowy Autorki. Temat rozprawy doktorskiej i badań jest bardzo ciekawy i wypełnia lukę pomiędzy medycznym, a humanistycznym postrzeganiem problematyki urody i piękna kobiecego ciała. Z pełnym przekonaniem o wysokich walorach naukowych pracy wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Filozoficzno-Historycznego Uniwersytetu Łódzkiego wniosek o dopuszczenie magister Anny Katarzyny Figiel do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Gratuluje promotorowi.



Prof. dr hab. n. med. Marcin Domżański