

Epistemologija zdravja

UVOD

V članku skušam aplicirati stališče udeležенosti na problematiko zdravja z medicinskega vidika. Zanima me, kakšna epistemologija se kaže skozi različne definicije zdravja. Dela se bom lotila tako, da bom najprej nanizala različne medicinske definicije in poglede k obravnavanju zdravja, nato pa bom naredila njihovo epistemološko analizo, še prej pa bom na kratko razložila značilnosti objektivistične in kibernetске epistemologije. V zadnjem delu bom razmišljala o tem, kaj stališče udeležенosti prinaša novega pri raziskovanju v medicini in odnosu zdravnik – pacient. (Pri čemer bi rada poudarila, da nisem zdravnica, kar pomeni, da nisem obremenjena z medicinskim pogledom, moja slabost pa je, da je to zame relativno novo in ne še prav domače področje.) Ob tem ne morem mimo refleksije svoje epistemološke pozicije oz. odnosa do sveta in ne nazadnje tudi odnosa do tega pisanja. Se vidim – kot pravi von Foerster – ločena od sveta ali njegov del; in kako v skladu s tem delujem?

1. RAZLIČNI POGLEDI NA ZDRAVJE

Način razumevanja, pojmovanja in definiranja je bistven za to, kako bomo opredelili raziskovalni problem, s kakšnimi metodami ga bomo raziskovali, do kakšnih ugotovitev bomo prišli in kako bomo v skladu s tem delovali. To velja tudi za ukvarjanje s problematiko zdravja (karkoli si že pod tem pojmom predstavljamo), saj ima vse to posledice na zdravstveno politiko, zdravstveni sistem in odnos tako posameznika kot družbe do zdravja. Da bi to lahko natančneje proučila in raziskala, bom najprej na kratko pregledala nekatere medicinske definicije in pristope k zdravju.

Če se ozremo v zgodovino definiranja in pristopanja k problematiki zdravja, ugotovimo, da je definicij zelo veliko. Lahko bi celo rekli, kolikor avtorjev, toliko definicij. Turner (2000), ki je analiziral različne tradicije razumevanja

zdravja in bolezni, govori o konceptu zdravja na dveh ravneh, in sicer dimenziji sveto – posvetno in individualno – kolektivno. Zdravje in bolezen se tako pojmujeta kot posledica nadnaravnih posegov (sveto), ali pa razločljivih in vidnih dejavnikov (npr. bakterije, virusi), ki so zunaj posameznika (posvetno). Na drugi dimenziji individualno – kolektivno pa se zdravje obravnava glede na to, kdo je odgovoren za zdravstveno stanje posameznika; posameznik ali skupnost. Turner (2000) ugotavlja, da so se ti pogledi skozi zgodovino pogosto prepletali, vendar pa so svetne koncepte skozi zgodovino vse bolj nadomeščali profani, odgovornost za zdravje pa se je (in se še) vse bolj prenašala na posameznika.

Če mislimo zdravje, ob tem ne moremo mimo razumevanja človeka. Od tega, kako razumemo človeka – kot fizično celoto, kot preplet telesa, duše in duha ... – je odvisno tudi opredeljevanje zdravja. Vse našete definicije imajo v ozadju določeno razumevanje človeka in njegovega bivanja. Toda mene zanima še plast globlje, in sicer, kako se skozi navedene definicije kaže epistemološko stališče – človekova naravnost oz. drža do sveta. Je svet “tam zunaj” ločen od mene in nanj nimam vpliva, ali sem njegov svet?

V socialni medicini prevladujejo definicije, ki so zdravje opredelile predvsem kot fizičen koncept, in sicer kot nasprotje bolezni oz. kot odsotnost bolezenskih simptomov. Poudarek je bil na fizičnem zdravju in fizičnih boleznih, duševnih boleznih pa se je držala stigma norosti oz. demoničnosti. To pomeni, da je zdrav tisti, ki nima nobenih odkritih oz. ugotovljenih bolezenskih simptomov (predvsem na fizični ravni). Zdravje je pojmovano kot enodimenzionalen koncept, lahko ga merimo oz. ocenjujemo, kriteriji so določeni. Bolezen je njegovo nasprotje, določajo jo posamezni simptomi, ki se kažejo na telesu ali v njem. Obravnavamo jo lahko kot subjektivno občutenje na ravni posameznika ali kot kulturno oz. družbeno strukturno kategorijo. V ozadju teh definicij je koncept patogeneze, ki izhaja iz homeostaze – človek naj bi živel v notranji in zunanji stabilnosti, torej naj bi bil zdrav. V izjemnih primerih, kot so bolezni ali obremenjujoči življenjski dogodki, naj bi se ta stabilnost porušila.

Te definicije zdravja in bolezni so dajale možnost relativno jasnega razmejevanja med konceptoma, vendar pa so bile hkrati preozke, saj so zanemarile oz. zaobšle nekatere bistvene vidike in poudarke, npr. subjektivno doživljanje zdravja in bolezni, kar se odraža v razumevanju človeka kot večdimenzionalnega zdravo-bolnega kontinuuma – npr. Antonovsky. Dostikrat nimamo ugotovljenih bolezenskih simptomov, se pa sami ne počutimo in opredeljujemo kot zdrave ali pa nasprotno – ljudje, ki so npr. opredeljeni kot sladkorni bolniki, se sami, ko se dobro počutijo, ne opredeljujejo kot bolni. Antonovsky (2004) meni, da je bolezen sestavni del življenja in da sta zdravje in bolezen pogosto po-

mešana. Poleg tega so te definicije poenostavile razumevanje zdravja, ki naj bi se vzpostavilo z odstranitvijo dejavnikov, ki so bolezen povzročili. Vsi vemo, da ni vedno tako.

Leta 1946 je Svetovna zdravstvena organizacija objavila danes najpogosteje citirano in sprejeto definicijo, ki zdravje pojmuje širše (ne le kot odsotnost bolezenskih simptomov), in sicer kot splošno dobro počutje in razvitost ter izkoriščenost vseh posameznikovih potencialov. Gre za preobrat v smislu poudarjanja pozitivnih lastnosti posameznika, njegovega zadovoljstva in uspešnosti pri spoprijemanju z vsakdanjimi problemi. Zdravje je po tej definiciji kompleksen, večplasten (procesni) koncept, ki ga težko natančno in enoznačno merimo in razmejimo. Duhl (Kordeš, Jeriček, 2002) pravi: "Si kdaj našel Boga? Odgovor je – ne, vse življenje ga iščeš, kajne? Si kdaj našel zdravje? Ne, iščem ga." V svoji knjigi pa Duhl (2000, 81) celo zapiše, da zdravje ni fiksno stanje, zato ga lahko definiramo le kot ustvarjalnost ali polnost življenja, kot proces. "Zdravje je premikanje proti zdravju." ("Health is the *movement* toward health.") To širše pojmovanje zdravja se je prijelo tudi v vsakdanjem jeziku med ljudmi, kjer se vse pogosteje (na kar kažejo različne raziskave tudi pri nas – npr. Ule, 2003, Toš in Malnar, 2002) pojmuje kot glavna vrednota, ideal, ki vključuje tudi druge vrednote, kot npr. blaginjo, srečo, zadovoljstvo itd.

V 70. in 80. letih je Antonovsky (Kociper, Kociper, 2004) izdelal model salutogeneze, ki izhaja iz predpostavke o tem, da je človek nenehno v heterostazi, lahko bi rekli tudi v dinamični stabilnosti oz. v nenehnem lovljenju ravnovesja oz. zdravja. Neravnovesje, trpljenje, bolezen, vse to so inherentni deli človeškega bivanja. Da bi si lažje predstavljali razliko med patogenezo in salutogenezo, Antonovsky uporablja prisposodbo: patogeneza se ukvarja s smučarji, ki so se na smučanju poškodovali na tak ali drugačen način, salutogeneza pa se ukvarja s tem, kako bi lahko naredili smučišče čim bolj varno in ljudi usposobili, da bi bili varni smučarji.

Besedo zdravje v zadnjem času pogosto najdemo v besedni zvezi javno zdravje, prej pogosteje javno zdravstvo.¹ Gre za premik, zaradi katerega nekateri govorijo o novem javnem zdravju oz. zdravstvu. Premik se kaže predvsem v razširitvi domene javnega zdravja iz prvotnega koncepta varovanja zdravja, ki je bilo usmerjeno predvsem na vprašanja higiene in nevarnosti bakterioloških infekcij, na preprečevanje nenalezljivih kroničnih bolezni in s tem večji poudarek na življenjskem stilu in širše pojmovanem okolju (družina in odnosi v njej, delovno mesto) posameznika in populacije.

¹ Javno zdravstvo lahko razumemo različno, in sicer kot celoten sistem zdravstvenih ustanov in zdravstvene oskrbe ali pa kot "znanost in umetnost preprečevanja bolezni, podaljševanje življenja in promocijo zdravja prek organiziranega delovanja v družbi" (Acheson Report, 1988).

Vse bolj pa se poudarja tudi besedna zveza (javno) duševno zdravje, kar kaže na to, da je bilo s konceptom zdravja zaobseženo ali se je poudarjalo predvsem "fizično zdravje" – v smislu odsotnosti fizičnih simptomov bolezni, pri tem pa se je pozabljalo na splošno psihično počutje, čustveno ravnovesje, odnos do sveta itd. To kaže tudi pogosto citirani izrek: Ni zdravja brez duševnega zdravja.

Če na kratko povzamem povedano, ugotovim, da medicinska paradigma temelji na več dihotomijah: bolezen – zdravje, fizično zdravje – duševno zdravje; v povezavi z duševnim zdravjem pa se uporablja tudi pozitivno duševno zdravje – negativno duševno zdravje.

V zadnjih 200 letih (po Tyrerju, 2000) so poudarjali predvsem negativno duševno zdravje – kar je drugi izraz za duševne bolezni, vključuje pa tudi različne motnje in težave. SZO svojo definicijo duševnega zdravja skoraj izenači z definicijo zdravja, saj ga pojmuje kot širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje (občutek dobrega počutja, optimizem, pozitivno samopodobo, občutek moči in sposobnost soočanja s težavami) kot negativno duševno zdravje, npr. duševne motnje. Duševno zdravje oz. njegove determinante tako (Marušič, 2005) zajemajo vse – od videza in vedenja, mišljenja in govora do razpoloženja in čustvovanja; vse to v odnosu do sebe, drugih in sveta okoli nas. Pri tem se poudarjajo tudi fizični oz. telesni vidiki duševnega zdravja in prepletenost duševnih in telesnih bolezni.

Pojem zdravja so avtorji zelo različno definirali (kogar zanima pogled z vidika družboslovja oz. humanistike, lahko prebere več v Kamin, 2004) in zaobsega zelo različne ravni človekovega bivanja. Kar me bo v nadaljevanju zanimalo, niso še bolj izdelane ali poglobljene definicije, ampak njihov globlji, epistemološki nivo. Zanima me, ali je pogled na zdravje oz. odnos do njega odvisen od posameznikovega, avtorjevega (oz. skupine avtorjev) epistemološkega stališča ali ne. Zato bom skušala ugotoviti, kakšen odnos do sveta oz. na kakšni epistemologiji so utemeljeni opisani koncepti in pogledi. Kot se bo izkazalo pozneje, omenjeni pogledi na zdravje (ki pojmujejo zdravje kot nekaj objektivno obstoječega) namreč niso edini mogoči. Preden pa pridemo do tega, bom na kratko predstavila pojem epistemologije ter značilnosti objektivistične in kibernetske epistemologije.

2. OBJEKTIVISTIČNA IN KIBERNETSKA EPISTEMOLOGIJA

V kontekstu filozofije se epistemologija tradicionalno nanaša na analitične in kritične tehnike, ki definirajo meje spoznavnega procesa (Keeney, 1983: 13). Ukvarja se predvsem s tem, KAJ lahko spoznamo. Primeri takšnih vprašanj so:

kaj je znanje, kaj sploh lahko vemo. Z njimi predpostavljamo, da tam zunaj obstaja resničnost, ki je neodvisna od spoznavanja in ji naše spoznanje bolj ali manj korespondira oziroma da je spoznavanje le preslikovanje tistega, kar obstaja zunaj, v zavest, ki je znotraj (Kordeš, 2005). Neupoštevanje vključenosti raziskovalca (spoznavalca) v to, kar raziskuje, oz. objektivnost je tudi glavni kriterij znanstvenosti.

V štiridesetih letih 20. stoletja so kibernetiki (McCulloch, Maturana, Varela, Bateson, Von Glasersfeld) poskušali raziskovati regulacijske mehanizme pri spoznavajočih sistemih. Razvili so širše pojmovanje epistemologije, ki se ukvarja s tem, KAKO spoznavamo. Kibernetško epistemologijo (kot jo je imenoval von Foerster) zanimajo spoznavne navade, vprašanja o tem, kako nastaja znanje. Ne gre torej več za spraševanje o tem, kakšen je svet v resnici, ali kaj stoji za spoznavanjem, ampak za lastnosti samega spoznavnega procesa. To širše pojmovano epistemologijo najdemo pod različnimi imeni: kibernetška (ker izhaja iz kibernetike drugega reda), konstruktivistična, naturalna epistemologija (Keeney, 1983).

Kibernetško epistemologijo zanima spoznavanje spoznavanja in njeno temeljno spoznanje je, da lahko spoznavanje utemeljujemo le s spoznavanjem. Spoznavajoči ne more izstopiti iz svojega razlikovanja, svojih spoznanj. Ne glede na to, ali govori o doživljanju zunanjega ali notranjega sveta, v obeh primerih je subjekt tisti, ki doživlja in se zato ne more izključiti iz spoznavanja. Opis je vedno izraz njegove interakcije z opazovanim sistemom in več pove o njem (opazovalcu) kot pa o sistemu (opazovanem).

“Ljudje imamo tako v znanosti in stroki kot v vsakdanjem življenju neogibno opraviti s svojimi različnimi razlikovanji sveta. Smo tako rekoč ‘obsojeni’ na to, da razlikujemo, opisujemo, interpretiramo, imenujemo in skozi te procese ustvarjamo svoje osebne resničnosti, ki oživijo in se obnavljajo prav na način omenjenih procesov in njihovih proizvodov. To, kar je najpogostejši vir večine naših stisk in težav, je naša značilna samoumevnost, s katero svoja razlikovanja in njihove opise zamenjujemo z neko predpostavljeno skupno ‘stvarnostjo’, svoje zemljevide imamo za ‘ozemlja’, imena stvari za ‘stvari’ same, svoje interpretacije za ‘dejstva’” (Šugman Bohinc, 2000: 67).

Premise spoznavanja, predstavljene v jeziku kibernetike drugega reda, zavračajo še vedno prevladujočo objektivistično paradigmo in na njeno utemeljeno objektivistično epistemologijo, po kateri sta merili znanstvenega opazovanja ločenost opazovalca od predmeta opazovanja in objektivnost – v smislu, da lastnosti opazovalca ne vplivajo na opazovanje. Za kibernetiko drugega reda je to nesmiselna zahteva, saj ne moremo spoznavati drugače kot s svojim spoznavnim aparatom. “Kako bi bilo sploh mogoče opisovati, če opazovalec ne bi imel

lastnosti, ki mu omogočajo ustvariti take opise” (von Foerster, 1976, po Keeneyju, 1983, 78). Vsako spoznavanje ali opazovanje je odvisno od spoznavnega aparata spoznavajočega.

Merilo resničnosti tako ni več korespondenca z objektivno stvarnostjo, ki je neodvisna od opazovalca. Von Foerster (1979, 5) pravi: “Vse, kar je rečeno, je rekel nekdo komu.” Za kibernetike je resničnost dogovor ali soglasje vsaj dveh opazovalcev oziroma udeležencev v sistemu o nečem kot resničnem. Tako za kibernetike ni boljših in slabših razlikovanj, bolj ali manj pravih, vse so razlikovanja, ki s samoobnavljanjem dobijo določeno trdnost, zaradi katere jih razumemo kot potrditev sveta “tam zunaj”. To tudi pomeni, da ne moremo govoriti o enem neodvisnem svetu ali o eni resničnosti, ki ga/jo odkrivamo, ampak se odpre možnost za obstoj več enakopravnih svetov ali “resničnosti”.

Alfred Schütz (po Russllu, 1994: 15) pravi: “Ko proučuješ molekule, ti ni treba skrbeti za to, kaj svet ‘pomeni’ molekulam. Toda ko poskušaš razumeti resničnost človeškega bitja, se stvar popolnoma spremeni. Edini način, da lahko razumeš družbeno resničnost, je s pomeni, ki jih ljudje pripisujejo tej resničnosti.”

2.1 Stališče udeleženosti

Iz kibernetike epistemologije se je razvil pogled na svet, v skladu s katerim se vidimo kot del sveta in ga imenujemo stališče udeleženosti (nekateri včasih pojma uporabljajo sinonimno, za druge je stališče udeleženosti širši pojem). V skladu z njim svet ne obstaja tam zunaj, ločeno od nas, ampak ga nenehno soustvarjamo ali porajamo. Za ta pogled je značilno, da izhaja iz uvida, da ne moremo preseči svojega doživljanja (spoznavanja, izkušenj), niti ga ne moremo utemeljiti na nečem zunanjem. To hkrati tudi pomeni, da o obstoju zunanje resničnosti ne moremo ničesar reči – niti je ne zanikati niti je ne priznati. Kar ne pomeni, da objektivne resničnosti ni² – le dokazati je ne moremo.

Stališče udeleženosti lahko vzamemo zgolj kot še en miselni koncept ali zanimivo teorijo, vendar pa je njegova inventivnost ravno v tem, da je inventiven le v toliko, kolikor postane življenjska drža, ki smo ji eksistenčno zavezani. To stališče nam ponuja, ali bomo ponujeno tudi vzeli in preizkusili, je naša svobodna izbira (gledano s stališča udeleženosti). Ko sem se pred nekaj leti prvič srečala s stališčem udeleženosti, sem se zelo čudila idejam o svobodni izbiri, vpletenosti in odgovornosti za svoj svet. Svet sem doživljala kot nekaj “tam zunaj”, na kar nimam vpliva, večinoma sem tako doživljala tudi svoj notranji svet. Doživljala sem se kot ujeto v neke višje danosti in pogoje, na katere – tako se mi je zdelo – nisem imela vpliva. Stališče udeleženosti mi je ponudilo v

² Številnim predstavnikom tega pogleda očitajo, da izenačujejo to, da ne moremo ničesar povedati o objektivnem svetu s tem, da ne obstaja.

razmislek možnost, da sem udeležena in odgovorna za svoj svet, za svoje doživljanje in dojemanje sveta. Toda šele ko je to postalo v določenih trenutkih tudi notranje vedenje, sem tudi občutila svobodo, da lahko izberem, kaj želim v določenem trenutku biti oz. kdo sem. Lahko se strinjam s Kordešem (glej uvodni članek), ki točko, kjer je izbira mogoča, povezuje s točko notranje moči, iz katere lahko sledi svobodna in odgovorna akcija.

2. 2 Epistemološka analiza različnih konceptov zdravja

Če skušam narediti epistemološko analizo omenjenih konceptov zdravja, ne morem mimo sebe in svoje lastne (ne)vpletenosti. Kakšen je moj odnos do tega, kar ravnokar proučujem in zapisujem? Na teoretični ravni se strinjam, da sem vpletena v to, kar počnem in *soustvarjam* ugotovitve. Zavedam se, da so moje ugotovitve pogojene z mojimi opredelitvami problemov, preteklimi izkušnjami, znanjem in tudi izbiro literature. Po drugi strani pa se vedno znova postavljam v pozicijo neodvisnega opisovalca, ki skuša *ugotoviti*, kakšne so (resnične?) značilnosti in posledice različnih pristopov. Tako se mi dogaja tudi v življenju – kot sem že omenila. Torej bi se lahko pridružila Možini in Kobalovi, ki se vidita kot oboje: kot ločena in včasih tudi kot del sveta. Lahko bi rekla, da prehajam od objektivističnega pogleda do udeležene drže. Verjetno je podobno z zdravjem. Večinoma nanj gledamo skozi objektivistično epistemologijo in le v določenih trenutkih udeleženo.

Se to kaže tudi iz omenjenih definicij? Definicije so same po sebi okrajšave in so stvar dogovora. Usklajene so z našimi potrebami, cilji in nameni. Definicije nimajo za cilj bolj ali manj natančno približevanje neki neodvisni realnosti oz. korespondiranju z njo (v našem primeru zdravju), ampak je njihov cilj, da so za tistega, ki jih je ustvaril, čim bolj učinkovite, kar pomeni, da omogočajo učinkovito delovanje. Toda, ali se nam ne dogaja zelo pogosto, da to pozabimo?

V nadaljevanju bom ugotavljala, kakšen odnos do sveta se kaže iz opisanih definicij in kaj nam povedo o tistih, ki so si jih izbrali. Zanima me tudi, kako to vpliva na konkretno delovanje.

Če skušamo definicije razvrstiti v dva pola – objektivističnega (ali objektivistično epistemologijo) in kibernetskega (oz. kibernetsko epistemologijo), kako bi to lahko storili? Kaj nam pove definicija, ki pravi, da je zdravje odsotnost odkritih bolezenskih simptomov, pri čemer so simptomi za posamezne bolezni vnaprej in dokaj jasno določeni? Najprej lahko rečemo, da je avtor oz. (stroka) izbral (ustvaril) takšno definicijo, ki omogoča dokaj jasno ločevanje med pojmom zdravja in bolezni, in v kateri so kriteriji zdravja določeni s fizičnimi značilnostmi posameznika. Zdrav je torej tisti, ki nima ugotovljenih bolezenskih simptomov, bolan pa ravno nasprotno. Predstavnike tega pogleda (in vse zdrav-

nike v praksi) zanima bolan človek in njihova naloga je, da odpravijo ugotovljene simptome in s tem "naredijo" človeka zdravega. Ta pogled na zdravje omogoča dokaj jasno razmejeno in preverljivo področje delovanja. S tem se ustvarjata tudi občutka urejenosti in kompetentnosti (tako pri zdravnikih kot pri pacientih). Ni dvoma, da je takšno pojmovanje zelo učinkovito pri delu medicinskih intervencij, npr. pri poškodbah, ki zahtevajo hitro ukrepanje. V ozadju tega pogleda je predpostavka o obstoju dela objektivnega sveta, ki ga lahko opišemo s pojmi zdravje, bolezen, simptom, način zdravljenja. Bolezen in zdravje sta neodvisni entiteti ali sistema, ki jo/ga lahko z dovolj jasno definiranim merskim sistemom izmerimo in opišemo. Gre za izrazito objektivistično držo do sveta (pacienta, njegove bolezni oz. zdravja), ki je "tam zunaj" in ga lahko natančno izmerimo.

Definicija SZO je – v nasprotju z bolj ozko socialno medicinsko definicijo – zelo splošna in vključuje težko/teže merljive vidike človekovega življenja (npr. blaginjo, splošno dobro počutje, razvitost vseh človekovih potencialov). S svojo širino (da gre za splošno dobro počutje) približuje vseobsegajočemu in vsevključujočemu odnosu do sveta. Če parafraziramo definicijo: vsi ali vse je vključeno v zdravje. SZO ne zanima bolan, ampak zdrav človek, se pravi njegovo celotno bivanje. Delovanje SZO je usmerjeno v izboljšanje razmer na vseh področjih človekovega bivanja, v spremljanje zdravstvenega stanja populacije, v preventivo in promocijo zdravja. Po drugi strani pa s tem, ko omenja, da je zdravje splošno dobro počutje, ali lahko to objektivistično merimo in preverjamo. Kam bi torej uvrstili to definicijo? Verjetno nekje vmes med objektivistični in kibernetiki pol.

Kakšna pa bi sploh bila definicija zdravja s stališča udeleženosti? Ker gre za držo, jo je veliko težje prepoznati in lahko nanjo bolj sklepamo. Kaj pa Duhlova definicija (zdravje je premikanje proti zdravju)? To je izrazito procesna definicija – zdravje ni stanje, ampak proces, ni nekaj, kar imamo, ampak nekaj, k čemur težimo. Takšno pojmovanje zdravja je veliko težje objektivno meriti, zato je z objektivističnega vidika manj uporabna (kot definicija SZO). Toda Duhlova definicija ima še določeno značilnost, ki je definicija SZO ni imela, in sicer, da je krožna. Krožnost pa je osnovni koncept kibernetike drugega reda, iz katere se je stališče udeleženosti razvilo. V tej definiciji se krožnost pojavlja v samonanašalni obliki. Bolj ko sem usmerjen v zdravje, bolj sem zdrav in bolj ko sem zdrav, bolj sem usmerjen v zdravje. Če se ozrem na celotno Duhlovo delo in razmišljanje, bi si upala trditi, da je njegova drža do sveta udeležena.

Lahko bi šli še korak naprej in bi opazovali odnos do sveta ali epistemološko stališče tudi na drugih ravneh, in sicer npr. v razmerjih zdravje – pacient – zdravnik.

Če vzamemo trikotnik zdravje – pacient – zdravnik, imamo lahko zopet različne poglede na zdravje – z vidika pacienta in zdravnika in različne poglede na stopnjo (ne)vklučenosti). Pacient lahko pride k zdravniku zato, da bi mu ta povrnil zdravje (pacient → zdravnik → zdravje), ali pa pride zato, da bi mu samo pomagal pri tem, da bi sam spet “našel” zdravje (pacient → zdravje ← zdravnik).

V nadaljevanju bom poskusila razmisliti, kaj bi lahko prineslo upoštevanje vključenosti opazovalca (raziskovalca, ocenjevalca) oz. stališče udeleženosti, ki temelji na kibernetiki drugega reda, v raziskovanje v medicini in odnos zdravnik – pacient.

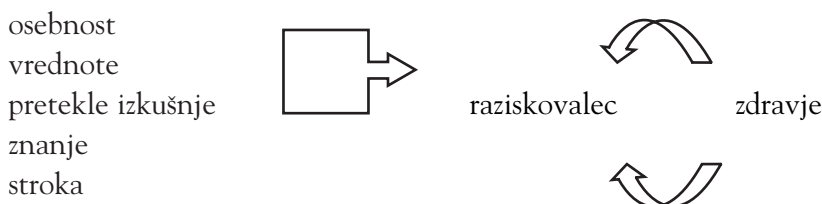
3. UPOŠTEVANJE STALIŠČA UDELEŽENOSTI PRI RAZISKOVANJU IN DELOVANJU V MEDICINI

Za raziskovanje v medicini veljajo podobne zakonitosti kot pri raziskovanju v drugih znanostih. Tudi upoštevanje stališča udeleženosti prinaša zelo podobne posledice kot drugod. Vedno je nekdo, ki proučuje zdravje in vedno proučuje zdravje nekoga – posameznika ali neke določene populacije (celotne, žensk, otrok, starejših, živečih na določenem ozemlju itd.) oz. socialnega sistema, ki ga lahko imenujemo potencialna skupnost (Jeriček, 2004). Naslednja značilnost je (kot sem omenila), da je tisti, ki raziskuje ali deluje v medicini, vključen v to, kar počne. To pomeni, da že s svojo prisotnostjo vpliva na sistem proučevanja. Zdravje (zdravstveno stanje, razširjenost bolezni) tedaj ni več neodvisna entiteta, ki obstaja ločeno od raziskovalca in jo raziskovalec le odkrije, opiše in raziše s primernimi metodami, ampak se ustvarja v procesu interakcije. Zato je bistveno, kdo je tisti, ki se ukvarja z zdravjem – zdravnik, sociolog, politolog, kakšno je njegovo znanje, iz kakšnih epistemoloških predpostavk izhaja, kakšne izkušnje ima. Pri ugotavljanju npr. zdravstvenega stanja neke populacije je bistveno, kdo ocenjuje zdravje oz. določa indikatorje, katero skupnost ocenjuje in čigavo zdravje. Pri tem lahko uporabi zelo različne metode in pristope. Dela se lahko loti z zbiranjem že obstoječih podatkov, ne da bi upošteval, kako ocenjujejo zdravje sami člani populacije. Lahko pa ocenjuje zdravje neke skupnosti s skupnostjo in za skupnost in pri tem upošteva (ali vsaj omenja) tudi lastno vpletenost.

Upoštevanje stališča udeleženosti prinaša novost v smislu, da je poudarek na opisovanju interakcije med raziskovalcem in raziskovanim sistemom (zdravjem populacije, posameznika, skupnosti, ...). To pomeni, da se tudi v primeru raziskovanja značilnosti zdravja (npr. determinant, indikatorjev) zavedamo svojega vpliva in omejene veljavnosti svojih ugotovitev (konstruktov). To pomeni, da nikoli ne pridemo do končne resnice, modela ali ugotovitev, ampak le do začasnih oz. približkov. Vsako nadaljnje raziskovanje ali ukvarjanje z zdravjem vključuje in temelji na prejšnjih modelih. Ta proces bi lahko ponazorili z vijač-

nico, raztegnjeno v neskončnost. Raziskovalec se zadovolji z začasnimi modeli, ki imajo za njega v določenem trenutku veljavo trdnega sistema, ki pa lahko v naslednjem trenutku postane neuporaben in ga bo zamenjal z novim. To pomeni, da se odpovemo iskanju splošnega, za vse čase veljavnega sistema npr. determinant ali indikatorjev zdravja in načinov njihovega merjenja.

Poleg rezultata, ugotovitev, modela je ravno tako pomemben proces, s katerim smo prišli do njega. Merilo uspešnega raziskovanja nekega sistema (npr. bolnika z depresijo) je učinkovitost pri njegovem zdravljenju (oz. iskanju zdravja). Tako razumljeno raziskovanje ni ločeno raziskovanje, ampak je kreiranje oz. delovanje – interveniranje, ustvarjanje zdravja in ne zgolj ugotavljanje njegovih značilnosti. Njegov cilj ni napovedovanje vedenja, ampak učenje uspešnega sodelovanja, ki vodi v vzpostavljanje zdravja pri proučevanem sistemu (npr. že omenjenem bolniku z depresijo). Do tega preskoka pa lahko pride, če upoštevaš krožnost odnosa med seboj kot raziskovalcem in tem, kar raziskuješ.



To je nekaj splošnih značilnosti upoštevanja stališča udeležенosti pri raziskovanju, zanima me pa tudi, kaj to pomeni za konkretno situacijo odnosa zdravnik – bolnik. Kakšno je tradicionalno gledanje in kaj ponuja stališče udeležенosti?

Tradicionalno gledanje postavlja zdravnika v privilegiran in nadrejen položaj moči in vednosti, kot tistega, ki ve, kaj je dobro za drugega in mu lahko pomaga. Zdravnik (s svojimi vnaprejšnjimi kategorijami bolezni, odnosom, ki ga ima do svojega dela itd.) ne vpliva na zdravje bolnika, ampak ga samo objektivno ovrednoti, analizira, preišče, kar pomeni, da s pomočjo določene preiskave, diagnostičnega postopka skuša postaviti diagnozo (najti pri pacientu simptome), ki kažejo na določeno bolezen.

V ozadju tega pogleda je predpostavka, da je zdravje nekaj merljivega in da bo zdravilo pri vseh pacientih z enako diagnozo delovalo enako. Vse to kaže na to, da je za zdravnika pacient predvidljiv sistem, ki mu lahko od zunaj določi njegove lastnosti in tudi vpliva na njegovo delovanje. Gre za to, da zdravnik pacienta idealizira oz. reducira njegovo kompleksnost, lahko bi rekli, da ga trivializira. Velik del medicine temelji na tej objektivistični epistemologiji in je pri svojem delu zelo uspešen (npr. pri fizičnih poškodbah). Vendar pa ne vedno. Po-

sebej, kadar gre za kompleksnejše probleme npr. duševne motnje ali težave (npr. depresija, anksioznost, različne zasvojenosti), ki so prepletene s fizičnimi boleznimi. V takih primerih redukcija ni učinkovita. Za delo s kompleksnimi problemi je potrebno iskanje kompleksnih načinov njihovega reševanja. Če je zdravnik prepričan, da ima bolnik zlomljeno nogo, ni treba preveč časa zgubljati z definiranjem problema, razmišljanjem o vključenosti in načinih zdravljenja. V drugih primerih, ko je zdravstveni problem bolj kompleksen in celovit, pa je to nujno. Stališče udeleženosti je drža, ki nam lahko pomaga razviti večjo občutljivost za razmejevanje med tem, kdaj je koristno in učinkovito gledati na pacienta kot na nekaj predvidljivega in kdaj moramo zapustiti ta približek in prisluhniti zgodbi pacienta, vsem vpletenim dejavnikom in pogledati pacienta celostno, brez vnaprej pripravljenih sistemov, klasifikacij in oznak.

Stališče udeleženosti prinaša drugačno možnost gledanja na zdravnika, proces zdravljenja in pacienta. Gre za krožen odnos med zdravnikom in pacientom. Krožno je razumljeno tudi zdravje oz. bolezen, saj ne obstaja, dokler je/ga ustvarimo znotraj svoje teorije oz. v interakciji s pacientom. Pacient in zdravnik sta udeležena tako pri definiranju bolezni oz. zdravja kot opredelitvi zdravljenja. Pri tem bolnikovo stanje ni nekaj rigidnega in trajajočega, ampak je zelo kompleksen proces, ki je neulovljiv in se nenehno spreminja. Zato ga težko enoznačno ujamemo v najprej definiran nabor simptomov in bolezni. V ozadju udeleženega pristopa je pogled, ki gleda na ljudi kot na nenapovedljiva in nepredvidljiva bitja, ki pa jih določajo pretekle interakcije. Na bitja, ki imajo svojo enkratno zgodbo in ki jih nikakor ne moremo povsem razčleniti in razumeti. Z vidika stališča udeleženosti zdravniki niso vsevedni neodvisni raziskovalci, ki posedujejo resnico o pacientih, boleznih in zdravljenju, ampak bolj sodelavci pri iskanju rešitev za posameznikov enkratni problem. V tem smislu je takšen pristop veliko bolj negotov in kreativen. Morda se lahko v takšnem pristopu zgodi, da se v določenih primerih tako zdravnik kot pacient strinjata, da bi bilo za pacientovo spremembo stanja bolj kot medikamentno zdravljenje koristno spremeniti življenjski stil, obiskati kakšen tečaj ali kaj povsem drugega.

4. SKLEP

Pri delu z ljudmi (tudi na področju zdravja) je odsotnost predpostavke udeleženosti mnogokrat usodna. Ko poskušamo ljudi "stlačiti" v fiksne kategorije simptomov in bolezni in jim na podlagi tega predpišemo zdravilo, ki bo spremenilo njihovo stanje, smo dostikrat premalo pozorni na posameznikove osebne zgodbe, življenjske navade, vzorce delovanja, enkratno osebno zgodovino, izkušnje, kontekst in okolje. Vse to bistveno vpliva na pojavljanje in vzdrževa-

nje nezaželenega (bolezenskega) stanja. Tako je gotovo razlika v učinkovitosti in hitrosti pri zdravljenju osebe, ki ima depresijo in sicer dokaj urejeno življenje, in osebe, ki ima poleg depresije še sladkorno bolezen, neurejene finančne in družinske razmere.

Če lahko stališče udeleženosti kje ponudi nove rešitve, nove možnosti in nove ideje, je to gotovo tudi na področju sodelovanja pri vzpostavljanju in vzdrževanju "zdravega" stanja posameznikov. Včasih bi že uspešna interakcija med zdravnikom in klientom lahko nadomestila draga zdravila ali prihranila dolgotrajne postopke preiskav in posegov. Tako bi se lahko, če bi se med pacientom in zdravnikom vzpostavilo zaupanje, na podlagi katerega bi se zdravnik laže in hitreje uskladil s pacientom, bolnik pa čutil udeleženega in odgovornega, hitreje usmerila v zdravje.

Jose Ortega y Gasset pravi: "Človek nima narave, ampak zgodovino. Človek ni stvar, ampak drama. Njegovo življenje je nekaj, kar je treba izbrati, kar je treba v nadaljevanju ustvariti; in bistvo človeštva je v tej izbiri in ustvarjanju. Vsak človek piše svoj roman in četudi lahko izbira med tem, da je originalen pisatelj ali le plagiator, pa se izbiranju ne more izogniti. Obsojen je na svobodo."

Si predstavljate, kakšen preskok bi bil potreben, da bi zdravniki zaznali, kdaj je ločen pogled učinkovit in kdaj ne; in da bi jim zdravstvena politika takšno delovanje omogočila?

LITERATURA:

- DUHL, L. J. (1999): "Towards the common good". *Futures*, 31 (5), 405–415;
- DUHL, L. J. (2000): *The social entrepreneurship of change*. New York, Cogent Publishing;
- FOERSTER von, H. (1979): "Cybernetics of Cybernetics". V: Krippendorf, K. (ur.) *Communication and Control in Society*. New York, Gordon and Breach Science Publishers, 1–8;
- KAMIN, T. (2004): *Promocija zdravja in mit opolnomočenega državljana*. Ljubljana: FDV (doktorska disertacija);
- KEENEY, B. P. (1983): *Aesthetics of change*. New York, The Guilford Press;
- KOCIPER, J., Kociper, L. (2004): "Kaj vpliva na proces zdravljenja odvisnih od alkohola?", *Odvisnosti*, 5 (3-4), 37–43;
- KORDEŠ, U. (2000): *Konstrukcije stvarnosti v distribuiranih epistemskih sistemih*. Ljubljana, Filozofska fakulteta, Oddelek za filozofijo (magistrsko delo);
- KORDEŠ, U. (2005): *Od resnice k zaupanju*. Ljubljana: Studia Humanitatis;
- MARUŠIČ, A. (2005): "Revščina ni začetek duševne motnje". Zbornik prispevkov na strokovnem srečanju "Izobraževalni program iz javnega zdravja III", Pekre od 16. do 17. februarja. Maribor: ZZV;
- RUSSELL, B. H. (1994): *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publication;
- ŠUGMAN BOHINC, L. (2000): "Kibernetika spremembe in stabilnosti". *Socialno delo*, 39 (2), 93–107;
- TOŠ, N., Malnar, B. (2003): "Stališča o zdravju in zdravstvu". V: Toš, N. in Malnar B.: *Družbeni vidiki zdravja*. Ljubljana: FDV – IDV Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, 87–162;
- TURNER, B. (2000): "The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories". V: Albrecht et al.: *The Handbook of social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publication, 9–23;
- ULE, M. (2003): *Sprejeda razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.