

ZDRAVSTVENA SOCIOLOGIJA

Povzetek. Zdravje je pomembno za funkcioniranje posameznikov v okviru družbenih struktur; kot element kakovostnega življenja ljudi pa je cilj sam po sebi. Ukvarjanje z zdravjem je predmet institucionalizirane dejavnosti zdravstva, zdravje in zdravstvo pa kot družbena pojava proučuje tudi sociologija. V članku je predstavljen prispevek nekaterih socioloških pristopov k obravnavi zdravja in zdravstva: funkcionalizma, marksizma, simboličnega interakcionizma, feminizma, teorije delovanja in teorije strukturacije. Pregled se zaključi z ugotovitvijo, da je področje zdravja in zdravstva kompleksno in je zato razlagalna moč posameznih pristopov omejena. Predlagani pristop zdravstvene sociologije, s povezovanjem različnih pristopov in ravni obravnave zdravja tako v teoretičnem kot v metodološkem smislu, bo pomembno prispeval k pojasnjevanju njenega predmeta. **Ključni pojmi:** zdravstvena sociologija, sociološki pristopi, zdravje in bolezen, zdravstvo.

Uvod

Zdravje je ena od najpomembnejših vrednot. Ima tako instrumentalni kot ekspresivni pomen. V prvem smislu pomeni sredstvo za funkcioniranje posameznikov v okviru družbenih struktur, v drugem pa je element kakovostnega življenja ljudi in zatorej cilj sam po sebi. Ukvarjanje z zdravjem je predmet posebne institucionalizirane družbene dejavnosti, zdravstva. Zdravje in zdravstvo kot družbena pojava pa sta tudi predmet sociologije.

Sociologija in medicina imata skupna izhodišča v obravnavi posledic industrializacije v 19. stoletju, zlasti za zdravje mestnega prebivalstva v zahodni Evropi. Kasnejši razvoj je obe vedi ločil. Medicina se je čedalje bolj opirala na naravoslovne vede in se usmerjala v bolezen kot biološki in individualni pojav. Sociologija je v obravnavi zdravja in bolezni oblikovala dva tipa odnosov do teh problemov. Prvi, zlasti izrazit v ameriški sociologiji, je bila "sociologija-v-medicini". Tu gre za uporabo socioloških ugotovitev in pristopov ter metodologije v okviru in za potrebe procesa zdravljenja, torej za instrumentalno uporabo sociologije. Razvijali so ga večinoma sociologi, zaposleni v institucijah zdravstvenega varstva in na medicinskih ter drugih zdravstvenih šolah. Izbor raziskovalnih problemov in način

* Dr. Majda Pahor, višja predavateljica na Višoki šoli za zdravstvo v Ljubljani.

uporabe rezultatov so določale medicinske stroke. Drugo smer lahko poimenujemo "sociologija medicine" ali "sociologija zdravstva". (Naj tu pojasnim, da uporabljam pojem medicina in zdravstvo kot sinonima za poklicno obravnavanje zdravstvenih problemov v okviru družbeno reguliranega sistema.) Ta pristop se je razvijal praviloma izven zdravstvenih ustanov. Zdravstvo jemlje za predmet pogosto zelo kritične analize z vidika širših družbenih struktur in procesov. Zanimata ga zdravje in zdravstvo kot "družbeni dejstvi", njihovi vzroki, značilnosti in posledice.

Zdravje in zdravstvo v luči različnih socioloških pristopov

Zdravje in zdravstvo je bilo obravnavano v okviru različnih socioloških pristopov, ki se med seboj razlikujejo predvsem po dveh značilnostih – *izhodiščni točki proučevanja* (pri nekaterih je to aktivni, delujoči posameznik, pri drugih pa družbene strukture, to je relativno stabilni sistemi pravil, norm in odnosov) in po *pojmovanju svojega predmeta – družbe* (za nekatere so družbeni pojavi objektivna dejstva, za druge so socialni konstrukti in rezultat subjektivnega delovanja). V nadaljevanju bomo prikazali značilnosti teoretičnih pristopov *funkcionalizma, marksizma, feminizma, simboličnega interakcionizma, teorije delovanja in teorije strukturacije* pri pojasnjevanju pojavov zdravja in bolezni.

Funkcionalizem. Glavni predstavnik funkcionalizma, ameriški sociolog Talcott Parsons, se je ukvarjal s procesi, ki ohranjajo *družbeno stabilnost in red*. Vsaka družba mora za preživetje opravljati določene nujne *funkcije*: kontrolirati naravno okolje, proizvajati in distribuirati potrebne dobrine in storitve ter ohranjati notranji red za obvladovanje napetosti in konfliktov. V ta namen razvije *socialni sistem*, sestavljen iz *institucij*, ki omogočajo funkcioniranje družbe, npr. družina, cerkev, zdravstveno varstvo itd. Družbene institucije sestavljajo *načini delovanja in vlog* na osnovi skupnih *vrednot* (skupnih družbenih ciljev, v katere naj bi usmerjali delovanje) in *norm* (zaželenih in tipičnih načinov ravnanja). Družbeno pričakovane obnašanja za igranje vlog se ljudje naučijo v procesu *socializacije* (Harralambos, Heald 1989).

Parsons je podrobno proučeval institucijo zdravstvenega varstva v moderni družbi. Bolezen je pojmoval kot biološki proces, ki ogroža družbo s tem, da onemogoča posameznikom opravljanje njihovih običajnih družbenih vlog. Družba ima torej kolektivni in funkcionalni interes za učinkovito zdravljenje, da se posamezniki lahko čim prej vrnejo v normalno opravljanje svojih vlog. Zdravniška profesija je razvila učinkovito tehnologijo za obravnavo bolezni, zasnovano na znanstvenem raziskovanju, in lahko minimizira motnje zaradi bolezni. Po Parsonsu je *bolezen* ne le biološka motnja, ampak tudi *oblika družbene odklonskosti*. Za razliko od drugih oblik odklonskosti (npr. kriminala), pa posameznik ni smatran za krivega, pod pogojem, da sprejme določena pravila obnašanja. Parsons je to celoto pričakovanega ravnanja imenoval *vloga bolnika*. Obsega pravice in dolžnosti: bolnik je opravičen svojih normalnih aktivnosti, ima pa dolžnost, da si prizadeva za čimprejšnjo ozdravitev, da poišče družbeno določene oblike pomoči in da sodeluje z zdravnikom pri zdravljenju. Zdravstveni delavci morajo biti strokovno

usposobljeni za vračanje zdravja, imajo pa tudi funkcijo družbenega nadzorovanja. Zdravniki recimo določajo, kdo ima pravico do vloge bolnika in kdo ne, koga zdraviti in koga ne, imajo torej nadzor nad dodeljevanjem družbenih sredstev.

Kritiki Parsonsu očitajo konservativizem in neupoštevanje položaja deprivilegiranih skupin (črnci, ženske, nekatere etnične skupine, revni) ter pristranskega ravnanja institucij. Spregledal je tudi, da v sodobnih družbah ni skupnega sistema vrednot, ki bi povezoval vse člane družbe in na katerega bi vsi pristajali. Parsons je menil, da mora imeti zdravniška profesija privilegiran položaj v družbi, ker zagotavlja družbeno funkcioniranje z zdravljenjem bolezni in ohranjanjem temeljnih družbenih vrednot. Kasnejši proučevalci zdravniške profesije pa so opozorili tudi na možno disfunkcionalnost koncentracije moči v rokah zdravstvenih delavcev (Scambler 1987).

Parsonsov pojem vloge bolnika ostaja pomemben tudi za sodobno sociologijo, vendar narašča viktimizacija bolnikov, ki predpostavlja, da je žrtev sama kriva za svoje težave. To velja zlasti za določene bolezni, ki so vezane na individualno vedenje, kot je kajenje, neustrezna prehrana in tvegano spolno obnašanje (rak, srčne bolezni, AIDS). Predpostavka modela vloge bolnika je tudi, da so vsi pacienti obravnavani enako, kar pa ne drži. Razlike so glede na spol, starost, narodnost, sloj, pa tudi diagnozo. Za alkoholike, ljudi, ki so poskušali samomor ali za umirajoče je pogosto slabše poskrbljeno (Friedson 1994).

Pojem vloge bolnika je ustrezen za določene bolezni, npr. za akutne fizične bolezni, manj pa se ujema s potekom kroničnih, dolgotrajnih bolezni, kjer je potek počasen in izid negotov, kjer se zdravnik in bolnik pogajata ali sta celo v konfliktu. Vloga bolnika v tem primeru ni začasna, ampak je bolezen stalna značilnost, ki ji posameznik prilagodi svoje običajne dejavnosti. Za vse razvite družbe s starajočim se prebivalstvom je značilna prevlada kroničnih bolezni, za katere je pojem vloge bolnika manj uporaben. Poleg tega se poleg zdravnikov v proces zdravljenja čedalje bolj dejavno vključujejo tudi pripadniki drugih poklicev. Najpočasneje, a že zelo izrazito, pa se spreminja položaj uporabnikov zdravstvenega varstva v smislu večje aktivnosti.

Marksizem. Razširjenost bolezni po tem pojmovanju ni samo biološki proces, ampak ga določa tudi način produkcije in ekonomski odnosi. To dokazujejo razlike v zdravstvenem stanju med družbenimi razredi, pojav industrijskih bolezni, produkcija bolezni za profit (npr. tobačna industrija). Zdravstveno varstvo ne upošteva družbenega ozadja bolezni, ampak jih obravnava kot individualen pojav. Zdravstveni sektor je tudi profitna dejavnost, saj omogoča zdravju škodljivo proizvodnjo in hkrati močno in visoko profitno farmacevtsko industrijo.

Marksizem poudarja protislovje kapitalističnega sistema. Po eni strani je to visoko produktiven sistem, ki ustvarja ogromno dobrin, po drugi stran pa je delitev teh dobrin nepravilna in povzroča revščino in bolezni. Po marksističnem pojmovanju je kapitalizem spremenil tudi medicino, in sicer v naslednjem:

- medicina je prešla od individualne obrti (posamezni zdravilec) v korporativni, industrijski tip zdravljenja (bolnišnica),
- je vedno bolj specializirana in hierarhična,
- narašča mezdno delo (tudi npr. farmacevtska industrija, zdravstvena nega),

- zdravniki se proletarizirajo, njihov profesionalni standard izginja pod kontrolo managerjev in finančnikov.

Medicina postaja blago, ki prinaša profit, zlasti zavarovalništvu, farmacevtski in medicinsko-tehnični industriji. Kapital, koncentriran v velikih monopolnih korporacijah, nadzoruje medicinsko prakso, pa tudi raziskovanje in poučevanje. Nadzorovanje poteka direktno s financiranjem s strani medicinske industrije ali pa indirektno preko države.

Tudi zdravstveni problemi, ki jih imajo ljudje v kapitalizmu, so povezani z nezdravim in stresnim delovnim okoljem, v katerem večina dela. Zdravstveni problemi po marksističnem pojmovanju torej niso toliko izraz osebne šibkosti, ampak bolj družbenih neenakosti. Onesnaženost okolja in nesreče pri delu pomembno vplivajo na obolevnost in umrljivost v določenih poklicih. Zaščitna zakonodaja je pri tem le delno uspešna. Kapitalistična medicina vzgaja posameznika v "zdravstvenega potrošnika", ki plačuje zavarovalne premije in drage medicinske storitve, ne zagotavlja pa zdravih in varnih pogojev dela.

Kritika Marxovega pristopa pa poudarja, da revolucije, ki so izhajale iz njegovega nauka in uvedle kolektivno lastnino, niso omogočile družbene enakosti. Vdile so v zatiralske družbene sisteme, kjer je sloj birokratov imel funkcijo vladajočega razreda. Tudi v ekonomskem smislu so bile te družbe manj učinkovite kot kapitalistične. Obenem pa so se znotraj kapitalizma razvijale oblike solidarnosti in pravičnosti, ki so bliže Marxovemu konceptu socializma kot tim. "socialistične" družbe. Razvoj zdravstvenega sektorja v kapitalističnih državah je prinesel veliko dejanskih izboljšav za zdravje ljudi.

Simbolični interakcionizem. Simbolični interakcionizem prične obravnavo družbenih pojavov na mikro ravni, na ravni posameznika. V proučevanju zdravstvenih pojavov je izhodišče interakcija med igralci vlog v "drami zdravja in bolezni". Pripadnike te smeri predvsem zanima, kako se subjektivna izkušnja bolezni izoblikuje skozi interakcije. Simbolični interakcionizem proučuje odnose moči v zvezi s *totalno ustanovo* (kjer je vse določeno s pravili) in procesi *stigmatizacije* (označevanja).

Predstavnik tega pristopa je Erving Goffman. Goffmana je zanimal pogled "z dna družbe". Svoje sociološke ugotovitve je zasnoval na izkušnjah raziskovanja po metodi opazovanja z udeležbo. Ukvarjal se je z identifikacijo in razlago obnašanja in kulture marginalnih in deprivilegiranih družbenih skupin kot so npr. pomožni delavci ali duševni bolniki. Ugotavljal je, kako ohranjajo osebno identiteto v sovražnem okolju. Osebna identiteta je bila njegov glavni raziskovalni problem. Funkcionalistična razlaga identitete, kot posledice socializacije v določene družbene vloge, namreč ne pojasni, kako posamezniki lahko izbirajo različne družbene vloge in razvijejo pojem jaza, samopodobo, identiteto. Goffman je začel s proučevanjem procesa, v katerem posameznik razvije identiteto na podlagi interakcij z drugimi ljudmi. Način, kako vidimo sami sebe, je posledica naših interakcij z drugimi in odgovorov drugih na naša pričakovanja ali dejanja. Določene reakcije drugih potrjujejo našo "normalnost", druge - npr. odklanjanje stikov, zavračanje ipd. pa odstopanja od "normalnosti". Goffman to imenuje stigmatizacija - ko se

določena značilnost posploši na človeka v celoti, npr. invalide se upokoji, čeprav bi bili za določena dela popolnoma sposobni.

Razvoj identitete poteka tudi skozi sekundarno socializacijo v okviru profesionalnega izobraževanja. Reakcije učiteljev in inštruktorjev na študente okrepijo ali zmanjšajo identifikacijo s poklicem. Socialna identiteta se torej izoblikuje v socialnih interakcijah. V svoji študiji azilov je Goffman proučeval vpliv totalne institucije na posameznika. Ta poskuša izničiti posameznikovo identiteto, a ljudje razvijajo strategije, s pomočjo katerih se prilagodijo samo površinsko, na skrivaj pa ohranjajo svojo paralelno kulturo in identiteto. To je splošni mehanizem, s pomočjo katerega šibkejši zaščitijo svoje pojmovanje sebe in se upirajo manjvrednim identitetam, ki jim jih poskušajo vsiliti močnejši (Bilton et al. 1996).

Zelo značilen primer je posebna neformalna "*subkultura pritoževanja*", ki so jo razvile medicinske sestre kot obliko prilagoditve odnosom podrejenosti (Turner 1992). V to subkulturo vstopijo kandidatke za poklic na neformalen, a zato nič manj pomemben način. Poleg formalne poklicne socializacije, katere cilji so napisani v kurikulumu in v okviru katere se študentke usposabljaajo za delo z bolnikom in sodelovanje z zdravnikom, kandidatke za poklic namreč doživljajo tudi neformalno socializacijo med prakso na bolnišničnem oddelku.

Namen te socializacije je sprejeti alternativno, nenapisano ideologijo poklica, ki omogoča preživetje v sistemu, kjer so medicinske sestre podrejene. Pritoževanje delegitimizira avtoriteto in jo hkrati ohranja. Je varnostni ventil za frustracije, obenem pa ne izziva obstoječih razmerij moči. Raziskave (Turner 1992) so identificirale pet glavnih funkcij pritoževanja medicinskih sester. Prvič, pritoževanje razvrednoti delo zdravnikov, poudarja njihove negativne lastnosti ali celo potencialno nevarnost za bolnika, poudarja neodvisen prispevek in pomen zdravstvene nege. Drugič, organizacija bolnišnice in nosilci avtoritete v njej se delegitimizirajo. Pritoževanje tudi spodbuja razkroj idealizma mladih medicinskih sester; starejše kolegice jim delo prikažejo kot naporno, utrujajoče in ne kot vir zadovoljstva. Pogost je ciničen, negativen pogled na lastno dejavnost. Najvažnejša funkcija pritoževanja je, da ustvarja občutek solidarnosti med pripadnicami poklica in njihovo zaveznitvo tako proti zdravnikom kot proti upravi, pogosto pa tudi proti kolegicam, ki jim je kot posameznicam uspelo doseči katere od ciljev, ki jih medicinske sestre kot skupina niso. Pritoževanje, nazadnje, deluje kot varovalka in omogoča sproščanje napetosti, ne da bi se stvari kaj spremenile; ker ne vodi k akciji, ima konservativno funkcijo.

Goffmanove študije "šibkejših" so bile v skladu z naprednimi gibanji iz 60. let. Prispeval je tudi k odpravi azilov in uvedbi bolj fleksibilnih oblik skrbi za bolnike, z več možnostmi za pogajanja in sodelovanje vseh vključenih. Kot Parsons se je tudi on ukvarjal z družbenimi vlogami, toda ne z razlogi njihovega obstoja, ampak z načini njihovega nastajanja in ohranjanja.

Feminizem. Feminizem je teoretična perspektiva, ki izhaja iz kritike podrejenosti žensk. Znotraj feminizma obstajajo velike razlike. *Liberalni feminizem* vidi razlike med moškimi in ženskami kot družbeno konstruirane, zato bi spremembe v zakonodaji in izobraževanju lahko odpravile diskriminacijo žensk. Enakost žensk in moških je po tem pojmovanju mogoče doseči znotraj obstoječega družbenega

sistema. *Kulturni feminizem* predpostavlja temeljno razliko med moško in žensko kulturo: vrednote in način mišljenja žensk in moških sta popolnoma različna. *Radikalne* feministke menijo, da je izkoriščanje žensk temeljni odnos vseh sedanjih družb. Položaj žensk bi se lahko spremenil samo s temeljnimi spremembami družb, in ne v okviru obstoječega družbenega sistema (Jones 1994).

Feminizem obravnava vpliv spola na opredelitev bolezni in zdravljenja ter zdravljenje kot obliko moške kontrole nad ženskami, njihovimi telesi in identiteto. Sprašuje se, kako nastaja in se ohranja podrejenost žensk, ki vključuje tudi dominacijo nad ženskim telesom, rojevanjem in materinstvom. Žensko spolnost in reproduktivne sposobnosti zdaj nadzoruje medicina, tako kot jo je v preteklosti religija. Medicinski pogled opredeljuje žensko zdravje kot reproduktivno sposobnost in spolnost znotraj zakonske zveze. Medicina kontrolira žensko telo v vseh obdobjih življenja, v zvezi z menstruacijo, nosečnostjo, rojevanjem, menopavzo. Medikalizacija ženskega telesa je rezultat želje medicine po novem tržišču, zato je izključila zunajmedicinske zdravitelce – babice in ljudske zdravitelke (preganjanje čarovnic). Med porodničarji je v ZDA 80%, v Veliki Britaniji pa 85% moških (Jones 1994). Medicinsko izobraževanje privzga patriarhalna stališča do žensk, kar so pokazale analize medicinskih učbenikov v Veliki Britaniji. Tudi spolna delitev dela v zdravstvu odseva podrejenost žensk. Kljub tradicionalni zdravilski in negovalni funkciji, ženske neasedajo visokih položajev. Največ delajo v zdravstveni negi, kjer imajo slabe plače in nizek ugled. Povečanje števila žensk zdravnic stanja ne spreminja, saj so bile socializirane v patriarhalnem okolju.

Feminizem si prizadeva za ukinitve vodilne vloge moško-središčne medicine in za spodbujanje samopomoči ter samozdravljenja. Na tej osnovi je utemeljena tudi analiza ženskega zdravja Lesley Doyal (1995). Avtorica izhaja iz predpostavke, da zdravje nastaja tam, kjer ljudje živijo. Kritizira redukcionizem biomedicinskega modela ženskega zdravja, ki izhaja predvsem iz ženske anatomije. Zdravje žensk ni rezultat anatomije, ampak ekonomskih, socialnih in kulturnih okoliščin, v katerih ženske živijo. V značilnostih ženskega življenja nastajajo nevarnosti za zdravje. Pri tem ne moremo posplošiti življenjskih pogojev vseh žensk, kajti položaj žensk ni v vseh družbah enak (niso vse med sabo "sestre"). Razlike med položajem žensk in moških tudi ni razložljiva v okviru klasičnih stratifikacijskih teorij kot je npr. marksizem. Skupna točka položaja žensk v vseh družbah pa je določena oblika podrejenosti. Ni nobene družbe na svetu, kjer ženske ne bi bile bolj ali manj, odkrito ali prikrito, v ekonomskem ali kakšnem drugem pogledu prikrajšane.

Žensko zdravje je bilo v okviru medicine obravnavano predvsem v funkciji ženske vloge v družbi, zlasti rojevanja in dela doma, ne pa kot dejavnik kakovostnega življenja. Zato medicina ženskam pogosto ne more pomagati. To je v svoji raziskavi ugotovila tudi švedska zdravnica Eva Johansson (1998), ki je ob proučevanju žensk z nedefiniranimi mišično-skeletnimi bolečinami prišla do zaključka, da so medicinske intervencije pri njenih pacientkah neuspešne zato, ker ni vir težav v njihovih telesih, ampak, ker "jih boli življenje" (odnosi s partnerjem, socialni problemi, težave na delovnem mestu ipd.). Pri "bolečinah, ki jih povzroča življenje", pa je medicina praviloma nemočna.

(Skoraj) vse ženske delajo tudi doma. Nevarnosti za zdravje, ki nastopijo doma, so posledica zahtev gospodinjanskega dela in vplivajo na telesno in duševno zdravje ženske, dom pa je nevaren kraj tudi zaradi nasilja, katerega žrtve so praviloma ženske. Vir nevarnosti za žensko zdravje je tudi spolnost. Že izražanje potrebe po spolnosti je bilo včasih dovolj, da so žensko proglasili za duševno bolno. Ženska naj bi torej v spolnosti imela pasivno vlogo in kot kažejo podatki, ima pogosto tudi vlogo žrtve spolnih zlorab in posilstev, ki puščajo fizične in čustvene posledice, včasih pa povzročijo tudi smrt. Z žensko podrejeno vlogo v spolnosti je povezana obolevnost in umrljivost zaradi raka materničnega ustja, vnetja rodil in AIDSa. Tudi pohabljanje ženskih spolovil je še vedno razširjena oblika omejevanja ženske spolnosti.

Na področju reprodukcije praviloma še vedno niso ženske tiste, ki bi skupaj s svojimi partnerji določale število otrok, ki bi jih rodile. Močno vlogo imajo družina, religija in država. Uporaba kontracepcije je pod družbenim nadzorom, pa tudi sterilizacija in abortus. Rojevanje je v večini razvitih držav postalo tehnološko nadzorovan proces z malo prostora za avtonomno odločanje žensk.

Doyal obravnava tudi žensko (slabo) plačano poklicno delo. Ženske bolj pogosto delajo v panogah in poklicih, ki zahtevajo rutino in izvrševanje navodil, kar povzroča psihični pritisk. Poleg nevarnosti poškodb so izpostavljene še posledicam svojega nizkega statusa. Tipični ženski poklici - medicinske sestre in pisarniške uslužbenke - so posebej obremenjeni z dolgim delavnikom, nizko avtonomijo pri delu, nevarnostjo fizičnih poškodb in psihičnih posledic stresa zaradi podrejenega položaja in različnih oblik zlorab, ki jih pogosto doživljajo (MacKay 1989). Celotne oblike odvisnosti, ki so značilne za ženske, so praviloma legalne in tihe, nemoteče: hrana, alkohol, tablete in kajenje.

Ženska gibanja za zdravje, samopomoč in medsebojno pomoč pa bi lahko preslegla ali vsaj omilila pomanjkljivosti zdravstvenega varstva.

Teorija delovanja. Človekovo delovanje in izbira ter narava sodelovanja med posamezniki je bilo osrednji predmet proučevanja Maxa Webera. Ljudje se ne le obnašajo, ampak *delujejo z določenim ciljem*. Človekovo delovanje je mogoče razumeti v okviru subjektivnega smisla, na osnovi namenov in pričakovanj posameznikov glede njihovih dejanj. Za proučevanje zdravstva je pomembna njegova analiza *avtoritete* in zakaj jo ljudje ubogajo. Razločeval je

- karizmatično,
- tradicionalno in
- racionalno-legalno avtoriteto.

Karizmatična avtoriteta izhaja iz osebnih lastnosti njenega nosilca. Tradicionalna avtoriteta temelji na prenosu preteklih praks, racionalna-legalna avtoriteta pa sloni na racionalno utemeljenih pravilih in zakonih. Njen nosilec je birokracija, sloj, ki ima oblast na osnovi zakonov, predpisov, države. Birokracija je učinkovita oblika organizacije družbe, mora pa biti kontrolirana s strani politikov, ki ohranijo tesen stik z državljani. Predstavlja "železno kletko" za posameznika. Birokratska organizacija družbe, ki se je v začetku 20. stoletja šele nakazovala, se je mogočno razrasla ob koncu tega stoletja, tudi v zdravstvu, kjer managerska elita povečuje

dominacijo nad zaposlenimi. Politika zdravstvenega sistema se izvaja od vrha navzdol, preko direktorjev do izvajalcev.

Birokratska (racionalno-legalna) avtoriteta v okviru zdravstva pride v nasprotje s profesionalno avtoriteto, ki ne izhaja iz položaja v organizacijski strukturi, ampak iz znanja. Še en problem je z avtoriteto v zdravstvu: dejavnost zdravljenja ne more biti v celoti urejena s pravili in samo na racionalni osnovi. V procesu zdravljenja niso vsi postopki znanstveno preverjeni, vpliva tudi tradicija in karizma posameznikov, pa tudi pogost položaj negotovosti in stresa. Zdravljenje ni samo tehnična dejavnost, je tudi medčloveški odnos, odnos zaupanja. Poudarjanje te zaupnosti in mistificiranje zdravljenja je seveda lahko tudi sredstvo za ohranjanje statusa in moči. V bolnišnici se tako križajo različne avtoritete in hierarhije - racionalna, tradicionalna in karizmatična. Interesi organizacije in managerjev so lahko v nasprotju z interesi zdravstvenih delavcev.

Weber je videl tako pozitivne strani *birokracije* - racionalnost, učinkovitost, nepristranskost, kot negativne - zatiranje človeške individualnosti in ustvarjalnosti. Interakcije (medsebojno vplivanje) med posameznikom in družbo ni mogoče razumeti le s pomočjo struktur in procesov, ampak je potrebno upoštevati tudi smisel, ki ga ljudje pripisujejo dejanjem. Ideje in prepričanja so torej bistveni del družbe, tudi zdravstva in procesa zdravljenja (Abercrombie, Hill in Turner 1994).

Teorija strukturacije. Osnovna enota Giddensove (1991) analize je posameznik. Posamezniki razvijejo stabilne vzorce interakcij, ki jih imenujemo socialni sistemi - to so rezultati človeških dejanj ali namenov. Včasih se posledice dejanj izkažejo kot nezaželene ali škodljive. Ljudje pa lahko razvijejo zavedanje o posledicah svojih dejanj in s tem *zavestno usmerjajo proces sprememb družbenih struktur*, ki ga Giddens imenuje *strukturacija*. Pri tem lahko pomaga tudi sociologija s tem, da naredi družbene pojave bolj "prozorne". Sociologija lahko poveča zavedanje posameznikov o skritih družbenih procesih in s tem omogoči ljudem, da začnejo spreminjati družbene strukture in ne samo pasivno sprejemati obstoječe stanje. Pri taki uporabi sociologija zagotavlja kritično teorijo, ki deluje kot pospeševalec družbenih sprememb tudi na področju zdravja in zdravstva. Sedanje obdobje poznomoderne družbe označuje namreč visoka brezosebnost družbenih sistemov in struktur, hkrati pa tudi naraščajoča družbena ozaveščenost in možnost, da posamezniki prevzamejo kontrolo nad svojim življenjem.

V predmodernih družbah je identiteta posameznikov pogojena z zunanjim svetom, njihova izbira je omejena s časom, prostorom in družbenim statusom. V poznomoderni družbi je proces oblikovanja identitete bolj kompleksen zaradi globalizacije in svetovnega trga. Mogoče je izbrati svoj lastni življenjski stil in "sam pisati svoj življenjepiš", vključno s poglavjem o zdravju.

Za Giddensa je družba poznega 20. stoletja enotna in zajema celotno človeštvo. Prišlo je do *globalizacije*. Moderne tehnologije, družbene strukture in kulture se prepletajo v vseh deželah. Tradicionalna prepričanja sicer še ostajajo, vendar so obrobna. Globalizacija ustvarja medsebojno odvisnost med družbenimi skupinami, ki živijo v različnih deželah. Ta medsebojna odvisnost povečuje družbeno stabilnost in individualno varnost ter spodbuja ekonomske povezave in turizem. Povečuje pa se tudi globalna ranljivost. Cene so povezane po vsem svetu, ko se

nekje pojavi recesija, se prenese tudi v druge dežele. Ekološke katastrofe ne poznajo nacionalnih meja, bolezni se s turisti selijo s kontinenta na kontinent.

Vpliv globalizacije vidimo tudi v prevladujočem vzorcu zdravja in bolezni. V razvitih industrijskih deželah so povišani dohodki omogočili večji dostop do hrane. Razvoj medicinske tehnologije je tudi prispeval k podaljšanju življenjske dobe, obenem pa je tehnološki razvoj prinesel nova zdravstvena tveganja (onesnaženje ipd.).

Zdravstvena sociologija

Potem ko smo pogledali, kako skozi različne teoretične perspektive vidimo pojave zdravstva, zdravja in bolezni, bomo naredili še korak v drugo smer. Vprašali se bomo po razlagalnih možnostih in močeh sociologije v polju zdravja in bolezni. Poskušali bomo preseči staro dilemo med "sociologijo-v-zdravstvu", kjer je sociologija pojmovana kot nekakšna služabnica medicine in "sociologijo zdravstva", ki predpostavlja pogled od zunaj na predmet proučevanja.

Področje proučevanja. Sociološki pristop k zdravju in bolezni se razlikuje od medicinskega. Medicinsko pojmovanje vidi *bolezen kot nevtrarno in naravno pojavnost, zasidrano v naravi*, to je v telesu pacienta, ali pa v njegovi duševnosti. Delitev na telesne in duševne bolezni ustreza kulturni delitvi na telo in dušo. Ta je sociološko zelo problematična. Sociologija telesa namreč proučuje *telo kot družben pojav*, ne kot (samo) naravni. Šele koncept *družbene telesnosti* nam omogoči preseganje konvencionalne delitve na telo in dušo, posameznika in družbo. Sociologija telesa je pomembna teoretična osnova za zdravstveno sociologijo.

Zdravstvena sociologija proučuje naslednje družbene pojave (Turner 1995):

- razumevanje zdravja in bolezni s strani zdravstvenih delavcev in bolnikov,
- zdravstvene poklice in procese profesionalizacije,
- profesionalno socializacijo zdravstvenih delavcev,
- zdravstvene organizacije, zlasti bolnišnico,
- družbene vplive na zdravje in bolezen.

V poznomoderni družbi so za zdravstveno sociologijo še naprej odprta vprašanja, ki nastopijo z modernizacijo družbe, zahtevajo pa nove odgovore v spremenjenih okoliščinah. Gre za materialne in kulturne posledice *globalizacije*, za distribucijo *revščine in deprivacije* ter za nacionalne in internacionalne spremembe *moči in stratifikacije*. Spreminjajo se vzorci *dela in zaposlitve*. Država blaginje se reformira in znotraj nje *sistem zdravstvenega varstva* ter položaj *zdravstvenih delavcev*. Pojavljajo se nova ekološka in druga *tveganja*, nadaljuje se proces *individualizacije in detradicionalizacije*, uveljavlja se politika *življenjskega stila in identitete*.

Poleg teh, "modernih", se zdravstvena sociologija loteva tudi novih postmodernih vprašanj kot so *socialna konstrukcija zdravstvenih tveganj in potreb*, "*medicina nadzorovanja*", vprašanja *telesa*, njegove abnormalnosti in invalidnosti, pa tudi mikroanalize *srečanj med zdravilcem in klientom* (Scambler in Higgs 1998).

Ravni in načini proučevanja. Osrednja sociološka vprašanja, ki si jih na svojem področju zastavlja tudi zdravstvena sociologija, so naslednja:

- *pomen družbenega delovanja*, to je subjektivna perspektiva posameznih akterjev, njihova čustva in občutki;
- *odnos med dejavnostjo in strukturo*, med človeško akcijo in omejevalnim vplivom družbene strukture, ki delujejo kot odnosi moči;
- pogoji obstoja *družbenega reda* in družbene organizacije (na osnovi konsenza ali prisile);
- *družbene spremembe*, družbeni procesi in okoliščine, ki neprestano razdirajo in dezorganizirajo krhki red družbenih odnosov in družbene menjave ter temeljijo na družbeni neenakosti oz. neenaki porazdelitvi moči, ki je razlog za destabilizacijo družbenih odnosov in sistemov skozi organizirane spopade in individualni odpor (Turner 1995).

Zdravstvena sociologija torej proučuje vlogo zavestne dejavnosti ljudi, njihove izbire, pomena in delovanja v izkušnji bolezni. Ukvarja se tudi z vlogo družbenih in naravnih omejitev in določenosti v porazdelitvi in izkušnji zdravja in bolezni, pa tudi s kritično zgodovino poklicnega zdravstvenega dela. Pojavi bolezni so namreč družbeno konstruirani. Kar je v neki družbi bolezen, je lahko v drugi zločin, in v tretji oblika normalnega vedenja, kot vidimo na primeru homoseksualnosti.

Zdravstvena sociologija se ukvarja tudi s širšimi vprašanji družbenega reda in neenakosti. Proučuje zdravstvene institucije in njihovo vlogo v nadzoru bolezni in odklonskosti. Podobno nadzorno vlogo imajo ali so imeli religija in pravo. Za pojasnitev družbeno nadzorno funkcije zdravstva je potrebna tudi analiza neenakosti v blagostanju in moči, ki vplivata na zdravje kot vir blagostanja oz. kakovosti življenja. Različne oblike neenakosti, npr. ekonomska, nacionalna, spolna, starostna, vplivajo na nastanek slabega počutja in bolezni. Vprašanje je, ali je mogoče negativne vplive družbenih struktur na zdravje omiliti ali odpraviti na individualni ravni ali pa so potrebne strukturne spremembe. In če, katere? kateri vzvodi so učinkoviti na strukturni ravni in kateri na individualni?

Da bi lahko odgovarjali na taka in podobna vprašanja, je potrebno razviti splošno teorijo zdravja in bolezni v družbi. V ta namen predlaga Turner (1995) tri ravni analize:

- najprej *opise izkušnje zdravja in bolezni iz posameznikove perspektive* (npr. bolezen kot oblika odtujitve, ko je lastno telo doživeto kot predmet, ali odločitve in delovanje v zvezi z lastnim življenjskim slogom), na tej ravni so pomembna tudi vprašanja smisla in ravnanj ljudi v zvezi z zdravjem in boleznijo in interakcij v majhnih skupinah, v družini, s prijatelji ali na mikro ravni odnosov med zdravilcem in bolnikom; za to nudijo ustrezne metodološke pristope sociološka fenomenologija in simbolični interakcionizem;
- nato *družbeno konstrukcijo bolezni*, ko zdravstveni delavci klasificirajo in nadzorujejo posameznike, zlasti v okviru institucij za obravnavo bolnih, kako poteka dejavnost zdravstvenih delavcev, na osnovi česa pojmujejo določene pojave kot zdravstvene probleme, kako jih nadzorujejo in obravnavajo, kako se spreminja kategorija bolezni in kako določeni pojavi dobivajo oznako bolezni, torej predmeta zdravstvene obravnave - npr. kronična utrujenost ali nedefinirane mišično-kostne

bolečine (Turner 1995, Johansson 1998); kako zdravstveni delavci razumejo položaj bolnika v zdravstvenem sistemu in od kod dobijo "moč za pomoč" (Pahor 1997, 1998).

- in končno *družbena organizacija sistemov zdravstvenega varstva*, njihov odnos do *države in gospodarstva*, problemi *družbene neenakosti* znotraj posameznih družb in med družbami. Najustreznejši metodološki okvir te analize omogoča politična ekonomija in makrosociologija.

Različne perspektive so samo podoba raznolikosti obravnavanega pojava. Predlog obravnave shematično prikazuje naslednja tabela:

Zdravstvena sociologija

raven obravnave	predmet obravnave	pristop
posamezniki	izkušnje zdravja in bolezni	interakcionizem
skupine, institucije	bolnišnice, zdr. delavci	funkcionalizem, interakcionizem
družba	sistemi zdr. varstva	feminizem, marksizem, Foucault

(prirejeno po Turner 1995)

Razumevanje posameznih problemov je možno samo s povezavo ugotovitev različnih ravni obravnave. Zvezo med makroanalizo družbenih sistemov in fenomenologijo posameznikove bolezni omogoča koncept družbene vloge, zlasti vloge bolnika in vloge zdravstvenega delavca.

Sociologija lahko prispeva k medicinskemu razumevanju družbenih vzrokov bolezni in omogoči vpogled v bolnikovo izkušnjo bolezni. Izboljša sposobnosti zdravstvenih delavcev za sodelovanje z bolniki, prav tako pa tudi omogoča nov pogled na vlogo institucionalnega zdravstvenega varstva. Predvsem pa razkrije določene dimenzije zdravja in bolezni, ki so v medicinskem modelu nevidne.

Kako bi sociološko proučevali kronične bolezni, npr. anoreksijo, diabetes, kronične bolečine? Turner (1995) predlaga naslednji pristop:

1. najprej fenomenologijo (podroben opis pojava) bolečine oz. težav skozi interpretacijo tistih, ki jo doživljajo, 2. nato analizo družbenih procesov, skozi katere je konstituirana bolezen, s katero se ukvarjajo različne profesionalne skupine s specifičnimi interesi, in 3. analiza politične ekonomije pogojev dela, proizvodnje in potrošnje v modernem kapitalizmu.

Potrebne so torej različne ravni obravnave, individualna, skupinska in skupnostna s teoretično kontinuiteto razlagalnih paradigem.

Naraščajoča povezanost med sociologijo in zdravstvom je tudi rezultat spremenjenih značilnosti bolezni v sodobnih industrijskih družbah. V 19. stoletju so prevladoval akutne, življenje ogrožujoče in pogosto nalezljive bolezni. Glavni vzroki smrti v prvem desetletju 20. stoletja so bili gripa, pljučnica, tuberkuloza in vnetje želodčne sluznice, danes pa so to kronično-degenerativne bolezni (Jones 1994).

Upoštevati je potrebno kompleksnost zdravja in bolezni v sodobnih družbah, zato so potrebne različne teorije in metodologije, ki pomagajo razviti ustrezne poglede na medicinske pojave. Bolezni ni mogoče proučevati na ozek, enodimenzionalen način. Glede na družbeni značaj prevladujočih kroničnih bolezni je nujen multidisciplinaren pristop.

Zdravstvena sociologija je torej po svojem pristopu primerjalna in zgodovinska veda. Sodobno sociološko znanje temelji tudi na delu zdravnikov, ki so v 19. stoletju proučevali pogoje življenja mestnega prebivalstva in družbeno ozadje bolezni. Humanistične in družbene vede so namreč deloma nastale kot odgovor na pritisk prebivalstva v industrijska mesta v 19. stoletju, kjer so bile potrebne nove oblike znanja za nadzorovanje in obvladovanje urbanega prebivalstva. Že socialna medicina v Veliki Britaniji, pa tudi Marx in Engels so jasno uvideli zvezo med revščino, boleznijo in družbeno odklonskostjo v 19. stoletju.

Zaključek

Razlikovanje med medicino in sociologijo ni v predmetu, ampak v izhodiščni točki pogleda. Sociologija vidi bolezen kot družbeno dejstvo, medicina pa (predvsem) kot izoliran, individualen pojav. Prispevek zdravstvene sociologije k boljšemu razumevanju pojava je lahko v uveljavitvi ugotovitve, da je vsak poseben človeški organizem že kulturni produkt, kajti telo ni popolnoma naravni pojav, je produkt odnosov moči in znanja. Sociologija je po svojem predmetu blizu tako religiji kot medicini, skupno imajo spraševanje po pomenu družbene akcije in značaju družbenega reda. Oboje zahteva regulacijo človeškega telesa. Zdravstvena sociologija omogoča odgovore na vprašanja o razmerjih moči na različnih ravneh vzpostavljanja zdravja, od individualne (doživljanje izkušnje zdravja in bolezni), preko skupinske in institucionalne (procesi v poklicnih skupinah in zdravstvenih institucijah) do skupnostne, z obravnavo politične ekonomije zdravja na ravni celotne družbe.

Ugotavljanje doživljanja, smisla, delovanja, organiziranja in nadzorovanja ljudi, ki se srečujejo v polju obravnave zdravja in bolezni bodisi kot uporabniki storitev ali poklicni zdravstveni delavci, pomembno prispeva k pojasnitvi pojava. Predmet zdravstvene sociologije so vsakdanje izkušnje ljudi, ki imajo težave z zdravjem, pa tudi tistih, ki ljudem s težavami pomagajo kot so medicinske sestre, fizioterapevti, zdravniki in drugi. Mogoče bo prav vpogled v te procese pomagal pojasniti, zakaj prihaja do velikih razlik med strateškimi načrti na področju izboljševanja zdravja, kot je npr. projekt Svetovne zdravstvene organizacije Zdravje za vse do leta 2000 in njegove izpeljave na nacionalnih ravneh ter konkretnimi prepričanji in ravnanji ljudi. Eden od razlogov za veliko entropijo v zdravstvu je lahko tudi dejstvo, da načrtovanje na tem področju poteka brez poznavanja osebnega doživljanja in izkušenj ljudi ter povezanosti le tega s strukturnimi elementi družbe.

LITERATURA

- Abercrombie, Nicholas, Stephen Hill in Bryan S. Turner. 1994. Dictionary of sociology. London: Penguin Books.
- Bilton, Tony et al. 1996. Introductory Sociology. London: Macmillan Press.
- Doyal, Leslie. 1995. What makes women sick. Gender and the political economy of health. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Friedson, Eliot. 1994. Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony. 1991. Modernity and self identity. Self and society in late modern age. Cambridge: Polity Press.
- Haralambos, Michael in Robin Heald. 1989. Uvod u sociologiju. Drugo izdanje. Zagreb: Globus.
- Johansson, Eva. 1998. Beyond frustration. Understanding women with undefined musculoskeletal pain who consult primary care. Doctoral dissertation. Umea: Medical faculty, Umea University.
- Jones, Linda. J. 1994. Social context of health and health work. London: Macmillan Press.
- Mackay, Leslie. 1989. Nursing a problem. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.
- Pahor, Majda. 1997. Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Pahor, Majda. 1998. Univerzitetni študij za medicinske sestre: primer prve generacije študentk zdravstvene vzgoje. Obzornik zdravstvene nege, 32, 185-197.
- Scambler, Graham (ed). 1987. Sociological theory and medical sociology. London and New York: Tavistock Publications.
- Scambler, Graham in Paul Higgs (eds). 1998. Modernity, medicine and health, Medical sociology towards 2000. London: Routledge.
- Turner, Bryan S. 1992. Medical power and social knowledge. London: Sage Publications.
- Turner, Bryan S. 1995. Medical power and social knowledge. Second edition. London: Sage Publications.