

SOCIOLOŠKI PRISTUPI ZDRAVLJU I BOLESTI

Štifanić, Mirko

Source / Izvornik: **Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja, 1998, 7, 833 - 845**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:492548>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

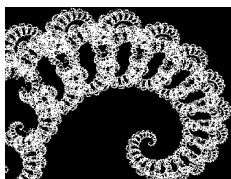
Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-26**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)





SOCIOLOŠKI PRISTUPI ZDRAVLJU I BOLESTI

Mirko ŠTIFANIĆ
Medicinski fakultet, Rijeka

UDK: 61:316
316:61

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 5. 12. 1997.

U radu se, uz pomoć relevantne strane literature, analiziraju četiri sociološka pristupa pitanjima zdravlja i bolesti: a) funkcionalistički, b) marksistički, c) fenomenološki i d) radikalni. Autor zaključuje da niti jedan pristup izdvojeno ne sadrži ključ rješenja za istraživanje složenih odnosa i utjecaja društvenih uvjeta življenja na zdravlje i bolest pojedinca i društvenih skupina, odnosno društva. Opisani sociološko-medicinski pristupi pomažu u spoznaji društva o sebi i omogućuju definiranje zdravstvene politike u konkretnim uvjetima, što izravno utječe na zdravstvene, ali i na općedruštvene rezultate. Slika zdravlja populacije, dobivena sociološko-medicinskim istraživanjima, pomaže afirmaciji onih kulturnih obrazaca ponašanja koji promiču zdravlje te prepoznavanje obrazaca ponašanja opasnih za zdravlje. To može pomoći da institucionalno vođena reforma zdravstva i zdravstvene politike omogući ostvarenje programa Svjetske zdravstvene organizacije "Zdravlje za sve do 2000. godine" i sačuva mentalno, socijalno i reproduktivno zdravlje građana u složenim uvjetima tranzicije, a liječnicima i ostalim pripadnicima medicinske profesije da lakše nađu odgovore na sve složenija socijalno/zdravstvena, zdravstveno/etička i zdravstveno/pravna pitanja u zdravstvu na pragu XXI. stoljeća.

UVOD

833

Sociologija se kao znanstvena disciplina počinje baviti zdravljem i bolestima najprije u Engleskoj, a zatim u Njemačkoj i Francuskoj. Njezine početke nalazimo u praksi početkom i sredinom dvadesetog stoljeća. Kao samostalna znanstvena disciplina, medicinska sociologija dostiže vrhunac razvoja nakon završetka Prvoga svjetskog rata u SAD-u. Prema relevantnim podacima (Cockerham, 1990., 575), medicinski sociolozi obuhvaćaju najveći dio socioloških udruženja u Ameri-

ci, Velikoj Britaniji i Njemačkoj. Više od 10 posto američkog udruženja sociologa 1986. godine pripadalo je društvu medicinskih sociologa te tako činilo jednu od 23 najveće posebne sociološke grane (Mechanic, 1968., 15-41). Od 1983. godine postoji Europsko udruženje za sociologiju medicine koje broji više od 1500 članova iz više od 20 zemalja. Na pragu XXI. stoljeća sociologija medicine se kao znanost razvija u većini zapadnih zemalja, pa i u državama nastalim nakon raspada komunističkog sustava, primjerice u Poljskoj, Hrvatskoj i Bugarskoj.

Definicija sociologije medicine javlja se pedesetih godina, iako se kao autorica sintagme medicinska sociologija (izv. Medical Sociology) spominje Elisabeth Blakwell u prošlom stoljeću. Taj naziv, kojim se tijekom dugog vremena označavao odnos sociologije i medicine, drži se ili preuskim i jednoznačnim ili suviše širokim.

Međunarodno udruženje sociologa (International Sociological Association) je na svojem posljednjem svjetskom kongresu predložilo da se naziv "sociologija medicine" zamijeni nazivom "sociologija zdravlja" (Newsletter, 1986., 18). Međutim, danas postoje i drugi nazivi, poput sociologija u medicini, sociologija bolnice, sociologija medicinskih sestara, sociologija liječničke profesije, sociologija medicinskih struka, klinička sociologija, sociologija rađanja, sociologija umiranja i dr. (Šegota, 1995., 2) koji se svi zajedno mogu podvesti pod naziv sociologija medicine.

Kad su preuzimani pojmovi zdravlja i bolesti iz opće medicinske znanosti, sociološki pristup zdravlju bio je zarobljen unutar službene medicine i često se nije razlikovao od socijalne medicine. U nekim zemljama to ima za posljedicu otežanu afirmaciju te discipline kao društvene znanosti, što pokazuje primjer Italije gdje se sociologija medicine tek nedavno uspjela izdvojiti van teorijskih okvira medicine. To i danas rezultira dvama velikim ograničenjima. Prvo se odnosi na usvajanje medicinskog određenja zdravlja i bolesti kao jedine odrednice, što za posljedicu ima podcjenjivanje drugih definicija i različitih teorijskih područja definiranja bolesti u odnosu na usko područje medicine i pridonosi dominaciji profesionalnih medicinskih definicija zdravlja i bolesti. Nastavak je to nekritičkog pristupa koji ima svoju tradiciju u zapadnjačkoj medicinskoj kulturi koja nerado uzima u obzir svjetovna shvaćanja bolesti i zdravlja (Underhill, 1984., 573-606). Drugo se ograničenje odnosi na činjenicu da je tek nedavno sociologija medicine spoznala i postavila problem razmatranja iskustva bolesti kao složena i slojevita problema.

Oba ova ograničenja specifična su za područje Italije i za neke druge države u kojima su paradigme bolesti i zdravlja često usvajane bez ikakve prijašnje prilagodbe, jer se nije vo-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 7 (1998),
BR. 6 (38),
STR. 833-845

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI PRISTUPI...

dilo računa o činjenici da njihova definicija potječe iz nekog drugog konteksta. Prvi koraci ka napuštanju tih ograničenja u Italiji učinjeni su tek sredinom osamdesetih godina (Donatti, 1991., 8-51).

Relevantna sociološko-medicinska literatura potvrđuje da postoji više pristupa koji omogućavaju da se globalno sagleda složena situacija vezana uz odnose zdravlja i bolesti, a među njima su sljedeći: funkcionalistički (Parsons i dr.), marksistički (Navarro i dr), radikalni (Illich i dr.) i fenomenološki pristup (Schutz i dr.).

FUNKCIONALISTIČKI PRISTUP

Sociolog E. Durkheim prvi je na specifičan način analizirao zdravlje i bolest. Kako je on prvi znanstvenik koji je pokušao definirati zdravlje i bolest ne više samo kao socijalno relevantnu činjenicu već kao zaseban socijalni fenomen, možemo ga držati prvim sociologom medicine. On je objasnio pojavu samoubojstava kod različitih religijskih i drugih skupina i pojedinaца pomoću socioloških koncepata u knjizi *Samoubojstvo* (1897.) postavljajući tezu da samoubojstvo nije individualan nego društveni postupak. Zapisao je da su ljudi u svojem načinu mišljenja i u postupcima ograničeni normama i institucijama. Izgube li norme svoju povezujuću i zaštićujuću moć, pod opterećenjem životnih prilika, nadvlada nagon za smrću u egoističnom samoubojstvu. U tim okvirima Durkheim objašnjava pojavu većeg broja samoubojstava kod protestanata nasuprot katolicima i tvrdi da u sudbinsko otuđenje vode religijski gubitak veze i otuđenje od društvenih institucija. Otuđenje kao posljedica kriza poput rastava brakova, ekonomske nestabilnosti i dr. vodi do gubitka orijentacije i redovitih, smislom ispunjenih aktivnosti, što sve zajedno potpomaže postupak samoubojstva iz očaja. Očajavanje, prema mišljenju Durkheima, znači ekstremno opterećenje koje nastane kad socijalizacija izostane (Durkheim, 1897.).

Ocem medicinske sociologije, međutim, drži se Talcott Parsons, na što je utjecalo objavljivanje njegovih djela *The Social System* u kojem utvrđuje enormno značenje sustava zdravstvene zaštite i medicine uopće za funkcioniranje modernog društva i njegovih sustava. Autor ističe da su društveni sustavi povezani sa sustavom osobnosti i kulture te da kao takvi stvaraju temelj za društveni red. Za razliku od drugih, Parsons uključuje analizu medicine u svoju društvenu teoriju i zaključuje da je uloga bolesne osobe bitna u odnosu na društvo. Njegov model temelji se na stajalištu da biti bolestan nije slobodan izbor pojedinca, iako se bolest može pojaviti kao rezultat ozljede ili infekcije koja je namjerna. Biti bolestan nije samo iskušenje fizičkog stanja bolesti već i društvenog stanja

bolesti, jer ono uključuje ponašanje utemeljeno na društvenim normama koje ne moraju odgovoriti na ta očekivanja. Glavno očekivanje u svezi s bolešću jest da su bolesnici nesposobni brinuti se o sebi. Stoga je za bolesnika nuždan medicinski savjet i suradnja s liječnikom. Bolest je neželjeno stanje, a bolesna osoba želi ozdraviti.

Posebno je važno Parsonsonovo definiranje bolesti na nemedicinski način, odnosno pomoću socioloških pojmova, što utječe na ubrzan razvoj sociologije medicine (Šegota, 1995., 5). Uz G. Jossa i A. C. Twaddlea, Parsons je ujedno i utemeljitelj funkcionalističkog pristupa unutar kojeg se razvila opsežna teorija složenog društvenog odnosa liječnika i pacijenta koja vezu liječnik – pacijent vidi kao podskup šireg društvenog sustava.

Prema mišljenju Parsonsa, zdravlje i bolest mogu se definirati u odnosu prema liječničkoj profesiji, a analiza zdravstva podređena je definiciji medicine u koju je uključena.

Dvije su pretpostavke od kojih funkcionalisti polaze pri definiciji bolesti. Oni tvrde da se društvena struktura može organizirati na način koji ne bi bio sukladan funkcioniranju pojedinca (Tuckett, 1982., 15-49). Uz to, društveni sustavi opstaju zahvaljujući individualnim čimbenicima koji mogu djelovati sukladno potrebama koje im nalaže njihova uloga u sustavu. Dakle, bolest se drži nefunkcionalnom prema društvenom sustavu zato što pojedince sprečava da ispunjavaju svoju društvenu ulogu, odnosno funkciju. Parsons pod zdravljem podrazumijeva sposobnost pojedinca da normalno djeluje, a zdravlje definira kao optimalno stanje pojedinca, kad on učinkovito može obavljati ulogu i zadaće koje mu je društvo namijenilo (Parsons, 1972., 257-278).

Bolesnik, čija je uloga definirana na temelju funkcije proizvodnje, jest u širem smislu neproduktivan, čak devijantan. Riječ je o pojedincu s novom društvenom ulogom, a to je uloga bolesnika koju društvo zasebno određuje, a država rješava na poseban način.

Sve se to na poseban način odnosi, kad je riječ o simulaciji bolesti i na one slučajeve u kojima bolest dovodi do sekundarne dobrobiti, npr. odsutnost iz škole ili s posla i za to vrijeme rad u "fušu". U tim će slučajevima bolesnik priželjkivati bolest, odnosno produžetak njezina trajanja te težiti zadržavanju tog položaja (Glass, 1958.), što je uvjetovano društvenim odnosno kulturološkim čimbenicima.

I ulogu bolesnika i ulogu liječnika Parsons definira na funkcionalno specifičan, afektivno neutralan i kolektivno orijentirani način (La Falce, 1981., 127-140). Liječnik, dakle, treba intervenirati kod pacijenta bez ikakvih osobnih ili društvenih predrasuda, ograničavajući svoju djelatnost isključivo na po-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 7 (1998),
BR. 6 (38),
STR. 833-845

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI PRISTUPI...

dručje medicine, ne proširujući je na područje religije, politike ili posebnih osjećaja, zadržavajući tako afektivno neutralan odnos prema pacijentu. Liječnik, također, mora prevladati svoje vlastite interese, radeći za dobrobit društva i čovječanstva. Stoga se liječnike često ne drži tek pripadnicima profesionalne kategorije već ih se uključuje u red dominantnih kulturnih vrijednosti društva. Nasuprot pacijentima koje funkcionalisti definiraju društveno devijantnima, liječnicima pripisuju funkciju društvene kontrole, čime oni stječu dominantnu poziciju u terapijskom procesu i općenito u odnosu s pacijentom.

Jedno od ograničenja Parsonsova pristupa jest u činjenici da se on ne može primijeniti u slučaju supkulture. Pritom sam pojam normalnog ne ostavlja prostora drugim definicijama bolesti. Prema tom pristupu liječenje je istodobno odraz zdravstvene i društvene racionalnosti, odnosno postizanje ozdravljenja i ponovnog uključivanja u društvo.

S ovakvog stajališta funkcionalističko poimanje zdravlja i bolesti uključeno je u liječničku profesiju i zdravstveni sustav. Teškoće koje iz toga proistječu odnose se na spoznavanje značenja i dometa onih slučajeva bolesti i zdravlja koji se ne mogu izravno povezati sa zdravstvenim sustavom.

Prema mišljenju Donatija (1991.) Parsonsov model ima dvije osnovne mane. Prvo, taj model opisuje liječnika i pacijenta onakvima kakvi bi trebali biti, a ne onakvima kakvi u biti jesu. Drugo, definicija uloge bolesnika proistječe s liječničke točke gledišta, čime se potpuno zanemaruje bolesnikovo stajalište.

Parsons pretpostavlja da je pojedinac usvojio društvene vrijednosti i norme, a Donati i Freidson odbacuju pojam psihološkog usvajanja i usredotočuju se na društvenu strukturu u koju su smješteni liječnici i pacijenti (La Falce, 1981., 135). Freidson također drži da odnos liječnik-pacijent valja promatrati unutar konfliktnog konteksta u kojem su pacijenti određeni profesionalnom autoritetu i nadmoći liječnika, a ne izvan toga.

MARKSISTIČKI PRISTUP

Glavnim predstavnikom ovog pristupa drži se V. Navarro, a uz njega H. Waitzkin i B. Watermann.

Prema Navarrovoj viziji, kapitalistička dominacija uvijek određuje ono što se događa u okvirima zdravstvenih spoznaja. Za ovog autora postoje samo dvije vrste znanosti: građanska i marksistička, a zanemaruju se drukčija opredjeljenja (Underhill, 1984.). On drži da treba najprije razumjeti distribuciju vlasti u društvu, prirodu, ulogu i instrumentalizaciju države, da bismo razumjeli koje je prirode, kojeg sastava, ka-

kve distribucije i kako funkcionira sustav zdravstvene zaštite u kapitalističkim društvima (Navarro, 1978., 453).

Prema takvom pristupu, zdravstveni zahvati u kapitalističkim državama odražavaju klasnu strukturu, građansku ideologiju i društvenu otuđenost. Navarro drži da se u zdravstvenom sustavu reproducira marksistička shema podjele na antagonističke društvene klase u kojima liječnici predstavljaju one koji imaju moći i instrumente znanja, a pacijenti predstavljaju one koji su podređeni znanju, moći liječnika i medicinskoj ideologiji.

Stoga medicina nije samo sredstvo društvene kontrole već i instrument reprodukcije društvenih nejednakosti i nepravdi. Prema njegovu mišljenju, medicinska ideologija pripisuje stanje bolesti individualnim čimbenicima, ne priznajući društvene i ekonomske uzroke. On drži da i u zdravstvenim uslugama nalazimo otuđenost kapitalističkih odnosa, jer baš kao što radnik ostaje bez proizvoda svojega rada, i pacijent ostaje bez kontrole nad prirodom svoje bolesti, ozdravljenjem ili smrću (Navarro, 1978.).

Unatoč činjenici da je marksistički pristup shematičan jer sve svrstava u kategorije moći i znanja, bez preispitivanja nekih od centralnih točaka takve teorije, treba naglasiti da je mnoge aspekte zdravlja i bolesti lako odrediti pomoću ovog pristupa.

RADIKALAN PRISTUP

U medicinske sociologe možemo uvrstiti i Josipa Županova, nakon što je iz zaborava izvukao Illichevu osudu u knjizi *Medical Nemezis* da je institucionalizirana medicina postala najveća pogibelj za zdravlje (Županov, 1996., 44). Iako utemeljen na kritičkoj poziciji koja na određen način proizlazi iz tzv. marksističkog pristupa, radikalna tradicija, a posebno njezin najznačajniji predstavnik I. Illich razlikuju se od marksističke tradicije, jer upućuju kritiku industrijskom društvu kao uzročniku otuđenja i bolesti, ali i zato što su zaključili do kojih dolaze autori ovog pristupa drukčiji od ostalih.

Hipoteza veće ravnoteže u distribuciji liječenja, prema mišljenju radikala, dovela bi do naglašenije medikalizacije društva. Osim toga, definicije zdravlja i bolesti koje su formulirali autori ovog pristupa šira je od definicije svih već razmatranih autora i njihovih pristupa. Za Illicha duboku medikalizaciju života u kapitalističkom društvu treba povezati s industrijalizacijom i tehnologizacijom od kojih potječu tri tipa jatrogeneze: klinička, društvena i kulturološka (Illich, 1977., 145).

Ovaj pristup naglašava nesposobnost medicine da razumije duboki smisao bolesti, pa zdravstveni sustav postaje najopasniji za zdravlje pojedinca i čitave populacije, odnosno suprotan proklamiranim ciljevima i idealima.

FENOMENOLOŠKI PRISTUP

Znanstvenicima ovog pristupa zajednički je interes za zdravlje i bolest kao ljudska iskustva, a ne kao jednostavne oblike igranja uloge bolesnika. Prema mišljenju A. Schutz, zdravlje je predio ograničena značenja (Schutz, 1979.). Za pripadnike ovog pristupa bolest je nestabilan rezultat društvene komunikacije. Područje njihova interesa obuhvaća nastanak bolesti, i unutar i izvan zdravstvenog sustava.

Definicije zdravlja i bolesti temelje se ponajprije na tumačenju koje pojedinci daju o svojoj situaciji. Prema ovom pristupu, ključ društvene distribucije bolesti je područje kulture te, prema tomu, i tumačenje koje pojedinci daju o svojoj životnoj situaciji.

Prema mišljenju poznatog talijanskog medicinskog sociologa Pierpaola Donatija (1991., 60) bolest predstavlja prekid ljudskog iskustva koje karakterizira:

- potpuna nepažnja prema životu,
- eliminacija svih sumnji glede vlastita postojanja, i duhovnog i tjelesnog,
- spontano reagiranje, jer iznemoglost i smanjenje funkcionalnosti imaju za posljedicu veću pasivnost,
- specifičan gubitak komunikativnih sposobnosti te posljedično kidanje mreže socijalizacije,
- drukčije poimanje vremena i prostora, jer bolest stavlja subjekt u novo iskušenje.

Djela E. Idlera, M. Douglasa, A. Schutz i C. Herzliche zanimljiva su jednako s gledišta supkulture kao i drugih oblika liječenja.

Prema mišljenju E. Idlera, koji se nadovezuje na Schutz i M. Douglasa te na formulaciju zdravlja kao područja ograničena značenja (Idler, 1982., 16), spoznajni način odsutnosti zdravlja utemeljen je na osjetima fizičkog tipa koji se verbalnim putem mogu priopćiti tek djelomično. Sukladno tome, bolest kao područje ograničena značenja dovodi u pitanje svakodnevni život time što predstavlja udaljavanje od potpune spoznaje. Autori ovog pristupa ističu da je svijest o bolesti šira i da nadilazi čovjeka kao pojedinca, a bolest je univerzalna komponenta ljudskog iskustva unatoč činjenici da se vjerovanja, ponašanja i načini kojima se ljudi suočavaju s bolešću razlikuju s obzirom na kulturnu pripadnost (Douglas, 1977.). Iako je spoznaja bolesti kao područja ograničena značaja, racionalna i prihvatljiva, to nikako nije dovoljno. Za pojedinca svijet bolesti opstaje u širem društvenom kontekstu s kojim je duboko povezan uzročno-posljedičnim vezama.

Idler naglašava važnost Douglasova prinosa na ovom području. Ono što Douglasovu shemu čini posebno korisnom za ispitivanje zdravlja i bolesti jest činjenica da je u njoj tijelo

viđeno kao dio prirodnog svijeta. Tijelo je, naime, najposebniji dio prirode jer predstavlja susret prirodnog i društvenog svijeta. Stoga ga, sukladno ovom pristupu, uvijek treba promatrati kao odraz i izraz društva. Promjene tijekom bolesti koje ometaju karakter uobičajena svakodnevna svijeta, ometaju i društveni kontekst mijenjajući društvene odnose oboljele osobe i osoba oko oboljele osobe (Idler, 1982., 13).

Pristup E. Idlera, utemeljen na sociologiji spoznaje, važan je jer proučava svijet bolesnika u njegovu kontekstu, ali i zbog težnje da analizira bolest neovisno o liječničkoj profesiji, što nije uspjelo ni marksističkim znanstvenicima. Naime, i Parsons i Mechanic i Freidson analizirali su ponašanje bolesnika ponajprije u odnosu prema liječničkoj profesiji, primjenjujući na implicitan način medicinsku definiciju zdravlja i bolesti.

S posebnom se pozornošću valja osvrnuti na C. Herzliha i njegove suradnike sa Ecole des Hautes Etudes iz Pariza (Auge, Herzlich, 1986., 19). On predlaže nadilaženje dvaju pristupa koji u okviru sociologije svrstavaju medicinsku definiciju bolesti, odnosno biološku stvarnost zapisanu u individualno tijelo, kodiranu od medicine. Prema mišljenju C. Herzliha, ovaj pristup ne uzima u obzir činjenicu da bolest nije nikada samo skup simptoma koji nas odvođe liječniku. Bolest je događaj koji traži tumačenje koje nikad nije isključivo individualno. Riječ je o kolektivnom tumačenju koje dijeli članove određene društvene skupine, što uključuje društvo u cjelini, i govori o našem odnosu prema društvu. Društvena dimenzija bolesti je u činjenici da je njezino značenje u potpori osjećaja našeg odnosa s društvom i društvenim. Prema mišljenju Herzliha, bolest iskazana na tjelesnom planu sadržava konfliktan odnos s društvom.

U svojim znanstvenim radovima Herzlich i J. Pierret definirali su četiri tipologije društvenog manifestiranja bolesti koje uključuju odnose u svezi s radom, potrošnjom, društvenim prostorom i prirodom.

Herzlich drži da proučavanje i razumijevanje bolesti zahtijeva objašnjenje sljedećih pitanja: 1) društveno značenje oblika bolesti, tj. na koji se način i kojim simptomima opisuje značenje bolesti; 2) ulogu teorije uzročnika bolesti; 3) koje posljedice ima pripisivanje stanja i efekata bolesti pojedincima; 4) aktivnu i pasivnu ulogu bolesnika u odnosu prema liječniku; 5) shvaćanje smisla bolesti sa stajališta svakodnevice.

ZAKLJUČAK

Sociologija medicine ima dužu povijest, ali se njezin ubrzani razvoj utvrđuje pedesetih godina, a u Hrvatskoj dvadesetih godina prije te nakon njezina međunarodna priznanja. Za njezinu afirmaciju u nas važno je da se osigura usvajanje socio-

loških termina zdravlja i bolesti te navedenih pristupa, kako bi se pitanju zdravlja i bolesti pristupalo kao složenom i slojevitom problemu, po ugledu na sociologiju medicine u razvijenim zapadnim državama.

Prvim utemeljiteljem medicinske sociologije, koji je na specifičan način analizirao zdravlje i bolest, držimo E. Durkheima, francuskog filozofa i sociologa, a među najzaslužnijima za ubrzani razvoj medicinske sociologije u ovom stoljeću američkog sociologa Talcotta Parsonsa koji je, uz G. Joesa i A. C. Twaddlea, i utemeljitelj funkcionalističkog pristupa. Parsons pod zdravljem podrazumijeva sposobnost pojedinca da normalno djeluje (funkcionira) u društvu, a bolest drži nekorisnom društvenom sustavu. Liječnik, po njegovu mišljenju, mora prevladati vlastite interese, radeći za dobrobit društva i čovječanstva.

V. Navarro, kao predstavnik marksističkog pristupa, drži da se u zdravstvenom sustavu reproducira marksistička shema antagonističkih društvenih klasa u kojoj liječnici predstavljaju moć i instrumente znanja, a pacijenti predstavljaju izrabljene i podređene medicinskoj ideologiji.

Illichev radikalalan pristup, koji na neki način proizlazi iz tzv. marksističkog pristupa, razlikuje se po upućenim kritikama industrijskom društvu kao uzročniku otuđenja i bolesti. Stoga nesposobnost medicine da razumije dubok smisao bolesti. Prema mišljenju I. Illicha duboku medikalizaciju života u kapitalističkom društvu valja povezati s industrijalizacijom i tehnologizacijom od kojih potječu tri tipa jatrogeneze: klinička, društvena i kulturološka, što rezultira time da institucionalizirana medicina postaje najveća pogibelj za zdravlje. Za zdravlje i bolest kao ljudska iskustva zajednički se interesiraju znanstvenici fenomenološkog pristupa. Djela E. Idlera, M. Douglasa, A. Schutza i C. Herzlich jednako su zanimljiva s gledišta supkulture i drugih oblika liječenja. Pristup E. Idlera važan je jer proučava svijet bolesnika i nastoji analizirati bolest neovisno o liječničkoj profesiji.

Za C. Herzlich i njegove suradnike s Ecole des Hautes Etudes iz Pariza zdravlje i bolest su zasebne društvene kategorije, sazdane od liječničkog znanja i prakse. Bolest iskazana na tjelesnom planu sadržava konfliktan odnos s društvom. U svojim znanstvenim radovima C. Herzlich i J. Pierret iznijeli su četiri tipologije društvenog manifestiranja bolesti koje uključuju društveni odnos u svezi s radom, potrošnjom, društvenim vremenom, prostorom i prirodom.

Iako je proces njezina konstituiranja, kao samostalne znanstvene discipline, započeo u prošlom stoljeću, sociologija medicine po svojem nazivu, sadržaju, metodama i pristupu danas dopušta da zaključimo da je riječ o jednoj od najbrojnjih

socioloških znanosti. Budući da se opća sociologija zanima za društvene uzroke i posljedice ljudskog ponašanja, slijedi da se sociologija medicine bavi proučavanjem društvenih uzroka i posljedica za zdravlje i bolest. Osim toga, sociolozi medicine proučavaju društvene aspekte zdravlja i bolesti modernog društva. Područja njihova interesa su funkcioniranje medicinskih organizacija i institucija, ponašanje medicinskog osoblja međusobno i s pacijentom, način traženja zdravstvene pomoći i način njezina pružanja te način i kvaliteta života ljudi i način na koji se oni suočavaju s različitim bolestima poput raka, AIDS-a, bolesti srca, dijabetesa i dr., zatim kako plaćaju svoje liječenje i kako se odnose prema terapiji i uporabi moderne tehnologije, složeni odnos liječnik – pacijent, pitanje volontera u zdravstvu i dr.

Medicinskom sociologu najvažnije je da spozna što zdravlje znači ljudima, što oni čine i kako organiziraju vlastiti život u svojem mikro i makro – okružju kako bi uspostavili dobre uvjete za održanje zdravlja, odnosno, što čine oni sami i društvo u kojem žive da bolest ne bi postala uzrokom društvene marginalizacije i diskriminacije. Naime, skrb za zdravlje i govor o zdravstvenoj skrbi i sami se nalaze u nemaloj opasnosti kada postaju plijenom raznovrsnih površno i izvanjski motiviranih interesa, kao što pokazuju neki primjeri neuspješnih izlaza iz tegobne i za zdravlje opasne postkomunističke zbilje.

Istraživanja pokazuju da između društvene strukture i zdravlja i bolesti postoje brojne interakcije koje su u korelaciji s varijablom dobi, spolom, vjerom, zanimanjem, bračnim stanjem, društveno-ekonomskim statusom, etničkom i regionalnom pripadnošću, odnosima na radnom mjestu, u braku i obitelji i slično. To upućuje na zaključak da svaka kultura ima svoju specifičnu patologiju, odnosno morbiditet i mortalitet, tj. obolijevanje i umiranje, što je predmetom interesa sociologije medicine.

Za razliku od Europe, Amerike a i drugih zemalja u kojima je ovo područje sve razvijenije, sociološko-medicinski radovi u nas slabo su prisutni u sociološkoj publicistici, a malo je i empirijskih i teorijskih istraživanja koja pridonose postizanju zrelosti i profesionalne autonomnosti medicinske sociologije općenito te razvoju i afirmaciji različitih socioloških pristupa zdravlju i bolesti u njoj.

LITERATURA

- M. Auge, C. Herzlich (1986.), *Il senso del male*, Il Saggiatore, Torino.
G. Cerjan-Letica (1988.), *Suvremena medicinska sociologija: Otkud stiže i kamo smjera*, *Revija za sociologiju* 1-2, Zagreb.
W. Cockerham (1989.), *Medical Sociology*, Fourth Edition.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 7 (1998),
BR. 6 (38),
STR. 833-845

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI PRISTUPI...

- E. Durkheim (1897.), *Il suicidio*, Alcon, Pariz.
- E. Durkheim (1895.), *Les regles de methode sociologique*, Alcon, Pariz.
- P. Donati (1991.), *Manuale di Sociologia sanitaria*, Angeli, Milano.
- P. Donati (1983.), *Infanzia e salute*, Angeli, Milano.
- P. Donati (1983.), *Verso una nuova sociologia della salute*, Angeli, Milano.
- J. Erenreich (1978.), *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, *Monthly Review Press*, New York.
- H. E. Freeman (1989.), *Handbok of Medical Sociology*, Prentice Hall Enlewoods Cliffs, New York.
- I. Illich (1977.), *Nemesi medica*, Mondadori, Milano.
- M. Duoglas (1977.), *Rules and Meanings:the Antropology of Every Day Knowledge*, Penguin Books, New York.
- M. G. La Falce (1981.), *Il rapporto medico.paziente nella sociologia della medicina: materiali e documentazione*, *Quaderni di statistica Sanitaria*, 1-2., Rim.
- A. Glas (1958.), *Observation upon the Epidemiology of Mental Illness in the Family*, *Journal of Social Issues* br. 1.
- E. Idler (1982.), *Salute, malattia e sociologia sanitaria*, *Sapere* br. 854, Rim.
- I. Kuvačić (1990.), *Funkcionalizam u sociologiji*, Naprijed, Zagreb.
- D. Mechanic (1968.), *Medical Sociology*, Free Pres, N.York.
- T. A. McKown (1971.), *The role of Medicine*, Blakwell, Oxford.
- Milorad Miro Mimica (1989.), *Uvod u medicinska istraživanja*, Školska knjiga, Zagreb.
- V. Navarro (1978.), *Social Class Political Power and the Statue and their Implications in Medicine*, *Social Science and medicine* br. 10. New York.
- V. Navarro (1980.), *Work, Ideology and Science: The Case of Medicine*, *International Journal of Health Service* br. 4.
- I. Newsletter (1986.), *Sociology of Health* br. 15, New York.
- T. Parsons (1951.), *The Social System*, Free Press, Glencoe.
- T. Parsons (1972.), *Definition of Health and Illness in the Light of American Values and Structure*, u *Patients, Psychicians and illness*, Garity Yago, Free Press, New York.
- T. Parsons (1975.), *The Sick Role and the Role of the Psychician Reconsidered*, *Milbank Memorial Foundation Quarterly*, br. 53, New York.
- B. Popović (1987.), *Stanovništvo i zdravlje*, MF, Zagreb.
- J. Siegrist (1987.), *Medizinische Soziologie*, Urban & Schwarzenberg, München.
- A. Schutz (1979.), *Saggi sociologici*, Utet, Torino.
- I. Šegota (1995.), *Medicinska sociologija (udžbenik)*, Medicinski fakultet, Rijeka.
- D. Tuckett (1982.), *Introduzione alla sociologia medica*, Capelli, Bologna.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 7 (1998),
BR. 6 (38),
STR. 833-845

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI PRISTUPI...

P. K. Underhill (1984.), Verso una comprensione sociologica della medicina intesa come sistema di conoscenza, *Rasegna italiana di sociologia* br. 24, Rim.

J. Županov (1996.), Ratio i razum u suvremenoj medicini: McDoctors, članak u glasilu *Hrvatsko gospodarstvo*, godište VI, broj 79, siječanj 1996., Zagreb.

Sociological Approaches to Health and Disease

Mirko ŠTIFANIĆ
Medical Faculty, Rijeka

In this work four sociological approaches to health and disease are analysed by means of relevant foreign literature: a) functional, b) marxist, c) phenomenological, and d) radical. The authors conclude that none of these approaches separately give the solution for the research of complex relations to health and disease of an individual and social groups, i. e. society. The socio-medical approaches described help to understand the society itself and make it possible to define health policy in concrete conditions, which directly influences health and social results. The picture of health of a population, obtained by socio-medical research helps the affirmation of these cultural behavioural patterns that promote health, and the recognition of behavioural patterns that endanger health. It can be useful in carrying out the International Health Organization programme "Health for All by the Year 2000" and preserving the citizens' mental, social and reproductive health in a complex condition of transition. It can help doctors and other medical professionals find answers to more complex socio/medical, medically/ethical and medically/legal answers in public health in the 21st century.

Ein soziologischer Ansatz zur Untersuchung der Phänomene Gesundheit und Krankheit

Mirko ŠTIFANIĆ
Medizinische Fakultät, Rijeka

In vorliegender Arbeit werden anhand relevanter fachliterarischer Werke aus dem Ausland vier soziologische Ansätze zur Untersuchung der Phänomene Gesundheit und Krankheit analysiert: der a) funktionalistische, b) marxistische, c) phänomenologische und d) radikale Ansatz. Der Verfasser kommt zum Schluß, daß einzeln betrachtet keiner der Ansätze eine Lösung bietet, die einerseits die

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 7 (1998),
BR. 6 (38),
STR. 833-845

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI PRISTUPI...

Einwirkungen der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse auf Gesundheit und Krankheit des einzelnen sowie gesellschaftlicher Gruppen bzw. der Gesellschaft insgesamt und andererseits die komplexen Beziehungen dieser Phänomene untereinander beleuchtete. Die beschriebenen soziologisch-medizinischen Ansätze unterstützen die Selbsterkenntnis der Gesellschaft und ermöglichen die Bestimmung der Gesundheitspolitik in konkreten Verhältnissen, was direkt die volksgesundheitliche, aber auch die allgemeingesellschaftliche Lage beeinflußt. Die anhand soziologisch-medizinischer Untersuchungen vollzogene Ermittlung des volksgesundheitlichen Zustands hilft bei der Durchsetzung jener kulturellen Verhaltensmuster, die eine gesunde Lebensweise befürworten, sowie bei der Identifizierung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensmustern. Dies kann dazu beitragen, daß durch eine institutionell durchgeführte Reform des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik das Programm der Weltgesundheitsorganisation unter dem Motto "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" tatsächlich auch seine Verwirklichung erlebt. Auf diese Weise würde die geistige, soziale und reproduktive Gesundheit der Bürger in den schwierigen Lebensverhältnissen der Transitionsländer erhalten bleiben, und Ärzte sowie das übrige im Gesundheitswesen tätige Personal hätten es leichter, eine Antwort zu finden auf die immer komplexeren sozialen, ethischen und rechtlichen Fragen im Gesundheitswesen an der Schwelle zum 21. Jahrhundert.