

Sylva Bártlová

SOCIOLOGIE MEDICÍNY A ZDRAVOTNICTVÍ

6., PŘEPRACOVANÉ A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

Obsah

1	O sociologii medicíny	7
1.1	K historickému vývoji sociologie medicíny	7
1.2	Vymezení předmětu sociologie medicíny	14
2	Zdraví	21
2.1	Sociální vlivy na zdraví a nemoc	23
2.2	Zdraví poškozující chování v období adolescence – možnosti prevence.	28
2.3	Stabilita a změny chování poškozujícího zdraví v období dospělosti	35
2.4	Praktické závěry pro prevenci.	40
3	Nemoc v sociologickém kontextu	43
3.1	Fáze nemoci ze sociologického hlediska	44
3.2	Sociální důsledky nemoci	48
3.3	Chronické nemoci.	53
3.4	Duševní nemoci	57
3.5	Umírání a smrt	63
4	Sociologie pacienta	79
4.1	Postavení pacienta ve funkčním systému nemocnice.	82
4.2	Potřeby nemocného a jejich pokrývání	90
4.3	Rodina a její význam pro nemocného.	96
4.4	Svépomocné skupiny, laická péče a dobrovolníci.	103
5	Role lékaře	107
5.1	Medicinalizace.	114

5.2	Vztah lékař – pacient	120
5.3	Informace a komunikace ve vztahu lékaře a pacienta	124
6	Role sestry	127
6.1	Osvojení si role sestry	135
6.2	Vztah sestra – pacient	141
6.3	Vztah sestra – lékař	144
7	Společenské souvislosti a systém zdravotní péče	151
7.1	Sociální nerovnost a zdraví	151
7.2	Systém zdravotní péče v ČR.	156
	Literatura	161
	Knihy.	161
	Články	165
	Elektronické dokumenty	170
	Přílohy	171
	Příloha 1 – Schéma přirozeného rozvoje nemoci	172
	Příloha 2 – Základní fáze nemoci ze sociologického hlediska	173
	Příloha 3 – Stadia chování člověka při objevení prvních příznaků nemoci	174
	Příloha 4 – Práva pacientů.	175
	Jmenný rejstřík	177
	Věcný rejstřík	181

1 O sociologii medicíny

Historický vývoj sociologie medicíny není dosud zpracován. Je těsně spjat s vývojem medicíny a péče o zdraví. Jeho zpracování bude proto vyžadovat dílčí studie o jednotlivých etapách vývoje, než bude možné podat ucelený obraz. Následující text je proto třeba chápat jako uvedení poznatků z dosud získaných pramenů.

1.1 K historickému vývoji sociologie medicíny

Po II. světové válce dochází ke zvýšenému výzkumnému zájmu sociologů o medicínu, a to nejen ve vztahu k institucionalizaci a byrokratizaci zdravotnictví, ale i ke zkoumání lidského chování a jednání a jeho změn v nemoci a během léčení. Sledování vlivů sociálních aspektů na duševní a fyzické zdraví člověka se ukázalo naléhavé pro další rozvoj medicíny a péče o zdraví člověka. V důsledku toho se začíná v zahraničí konstituovat **zvláštní sociologická disciplína – sociologie medicíny**.

Je třeba uvést, že sociální problematikou ve vztahu ke zdraví se zabývaly dřívější generace lékařů. Zejména pak medicínská disciplína nejčastěji nazývaná **sociální lékařství** či **sociální hygiena**, která již desetiletí řeší z medicínského hlediska především sociální příčiny nemocí a zdravotní stav obyvatelstva. Pro sociologii medicíny je proto tento obor „tak říkajíc“ nejbližším partnerem a spolupracovníkem.

Z významných autorů sociálního lékařského myšlení je třeba uvést R. Virchowa (1821–1902), který ve svém časopise „Die medizinische Reform“ použil výraz „soziale Medizin“. Vycházel ze zásady, že změny ve zdravotním stavu populace a v péči o zdraví jsou podmíněny zásadními celospolečenskými změnami a každý civilizovaný stát musí zajistit svým občanům právo na péči o zdraví, ale také je třeba, aby občané aktivně o své zdraví pečovali a aby prostřednictvím demokraticky volených samosprávných institucí mohli zasahovat do péče o zdraví.

Další významnou postavou dějin sociálního lékařství byl A. Grotjahn (1869–1931), který zdůvodnil význam sociálních faktorů pro zdraví populačních a sociálních skupin a význam sociálního lékařství pro rozvoj péče o zdraví nastupujícího 20. století. Přesto, že v této době již byla známá etiologie řady nemocí, došlo k pokroku v diagnostice a terapii, nebylo dosaženo

výraznějších úspěchů v boji proti hromadnému výskytu nemocí. Některé nemoci postihovaly celé sociální vrstvy obyvatelstva, a proto se začalo používat termínů „sociální patologie“, „sociální nemoci“. Do této skupiny nemocí s výraznější sociální etiologií byla zařazována hlavně tuberkulóza, alkoholismus, pohlavní nemoci a takové jevy, jako byl hojnější výskyt mnoha infekčních nemocí, vysoká kojenecká a dětská úmrtnost apod.

Ze sociologů, kteří ovlivnili pozdější vývoj sociologie medicíny, je nutné uvést **É. Durkheima, M. Webera a představitele školy symbolického interakcionismu.**

Významné je dílo *Émila Durkheima* medicínsky-sociologického charakteru – *Le Suicide* (1897). Autor vychází z teze, že sebevražda není individuálním, nýbrž v podstatě sociálním jednáním. Každý člověk, pokud se dostane do nepříznivé konstelace sociálních vlivů, se může stát sebevrahem. Sociální fenomény probíhají, jak uvádí Durkheim, podle zákona anomie. Když ve skupině v důsledku společenské krize, války nebo exploze obyvatelstva jsou zničeny staré pořádky a představy hodnot, aniž by byly nahrazeny novými, mění se chování jednotlivců ve smyslu zvyšování počtu sebevražedného chování (anomické sebevraždy). Jednotlivec již potom nepocítuje integraci ve skupině (egoistické sebevraždy), nebo skupinové normy probíhají v rozporu s osobními zájmy (altruistické sebevraždy). Durkheimova koncepce anomie neovlivnila pouze lékařskou sociologii, nýbrž i sociální patologii.

Navazuje na ni Robert K. Merton, který v roce 1938 formuluje souvislost mezi sociální strukturou a anomii. Anomii považuje za důsledek tlaku určité sociální struktury na sociálního jedince. Projevuje se tím, že jej nutí spíše k nekonformnímu než konformnímu jednání. Na práci Mertona navazují pozdější studie k objasnění deviantního a zdraví škodlivého jednání.

Max Weber, který se jen okrajově zabýval otázkami, jež spadají do okruhu sociologie medicíny, svou prací velice přispěl k jejímu vývoji. Základním pojmem jeho sociologie je sociální jednání individuů. Poukazuje na společenskou dimenzi individuálního života. Ve svém díle též popsal moderní byrokracii a analyzoval ji v typických sociálních způsobech jednání. Odtud vede přímá cesta k moderní sociologii organizace a řízení nemocnic, k formám práce a interakce mezi pracovníky zdravotnictví a pacienty. Nemocnice jsou na první pohled přísně organizovány, takže mohou být považovány za prototyp byrokratické organizace. Svým vnitřním rozvrstvením a formální strukturou se nikterak neliší od ostatních byrokratických organizací. Sna-

zí se dosáhnout svých cílů složitou délbou práce, propracovanou hierarchií autority, řadou nařízení, stanov, směrnic apod.

Konečně musí být připomenuta **škola symbolického interakcionismu, kterou představují** George H. Mead, Charles H. Cooley, William I. Thomas a Florian Znaniecki.

Mead se věnoval především analýze procesu, v jehož průběhu se vytváří sociální Já (Self). Viděl ho v procesu interakce s druhými lidmi prostřednictvím řeči.

Cooley buduje koncepci zrcadlového Já (the looking-glass self). Člověk si buduje své mínění o sobě především tak, že se snaží pohlížet na sebe očima jiných lidí.

Koncepce těchto dvou autorů je základem pro tradiční výzkum lékařské sociologie, která zkušenosti z nemoci analyzuje prostřednictvím nemocného v kontextu společenského hodnocení.

Druhý přínos symbolického interakcionismu je především v poznání nezdravého způsobu života u dospělých. Rozličné studie ukázaly, v jak silné míře může například nejisté sociální Já v adolescenci vést k nezdravým formám chování ve formě kouření cigaret, alkoholismu atd.

Třetím příspěvkem symbolického interakcionismu jsou práce autorů W. I. Thomase a F. Znanieckeho. Podle těchto sociologů se chování jednotlivců podstatně odvíjí od sociálně kulturně definovaných situací, ve kterých se současně uskutečňuje spojení společenských hodnot a individuálního postavení. Práce obou autorů byly pro sociologii medicíny metodicky velmi významné, především proto, že vedly k novému pohledu na posuzování sociálně kulturních rozdílů symptomů nemoci a k formulování společenské definice zdraví a nemoci.

Tyto a další práce byly důležitým pramenem poznání pro **sociologii medicíny, která vznikla jako sociologická disciplína po II. světové válce v USA. Za zakladatele sociologie medicíny bývají považováni Talcott Parsons, Robert Merton, Anselm Strauss, Eliot Freidson a Howard Becker.**

Velkou úlohu sehrálo dílo Talcotta Parsonse „The Social System“ vydané v roce 1951. Parsons chápe medicínu zcela jinak, než byla chápána před tím, a to jako instituci sociální kontroly. Tím ji úžeji spojuje se sociologií. Vychází z premise, že rovnováha sociálního systému závisí na tom, jak je u jeho členů motivovaný pocit sociální povinnosti. Pokud tento pocit povinnosti souvisí s plněním jejich rolí, definuje onemocnění jako ohrožení, které umožňuje oprávněně se zbavit těchto povinností. Nemoc si z tohoto důvodu

vyžaduje oficiální společenskou regulaci. Sociálním kontrolním orgánem v procesu oficiální sankcionizace role nemocného se stává lékař. Tím, že nemocný člověk naváže kontakt s lékařem, přijme roli nemocného a může počítat se společenským uznáním svého stavu. Současně má společnost prostřednictvím lékaře možnost kontrolovat to, co ohrožuje stabilitu společenského systému a co by eventuálně mohlo vést k neplnění povinností i u dalších jedinců. Role nemocného, kterou Parsons definoval, patří k základním pojmům sociologie medicíny.

Ke konstituování sociologie medicíny přispěl i Robert Merton, který roku 1957 vydal se svými spolupracovníky knihu „The Student – Physician“. Uvedenou publikací byl vytvořen základ pro sociologii výchovy lékařů. Vysoká škola je chápána jako sociální systém, jsou osvětleny role jednotlivých členů, jakož i socializační metody, osvojení si postojů a hodnot pro budoucí profesní chování. Je sledována motivace volby povolání, způsob získávání lékařské kvalifikace, adaptace studentů vysokých škol, zkoumání faktorů, jež působí na růst odborné kvalifikace. Objevuje se zde i téma přípravy na nejistotu a její zvládání jako součást profesní socializace mediků. Významným příspěvkem je také dílo z roku 1961 – Howard Becker, Everett Hughes, Blanche Geer a Anselm Strauss – „Boys in White: Student Culture in Medical School“.

Dalším teoretikem sociologie medicíny je Eliot Freidson. V díle „Profession of Medicine“ (1972) zavedl do medicíny teorii konfliktů a ukázal na to, že jeden z nejdůležitějších specifických sociálních vztahů v této oblasti je vztah lékař – pacient. Tento vztah lze podle Freidsona analyzovat jako konflikt, protože se zde střetávají dva sociální systémy. Pacient není pasivním vykonavatelem vůle lékaře, jeho jednání je ovlivňováno celou řadou faktorů, jako typem onemocnění, kulturními návyky atd. Proto často dochází ke kolizím a konfliktům mezi lékařem a pacientem.

V Evropě se rozvinula sociologie medicíny v druhé polovině padesátých let, a to zejména ve Velké Británii a v Německu. Na začátku 60. let se k nim přidalo Polsko a Československo. Manfred Pflanz vtipně popisuje vznik západoněmecké lékařské sociologie ve stati „Die zunehmende sozialisierung der Medizin“ (1973): „Hodina zrodu lékařské sociologie jako organizovaného a částečně institucionalizovaného setkání sociologie a lékařství se dá poměrně přesně určit: 30. 1. 1958. Jako účastník téměř snadného porodu slabého, ale životaschopného předčasně narozeného novorozence mohu dnes konstatovat, že „porodník“ René König za asistence „porodní asistentky“ Margaret Tönnemannové elegantně stočili příčnou polohu

a normální cestou bez chirurgického zákroku a bez vážných komplikací mu pomohli na svět. Matka „sociologie“ se rychle vzpamatovala, avšak neprojevila žádný zvlášť živý zájem o nezralé novorozence, které by potřebovalo dlouhý čas, aby během 9–12 let mohlo společně se stejně starými novorozenci hlasitě křičet. Otec „medicína“ se dlouho pokoušel elegantně vyhnout vyživovacím povinnostem, až se dítěte, které mezitím zesílilo, ujal podivným způsobem, a to ani ne tak z pocitu otcovské povinnosti, jako spíše, aby upláchl od málo oblíbené matky.“

Z německých autorů zabývajících se otázkami sociologie medicíny jsou publikačně významní: **Manfred Pflanz, Johann Jürgen Rohde, René König, Arnold Mitscherlich, Johannes Siegrist** aj. V roce 1962 byly zveřejněny práce „Sozialer Wandel und Krankheit“ (Pflanz M.) a „Soziologie des Krankenhauses“ (Rohde J. J.).

V publikaci „Sozialer Wandel und Krankheit“ se autor zabývá problémy sociologie medicíny a vypovídá o nich jako o jednotném integrovaném celku. Podle autora začínají jednotlivé systematické výzkumy v lékařské sociologii od roku 1920. Všechny počátky předtím označuje jako předfázi, ve které docházelo ke styčným bodům mezi medicínou a sociologií především v oblasti zdravotní politiky. V rámci této předfáze se **na sklonku 19. století již objevil pojem „medicínská sociologie“**, a to u McIntire, který vypracoval její program.

Podle Rohdeho sociologie medicíny zkoumá široké pole lékařské praxe s jejími speciálními sektory a odbornými skupinami, odborné organizace a sdružení, rozmanitost jejich forem, nemocnic, klinik, ozdravoven, ošetřoven a vztahy k jejich nositeli a konečně skupiny lidí, na jejichž faktické či potenciální potřeby jako pacientů je činnost zdravotnických institucí zaměřena. Tento široce vymezený předmět má být podle Rohdeho zkoumán ze specifického zorného úhlu, a to z hlediska dvou problémů:

- jaká je změna postoje ke zdraví a chorobě vyvolaná vlivem industriální kultury a jejími důsledky,
- jaký vliv má racionální technika na strukturu a funkci zdravotnictví.

Rohde (1962) ukazuje, že cestou řešení jednotlivých problémů je třeba postupně a systematicky vytvářet sociologický pohled na zdravotnictví jako na jednu z velmi důležitých složek společenské činnosti.

Velkým podnětem k dalšímu rozvoji sociologie medicíny se staly zásadní změny v pojetí zdraví a péče o něj uplatňované ve Světové zdravotnické organizaci (SZO), zejména program „Zdraví pro všechny do roku

2000“, jehož výchozí záměr byl odsouhlasen v roce 1977 a v roce 1984 schválena jeho evropská varianta. Cílem tohoto hnutí bylo získat pro všechny lidi do roku 2000 takovou úroveň zdraví, která by jim umožnila sociální i ekonomicky produktivní život.

Od doby, kdy byla **na půdě SZO přijata definice zdraví ve formulaci: „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (infirmité)“**, rozvinul se v medicíně větší zájem o vědy behaviorální a sociální, včetně sociologie. (Holčík J, Žáček A, 1991) Výsledkem toho je mimo jiné skutečnost, že v Německu je dnes sociologie medicíny nedílnou součástí výuky na řadě lékařských fakult. V Holandsku se v roce 1986 konal v Groningene I. kongres Evropské společnosti sociologie medicíny. V roce 1998 se konala již VII. konference evropských sociologů medicíny v Rennes ve Francii. Základní otázka zněla: Co mohou očekávat politici od společenských věd v oblasti péče o zdraví, při utváření zdravotní politiky ve sjednocené Evropě, v jednotlivých státech i na lokální úrovni? V USA jsou profesionální centra sociologie medicíny vytvářena i mimo univerzity. Je tedy naprosto zřejmé, **že se ve světě dostala sociologie medicíny z původního okraje zájmu do středu pozornosti.**

Současný stav sociologie medicíny se soustřeďuje na prakticky použitelné strategie medicínské praxe a formování zdravotnické politiky. Vstupuje do interdisciplinárních výzkumů zdravotního stavu a potřeb zdravotní péče. V těchto výzkumech převládá zájem o analýzu sociálních, ekologických, kulturních a psychologických vlivů na zdraví (USA, Finsko, Švédsko, ČR). Novou oblastí se v souvislosti s přechodem k prevenci chronických civilizačních nemocí stává problematika společenské prevence a posilování zdraví. Důraz se klade na studium zdravého způsobu života a činnosti laické veřejnosti v péči o zdraví a posilování zdraví i s pomocí svépomocných skupin a různých institucí. Odpovídá tomu i postavení sociologie medicíny, jako nejmohutnější sekce evropských a amerických sociologických asociací. V současnosti existují pracoviště, především v USA a v západní Evropě, která zkoumají sociální stránku terapeutického procesu, měnícího se obrazu chorob apod. Většinou jsou součástí univerzit, lékařských fakult, farmakologických ústavů apod. Významné postavení v Evropě má anglická medicínská sociologie reprezentovaná **G. Scamblerem, D. Lockerem, D. Blanem, R. Fitzpatrickem, S. Hillierovou, M. Morganem** a dalšími (Scambler G, 1997). V jejich pracech nacházíme historická, teoretická i empirická východiska sociologie medicíny.

Jako zcela odlišnou lze charakterizovat otázku vývoje sociologie medicíny v **zemích dřívějšího socialistického bloku**. Je možno konstatovat, že tato disciplína dosáhla největšího rozvoje především v Polsku. Nelze opomenout dílo polské autorky M. Sokolowské – „Badanija socjologiczne w medycynie“ (1969).

V Československu docházelo v druhé polovině šedesátých let k dočasné renesanci sociologie, v jejímž rámci byla ustavena i sekce sociologie medicíny při Čs. sociologické společnosti. Pořádala semináře k problematice medicíny, zdravotnictví a sociologie. Lékařské a zdravotnické časopisy začaly uveřejňovat články věnované sociologii medicíny. Toto údobí je spojeno se jmény V. Tlustého, J. Keborta, J. Patery, O. Štěpánkové, I. Gladkého aj.

V lednu roku 1967 se konala na Hrubé Skále vědecká konference k problémům vědeckého řízení zdravotnictví a k otázkám sociologie zdravotnictví. Než se však mohla tato činnost výrazněji rozvinout, byla působnost sekce v důsledku politických změn zastavena. Po roce 1968 se znásobila v oblasti společenských věd nedůvěra a podezřívavost ke všemu, co nebylo oficiálně proklamováno nebo nebylo součástí tradičně uznávaných neměnných pravd. Toto, ve spojitosti s personálními změnami a dalšími faktory, vedlo i k potlačování individuálních snah o formování a řešení sociologických problémů ve zdravotnictví. Za významné práce v tomto období lze považovat analýzy systému obvodních zdravotnických služeb na reprezentativním souboru obyvatel naší republiky v letech 1970–1972 (ÚSLOZ), šetření fluktuace zdravotních sester Krajského ústavu národního zdraví (KÚNZ) v Ústí nad Labem a výzkum obvodních služeb, provedený KÚNZ v Hradci Králové. Z dalších výzkumů lze jmenovat systematické výzkumy Gladkého o potřebě zdravotní péče v ambulantních službách, studium zdravotního způsobu života (Ústav zdravotní výchovy), gerontologickou problematiku (Fakultní Thomayerova nemocnice), studium vlivů sociálních faktorů v pediatrii (Purkrábek M, 1980).

Osobní aktivity na různých pracovištích nemohly být rozhodujícím zdrojem uznání odborné disciplíny. **Možnost trvalé existence a rozvoje sociologie medicíny vzniká proto až po listopadové revoluci roku 1989** v kontextu celospolečenských změn, nových problémů a jejich řešení. I pro sociologii medicíny představuje přeměna celého zdravotnického systému, která od roku 1990 intenzivně probíhá, závažný teoretický problém. Ve zdravotnictví totiž nejde pouze o modifikaci celospolečenských norem, ke které, v té či oné míře dochází při jejich uplatňování v různých sociálně kulturních sférách. Existují **sociálně kulturní systémy**, kde jde o komplex spe-

cifických projevů a norem kultury, a za takovou sféru je pokládána právě medicína. Jde např. o **komplex úloh, hodnot, stanovisek a zvyků, o otázky autority na základě odborné kompetence, vzory chování a jednání jednotlivých skupin a jejich sociálních vztahů, rozdíl mezi „egoistickými“ a „altruistickými“ motivy činností atd. Nebudou se měnit jen role a činnosti lékaře a zdravotní sestry, ale i role pacienta a zejména vztahy lékař – pacient.** Lze se domnívat, že společenské změny podstatně ovlivní i **postoje lidí k vlastnímu zdraví a péči o něj.**

Podíváme-li se do nedávné minulosti, nemůže nám ujít paradoxní stav, kdy mnohými občany byla nemoc pokládána v jistém smyslu za výhodu. Takový jedinec často dlouhé měsíce pobýval v pracovní neschopnosti s pocitem jistoty návratu na stejné pracovní místo a odborné zařazení, které bylo určováno především jinými faktory než pracovní výkonností. Lze říci, že v takových podmínkách nebyla pro uchování zdraví ani ekonomická ani morální motivace. V podmínkách tržního hospodářství je jeho zákonům podřízena i pracovní síla. Jedním z hledisek, které určují její hodnotu, se stává i zdravotní stav, neboť podstatně ovlivňuje pracovní výkon. Ve způsobu života se vytváří nová motivace, nový komplex jednání a chování občanů ve vztahu ke zdraví. Proces přeměny systému péče o zdraví závisí tedy i na změnách ve vědomí, chování a jednání všech členů naší společnosti. Tyto i další změny nemohou probíhat úspěšně a rychle, pokud jsou ponechány živelnému průběhu. **Na úseku sociologie medicíny jde o to najít stěžejní problémy, zkoumat průběžně reflexy změn v praxi, provádět neustále dynamickou analýzu sociálních vztahů a hledat východiska k dalšímu vývoji.**

1.2 Vymezení předmětu sociologie medicíny

Sociologie medicíny jako speciální sociologie představuje vývojově jednu z nejmladších sociologických subdisciplín. Doposud se setkáváme s jejím různým pojmovým označováním, jako například sociologie medicíny, sociologie zdravotnictví, sociologie zdraví a nemoci, medicínská sociologie, lékařská sociologie apod. Přes tuto přetrvávající terminologickou nejednotnost však uvedené pojmy vyjadřují a současně i vymezují jeden obecný, základní záměr, a to zkoumat všechny spojitosti existující mezi různými oblastmi i problémy medicíny a sociologie.

Je to vědecká disciplína, jež užívá teorie a metody empirické sociologie za účelem rozboru fenoménů „zdraví“ a „nemoc“, stejně jako k ana-

lýze vztahů „zdravotnické zařízení“ a „zdravotnické povolání“ v interakci s pacientem.

Cílem je poznat a porozumět tomu, jak působí sociální vlivy na zdraví, na vznik i průběh nemoci a pochopit možnosti i hranice medicínských výkonů a jejich důsledků nejen na jedince, ale také na celou společnost (Siegrist J, 1988, s. 1).

Od sociologie medicíny se očekává pomoc zejména při řešení následujících problémů:

- účinnosti prevence,
- časného rozpoznávání nemocí,
- přiměřeného chování pacientů,
- vyváženosti lékařské péče, zda odpovídá požadavkům a potřebám pacientů,
- ohodnocení medicíny jako socioekonomického a sociokulturního subsystému společnosti.

Na řešení uvedených problémů se podílejí svými poznatky i řešeními také jiné odborné disciplíny. Jsou to zejména lékařská psychologie, psychosomatika, preventivní medicína, epidemiologie aj.

V rámci sociologie medicíny se v prvé řadě jedná o snahu porozumět především sociálnímu jednání lidí. Co však chápeme **pod pojmem sociální jednání** v rámci uvedené disciplíny? Zkoumaný fenomén sociálního jednání obsahuje 3 rozličné roviny (Siegrist J, 1988, s. 6):

- 1) faktor společenského uspořádání upevňujícího sociální pořádky:
 - sociální jednání v organizacích (např. činnost nemocnice),
 - sociální jednání jako výraz sociální role určitého povolání (např. působení lékaře),
- 2) faktor mezilidských vztahů:
 - sociální jednání jako vyjádření společenské skutečnosti (např. vyloučení nemocného z normálních běžných vztahů),
 - sociální jednání jako skupinový proces (např. sociální podpora ve skupině ve vztahovém poli),
- 3) faktor individuální připravenosti k jednání:
 - (např. rozhodnutí k jednání, směřujícímu k podpoře a upevnění zdraví).

Spolupráce medicíny a sociologie je spojena s mnoha problémy. Již v roce 1954 v knize „Science in Medicine“ zdůrazňují autoři Simons L. a Wolf H. (1954, s. 15): „Medicína se obrací na sociální vědu s žádostí o pomoc při řešení některých svých problémů. Sociální vědci odpovídají podle svých

schopností, ale jejich příprava je tak odlišná od přípravy medicínských specialistů, že pochopení otázek ve výzkumu bývá znemožněno nedostatkem spojení mezi těmito skupinami. Tato neschopnost spojení ve společný profesionální jazyk bývá často ještě ztížena rozdílností v pojmech, metodách a technikách. Navzdory těmto potížím jsou sociální vědci v rostoucí míře vyzýváni, aby zaujali místo ve vzájemně disciplinárních výzkumných týmech“. K citovanému je třeba uvést, že složitost spolupráce je rovněž ovlivňována různým stupněm rozvoje medicíny a sociologie. Lékařské vědy dnes představují soubor vysoce specializovaných oborů, i když diferenciací stále pokračuje, začínají se uplatňovat integrační snahy uvnitř oboru. Sociologie je ve stadiu, kdy se diferenciací proces teprve rozvíjí. Rostoucí význam spolupráce obou oborů (např. při výzkumech sociologického charakteru) je nutný. Svědčí o tom i to, že bezprostřední impulzy vycházejí z praxe, tj. z medicíny. (V anglosaské literatuře se používá termín „medicine“ k označení jak lékařství, jako systému vědeckých poznatků, tak i zdravotnické praxe. V tomto smyslu budeme tento termín používat v dalším textu.)

Významný pokus o systematiku lékařské sociologie udělal americký sociolog Robert Straus, když v roce 1957 rozdělil lékařskou sociologii na dva okruhy:

I. sociology of medicine,

II. sociology in medicine.

I. Sociology of medicine

Zabývá se medicínou jako společenskou institucí. Bývá překládána jako sociologie medicíny nebo sociologie zdravotnictví. Zkoumá zdravotnictví jako společenskou instituci, jeho strukturu a vztah ke společenské struktuře. V tomto okruhu jsou otázky kladeny přímo sociologicky a sociologickými metodami se snažíme nalézt odpověď. Rozdělení sociologie medicíny podle V. Tlustého (1968, s. 32–33):

- 1) sociologie zdravotnictví jako společenská instituce
 - funkce zdravotnictví ve společnosti,
 - vztah zdravotnictví k organizaci a řízení společnosti,
 - vztah zdravotnictví k některým společenským institucím,
 - ekonomická funkce zdravotnictví,
 - organizace jednotlivých složek zdravotnictví,
 - využívání jednotlivých složek zdravotnictví,
 - další členění,

- 2) sociologie zdravotnického zařízení
 - jeho organizace,
 - problémy řízení zdravotnického zařízení,
 - prestiž jednotlivých zdravotnických zařízení,
 - ekonomicko-sociologické problémy jednotlivých zdravotnických zařízení,
 - pracovní podmínky v konkrétních zdravotnických zařízeních,
 - další členění,
- 3) sociologie vnitřní struktury zdravotnických zařízení
 - vztah ekonomie a struktury zdravotnického zařízení,
 - formy řízení a autorita uvnitř zdravotnického zařízení,
 - formy sdělování informací,
 - interpersonální vztahy uvnitř zdravotnického zařízení,
 - další členění,
- 4) sociologie výchovy zdravotnického personálu
 - motivace volby povolání,
 - sociologické problémy vlastního studia,
 - další členění.

K vytvoření lepší představy o obsahu sociologického bádání v nemocnici jako jedné z nejdůležitějších částí sociologie zdravotnictví uvádí H. Schelsky tyto základní komplexy výzkumů (Schelsky H, 1958, s. 48):

- **Provozně sociologická analýza.** Zabývá se především sociálními vztahy mezi různými funkčními a odbornými skupinami navzájem i jejich vlivy na pacienta.
- **Odborně sociologická analýza.** Objasňuje zvláštní vzory chování a pracovní podmínky jednotlivých kvalifikačních skupin, jako jsou lékaři, sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci a administrativní aparát, jejich sociální výběr, vzdělání a prestiž, také jejich zájmové stavy za napětí mezi tradicí a novými funkčními požadavky na tato povolání.
- **Pracovně sociologické hledisko.** Vliv moderní techniky a jejích aparatur na sociální a odborné chování těch, kteří s ní pracují.
- **Výzkum vzájemných účinků mezi nemocnicí a jejím prostředím.** Jde o dva komplexy problémů: o určení role nemocnice ve zdravotnictví a o vztah nemocnice k všeobecnému sociálnímu prostředí.

Z názorů Schelského si můžeme udělat určitou představu o úkolech a obsahu sociologie zdravotnictví.

II. Sociology in medicine

Zabývá se sociálními podmínkami vzniku onemocnění. O sociologii v medicíně se často hovoří jako o sociologii lékařství nebo lékařské sociologii. Otázky, které lékařská sociologie řeší, jsou položeny medicínsky, sociologie na ně odpovídá; sociologie zde jednoznačně působí jako pomocná věda.

Sociologii v medicíně je možné rozdělit takto:

- 1) sociologické problémy civilizačních chorob
 - sociologické otázky srdečních chorob,
 - sociologická problematika cévních chorob,
 - novotvary,
 - vliv životního stylu na utváření tzv. civilizačních chorob,
 - podíl stravy při vzniku těchto chorob,
 - sociální problematika pohlavních chorob,
 - další členění,
- 2) sociologická problematika tzv. návykových onemocnění
 - sociální problémy alkoholismu,
 - sociální otázky narkomanie,
 - sociologické podmínky vzniku tzv. lékové závislosti,
 - problémy kouření a jejich vztah k sociálním aspektům,
 - další členění,
- 3) sociologické otázky psychických onemocnění
 - problémy duševních chorob,
 - sociologické podmínky frustrace,
 - suicidia ze sociologického hlediska,
 - další členění,
- 4) sociologické problémy úrazů a chorob z povolání
 - další členění.

Toto základní rozdělení bylo velmi brzy přijato a rozšířeno celou řadou badatelů. I když se názor na toto členění v mezidobí trochu změnil (protože

dnes již hranice mezi „of“ a „in“ v některých výzkumech není jasná), zůstává nadále užitečné, hlavně při pokusech vymezit a charakterizovat problematiku rychle a stručně.

Složitost vymezení předmětu sociologie medicíny je přirozená, neboť to souvisí s rozvojem samé disciplíny. Je to obtížné i proto, že jde o disciplínu, jejíž předmět existuje na rozhraní více vědních oborů. Přesto si společenský význam této problematiky v posledních desetiletích vynutil, že i přes rozdíly v pojetí předmětu se sociologie medicíny vyvíjela jako relativně samostatná akademická disciplína, jejíž podstatné pole působnosti spočívá ve výzkumné a výukové činnosti.

Z předcházejícího textu plyne, že **obor sociologie medicíny nebyl uměle zkonstruován, ale vznikl přirozeně s vývojem medicíny a péče o zdraví. Je dnes uznávaným oborem**, o čemž svědčí zejména jeho zařazení do lékařského studia. **Tomu odpovídají i teoretická řešení jednotlivých problémů**, vědecké monografie a studie mnohých významných lékařů a sociologů. Jak plyne z historie sociologie medicíny, její význam není třeba uměle zdůvodňovat. Sociologie medicíny bývá často rozvíjena buď jako subdisciplína sociálního lékařství (německý model), nebo veřejného zdravotnictví (anglosaský model), nebo se může stát samostatnou subdisciplínou sociologie stojící nezávisle mimo rezort zdravotnictví (polský model) (Janečková H, 1997, s. 13).

Další perspektiva tohoto oboru je žádoucí a náročná, vezmeme-li v úvahu, že se **dnes dokonce hovoří o medicinalizaci a medicinalizačních snahách v různých oblastech života, spočívajících především v rozšiřování definice nemoci i lékařské kompetence, a to v mnoha případech spojených se sociálními faktory či situací**. Pochopit současný stav je však možné jedině na základě znalosti předcházejícího vývoje.

2 Zdraví

Definování zdraví je složitý a multidimenzionální problém. Někteří autoři se dokonce domnívají, že nelze zdraví definovat.

Velmi rozšířené pojetí zdraví člověka vychází z definice, která je od roku 1948 obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizace: „**Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (infirmité)** (Holčík J, Žáček A, 1991, s. 34). Tato definice pokládá lidské zdraví za relativně složitý systém, v němž subsystémy fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek.

Slabou stránkou pojetí zdraví, vycházejících z této definice, je, že obsah definice se opírá především o subjektivní pocity člověka. To způsobuje, že ve všech těchto pojetích existuje ve větší či menší míře určitá obsahová neurčitost, kterou způsobuje neurčitost samotného pojmu „pohoda“.

(I když je třeba podotknout, že moderní medicína zahrnuje subjektivitu, lidskou psychiku, emoce, pocity, jako integrální součást lidského zdraví). Stejně tak adjektivum „úplná“ propůjčuje v jednotlivých odvozených teoriích pojmu zdraví jakousi dokonalost, neměnnost, konečnou hodnotu. Postaví nám však běžná každodenní zkušenost, která zcela jednoznačně vede k poznání, že někdo má zdraví lepší, druhý horší.

Přes kritické výhrady je třeba na této definici a z ní odvozených teoriích zdraví člověka kladně hodnotit skutečnost, že zdraví je zde vymežováno třemi navzájem rovnocennými složkami – tělesnou, duševní a sociální. To, co činí definici SZO tak užitečnou, je, že tyto tři zmíněné oblasti, které jsou analyticky oddělitelné, spojuje ve skutečnosti, v reálné existenci propojený, strukturovaný a dynamický systém. S pomocí těchto tří rovin se **pojem zdraví člověka s konečnou platností vymanol z tradičního biologizujícího pojetí**, které se v medicíně v minulosti hluboce zakořenilo. Zároveň tato vícerozměrnost vymezení zdraví člověka umožňuje učinit závěr, že **jde o jev, který se vztahuje nikoliv na samostatně existující individuum, nýbrž na individuum neoddělitelně spjaté se sociálním prostředím**. Zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. Zdraví lidí je podmíněno tím, do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních i v celé společnosti.

Zdraví je často definováno v termínech schopnosti individua plnit svoje společenské úlohy. T. Parsons (1972) definuje zdraví jako „**stav optimální kapacity individua účinně vykonávat své role a povinnosti**“.

Německý sociolog K. Winter (1975) definuje zdraví jako „**stav, který dovoluje, aby se podle individuality a životních stadií splnilo očekávání společnosti k její spokojenosti i ke spokojenosti jedince ve vztahu k sociální roli**“.

V této definici se objevují nová upřesňující zorná hlediska, která umožňují plnější pochopení problematiky zdraví člověka jako určité životní události – formy projevu života člověka, která je přímo spjata s jeho složitou organizací. Konkrétně jde o použití **pojmu „stav“ a „životní stadium“**. Zavedením pojmu „stav“ do problematiky zdraví člověka umožňuje pochopit zdraví člověka jako okamžitý stav i jako proces, v němž se člověk dokáže přizpůsobovat. A právě toto přizpůsobování nárokům okolního přírodního a sociálního prostředí je důvodem toho, že **zdraví člověka nelze chápat jinak než jako dynamickou skutečnost**. Zdraví tedy nelze chápat jako něco definitivního, něco, v čem lze nalézt „změřitelný konec“, ale jako proces, v němž je možný maximální rozvoj daných možností organismu. Jako životní proces se zdraví mění okamžik od okamžiku spolu s proměnami systému organismus – prostředí.

Velice rozšířená je u nás definice R. Bureše (1960), který definoval zdraví jako „**potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí**“. Proto rozeznáváme různé stupně zdraví podle přizpůsobivosti organismu různě náročným prostředím. Potenciál organismu se mění nejen spontánně, ale lze ho i cílevědomě zvětšovat (např. výchovou, výživou, otužováním, očkováním apod.) a vytvářet tak „pozitivní zdraví“ (Holčík J, Žáček A, 1991, s. 35).

Pojem **pozitivní zdraví** lze spojit s novým filozofickým náhledem na vztah zdraví vůči nemoci, který od roku 1979 prosazuje prof. A. Antonowsky. Tento izraelský autor, původním povoláním sociolog pracující ve zdravotnictví, se zajímal o problematiku sociálních vlivů na udržení dobrého zdravotního stavu nebo na vznik nemoci. Obrátil medicínskou otázku formulací dotazu, proč člověk neonemocní, a to i tehdy, jsou-li přítomny zcela určité objektivně prokazatelné patogenní faktory. Místo na patogenezi, která zkoumá rizikové faktory nemocí, se zaměřil na **salutogenezi**, tj. hledání faktorů, které podporují pohyb směrem ke zdraví. Mezi nejdůležitější řadí osobní autonomie, důvěru ve svět a lidi kolem nás, pocit smysluplnosti živo-