

1. Introducere în Sociologia medicală

Termenul de sociologie medicală a apărut pentru prima dată în 1894, într-un articol medical al lui Charles McIntire care vorbea despre importanța factorilor sociali în sănătate. Alte lucrări timpurii ale medicilor au inclus eseuri despre relația dintre medicină și societate în 1902 de Elizabeth Blackwell, prima femeie care a absolvit o școală americană de medicină (Geneva Medical College din New York) și James Warbasse, care a scris o carte în 1909 numită Sociologie medicală vorbind despre medici ca o clasă socială unitară. Warbasse a organizat, de asemenea, o secțiune de sociologie pentru Asociația Americană de Sănătate Publică în 1909, asociație care nu avea sociologi și era alcătuită aproape în întregime din medici și asistenți medicali (Bloom, 2002). Durkheim, Marx, Max Weber și alți mari teoreticieni sociologi clasici nu s-au preocupat de rolul medicinei în societate și nici de comportamentul social legat de sănătate. Sociologia medicală nu a apărut ca domeniu de studiu în sociologie până la sfârșitul anilor '40 și nu a atins un nivel semnificativ de dezvoltare până în anii '60. Prin urmare, domeniul s-a dezvoltat relativ târziu în evoluția sociologiei ca subiect academic major și nu avea până atunci cercetări despre sănătate și boală din partea teoreticienilor clasici. În consecință, sociologia medicală s-a format într-un climat intelectual diferit de specialitățile mai tradiționale ale sociologiei, care avea legături directe cu gândirea socială din secolul al XIX-lea și începutul secolului XX. Drept urmare, s-a confruntat cu un set de circumstanțe în dezvoltarea sa diferită de cea a majorității altor sub-discipline sociologice majore (Cockerham, 2017).

În context de sociologie medicală, ne putem apleca asupra a trei abordări teoretice: abordarea structural-funcțională, abordarea conflictului social și abordarea interacțiunii simbolice. Printre autorii care au pus bazele acestei abordări îi regăsim pe Emile Durkheim, A.R. Radcliffe-Brown, Herbert Spencer, Talcott Parsons (1951) și Robert Merton (apud Berger, 1966) Abordarea structural-funcțională este o paradigmă de gândire care vede societatea ca pe un sistem complex ale cărui componente lucrează împreună pentru a promova solidaritatea și stabilitatea. Principalele concepte cu care această abordare operează sunt: coeziunea socială, inegalitatea socială, interdependența și echilibrul.

Asumpțiile funcționaliste sunt legate de faptul că societățile caută să găsească un echilibru, instituțiile sunt elemente distincte și trebuie studiate ca atare. Structuraliștii precizează că instituțiile nu pot fi studiate individual pentru simplul motiv că acestea nu sunt într-o independență față de alte instituții ci sunt mai degrabă interconectate existând o rețea de relații între instituții. Aceasta este o temă centrală pentru că analizează și pune în centrul analizei elementele din societate care împărtășesc un set comun de valori și principii precum instituții, organizații și indivizi, elemente ce se află într-o relație de interdependență. Inegalitățile sociale reprezintă toate situațiile în care, într-o societate, indivizii nu au un status social egal. În aceasta abordare societatea are nevoie de inegalități, acestea fiind o posibilă explicație pentru creșterea nivelului de motivație pentru oameni de a-și depăși condiția (Berger, 1966).

Termenul determinanții sociali ai sănătății se referă la practicile și condițiile sociale (stilul de viață, situațiile de viață și de muncă), poziția clasei (venit, educație și ocupație), circumstanțe stresante, sărăcie și discriminare, împreună cu cele economice (șomaj, recesiuni de afaceri), politice (politici, beneficii guvernamentale) și factori religioși care afectează sănătatea indivizilor, grupurilor și comunităților, pozitiv sau negativ. Determinanții sociali nu numai că favorizează boala și dizabilitatea, dar îmbunătățesc și perspectivele de a face față sau de a preveni boala și de a menține sănătatea. Odată considerate ca fiind influențe secundare sau îndepărtate în relație cu sănătatea și boala, acum se pare că aceste conexiuni sociale pot fi o cauză fundamentală a problemelor de sănătate (Bloom, 2002).

Definirea sociologiei depinde foarte mult de cadrul conceptual în care fiecare sociolog operează cu definiții general acceptate. Este bine de știut că societatea nu este un fapt empiric și nu ține de științele naturale. Încă de la început ne atrage atenția o analogie care poate aduce mai multă claritate pentru acest capitol și pentru o mai bună înțelegere a sociologiei medicale. Este vorba de Peter Berger (1966) care în lucrările sale introduce o perspectivă despre societate și indivizii care construiesc realitatea socială. Sociologul prezintă realitatea socială ca fiind o închisoare unde fiecare om este subiectul mai multor presiuni resimțite din cauza „zidurilor” construite de membrii societății care astfel încep să se comporte asemenea unor „păpuși de teatru”. În contextul manifestării voinței proprii, societatea devine un teatru sau o scenă unde în funcție de actori și rolurile lor, poate deveni un circ sau un carnaval. Drama este de asemenea prezentă pe scenă fapt care atrage după sine un comportament moral și sincer (Berger, 1966).

Conform teoriilor lui Berger (1966) sociologia are rolul de a înțelege fenomenele sociale care apar pe scenă, cu precădere: interacțiunile umane și complexitatea relațiilor care apar, instituțiile sociale dar și valorile care schimbă societatea. Preocuparea majoră este de a explica multidimensionalitatea sociologiei în raport cu conștiința celor care o folosesc și care cere o înțelegere a faptului că realitatea socială nu este mereu obiectivă. Astfel, Berger ne spune că

sociologia se construiește în raport cu ființe vii care sunt subiective și totodată metodologia are o mare componentă de interpretare. Mergând mai departe cu analiza teoriei reținem faptul că fiecare individ, deși are voință proprie, este un jucător pe o scenă unde rolul și replicile îi sunt dictate de modul în care toți actorii au construit scena. Extragem de aici că societatea ne ghidează deciziile așa cum anotimpurile ne influențează stilul vestimentar. Sociologia este studiul sistematic al societății umane iar principalul scop este de a identifica un model general aplicabil în contexte individuale. Cunoașterea în sociologie este legată de schimbarea socială prin faptul că există o legătură de genul schimbarea socială încurajează gândirea sociologică, iar cea din urmă poate genera la rândul ei schimbare socială. Cu alte cuvinte, cu cât învățăm mai multe despre sistem, cu atât vom dori să îl schimbăm într-un anume fel. Dorința de a pune observațiile celor care vor să studieze societatea în elemente ușor de înțeles, generează teoriile. Teoria reprezintă un adevăr care ne spune cum și de ce anumite lucruri se întâmplă, scopul acestuia fiind de a explica comportamentul indivizilor în viața reală. Structura socială este cea care generează stabilitatea în comportamentele sociale, abordarea încercând astfel să identifice acele modele în baza cărora funcționează societatea iar funcția de bază a structurilor este să perpetueze normele sociale. Structurile sociale dau formă vieții noastre, de exemplu, în familii, comunitate și prin organizații religioase. Fiecare structură socială are funcții sociale sau consecințe pentru funcționarea societății în ansamblu. Funcționalismul afirmă că societatea este asemenea unui organism, alcătuită din diferite părți care lucrează împreună. Astfel, una dintre ideile cheie ale funcționalismului structural este aceea că societatea este formată din grupuri sau instituții, care sunt coezive, împărtășesc norme comune și au o cultură definitivă. Funcționalismul reprezintă aspectele mai degrabă statice și concrete ale societății, un exemplu fiind guvernarea. Trebuie să nu oitem faptul că și grupurile suficient de mari pot fi văzute ca o instituție din perspectiva structural-funcționalistă, fiind un factor explicativ al modului în care se organizează oamenii. Un element cheie din toată teoria lui Merton (apud Bloom, 2002) este că societățile caută continuu să găsească un echilibru și să devină coezive. Funcționalismul structural reușește să explice modul în care anumite aspecte ale societății se perpetuează, în ciuda unor demonstrații care arată că acestea sunt în mod clar mai puțin benefice pentru societate în ansamblul ei. Principala critică este că funcționalismul structural nu are cum să explice opoziția față de instituțiile sociale și structura socială a celor oprimați (Bradby, 2012).

Abordarea conflictului social, plecând de la problemele sociale care sunt observate în fiecare societate, atrage atenția asupra inegalităților, subiectul în jurul căruia Karl Marx și Friedrich Engels (apud Cockerham, 2017) au reușit să vină cu o nouă perspectivă ce va deveni ulterior o abordare în sociologie. Aceasta abordare este văzută ca un contrapunct al abordării funcționaliste, abordare ce a dominat sociologia și teoriile sale înainte de 1960. Teoria conflictului lui Marx (1975) s-a concentrat în

special pe cauzele și efectele conflictului dintre clase, într-o perioadă în care capitalismul prindea tot mai mult teren în Europa, arătând implicațiile politice, economice și sociale ale acestei schimbări sociale. Totodată, conflictul dintre burghezie și proletari a deschis discuția despre existența unei minorități ce deține puterea asupra unei majorități iar conflictul apare în distribuția resurselor și în relația dintre cele două clase. În timp ce clasa inferioară - în contradicție cu clasa superioară - are interese foarte diferite, clasa superioară va încerca să-și păstreze privilegiile, puterea, statutul și poziția socială. Prin urmare, va încerca să influențeze politica, educația și alte instituții pentru a proteja și limita accesul la formele lor de capital și resurse. Marx sugera că în sistemul capitalist, chiar dacă se rezolvă un conflict - sistemul va genera un nou conflict iar rezolvarea nu stă în eliminarea simptomelor ci în schimbarea sistemului. De reținut este și viziunea conform căreia diferitele instituții ale societății, cum ar fi sistemul juridic și politic, sunt instrumente de dominare a clasei conducătoare și servesc la promovarea intereselor sale (Bradby, 2012).

În paralel, Weber (apud Bradby, 2012) descrie clasa socială ca fiind legată de termenii economici argumentând că în economiile libere indivizii au scopul de obține câștig ceea ce duce în final la o diferențiere între indivizi prin comparație între ceea ce câștigă. În acest sens, clasa devine de fapt poziționarea unui individ în funcție de veniturile pe care acesta le are. Cei care aparțin aceleiași clase sociale au șanse similare în viață, statutul economic fiind direct proporțional cu capacitatea indivizilor de a obține toate lucrurile dezirabile din punct de vedere social. Abordarea interacționismului simbolic este o abordare ce se axează în special pe nivelul micro al societății, încercând să identifice interacțiunile sociale în condiții specifice. Aceasta abordare analizează societatea prin prisma diferitelor înțelesuri pe care indivizii le oferă obiectelor, evenimentelor și comportamentelor. Un tipar de comportament își găsește explicația în înțelesurile/interpretările date de indivizi luând în considerare faptul că oamenii se comportă în concordanță cu ceea ce ei cred, societatea construindu-se în jurul acestor interpretări. De asemenea comportamentul este și un instrument prin care oamenii se evaluează între ei iar interpretările mai sunt denumite uneori și definirea situației pentru că nu fac altceva decât să interpreteze o anumită situație. Prin intermediul teoriei se explică modul în care indivizii își dezvoltă un set complex de simboluri prin care ei descifrează lumea și viața. Senturile pe care le construiesc indivizii sunt modelate din interacțiunile cu societatea iar aceste interacțiuni sunt interpretate subiectiv de ei pentru a se potrivi cu simbolurile existente. Interacționismul simbolic articulează că indivizii își construiesc un sentiment de identitate de sine prin aceste interacțiuni cu societatea. Dacă trebuie să înțelegem tiparele comportamentale ale societății, trebuie să înțelegem simbolurile existente deoarece toate interacțiunile care au modelat simbolurile creează/lucrează ca o structură socială. În cele din urmă societatea este definită prin intermediul realității pe care oamenii o construiesc ca urmare a interacțiunilor dintre ei (Cockerham, 2017).

Cu aceste abordări în minte, mergem mai departe și deschidem subiectul de sociologie medicală. Cele trei abordări sunt cele care au construit sociologia medicală ca ramură a sociologiei și vom vedea în cele ce urmează care sunt conceptele cu care aceasta operează. Sociologia medicală, conform definiției dată de Cockerham (2017), reprezintă **studiul cauzelor și consecințelor sănătății și bolii**. Fiind o ramură complexă cu implicații în multe sfere ale vieții sociale este necesară o abordare multidisciplinară, având legături puternice cu epidemiologia, medicina socială, medicina de prevenție, sănătatea publică, filosofia, istoria, economia, antropologia, științele politice și multe altele. Sociologia medicală, în funcție de abordări și obiectul de studiu se poate împărți la rândul ei în: sociologia medicinei, sociologie în medicină și sociologia sănătății. Pentru a putea face o mai bună delimitare între cele trei sunt necesare câteva exemple pentru a înțelege care sunt obiectele de studiu ale fiecăreia. Astfel, sociologia medicinei se concentrează pe construcția socială a informației medicale, pe sistemul de îngrijiri sau sistemul de sănătate dar și pe funcțiile sociale ale instituțiilor medicale. Sociologia în medicină se va axa mai degrabă pe relația pacient-medic, complianța la tratament, comportamentul pacienților, rol și status al bolnavilor, socializarea profesională, valori și simboluri. Cea din urmă, sociologia sănătății se va concentra în primul rând pe prevenție primară, pe legătura dintre stratificarea socială și gradul de sănătate al indivizilor, pe promovarea sănătății precum și pe legătura dintre problemele sociale și sănătate (Twaddle, 1982).

Mai departe este necesar să aprofundăm ariile și conceptele cheie cu care sociologia medicală operează, pentru a putea desluși temele de cercetare ale acesteia. Jonatan Gabe, Mike Buyr și Mary Ann Elston (2004) fac o trecere în revistă a acestor concepte descoperind următoarele: epidemiologia socială, răspunsurile socioculturale cu privire la starea de sănătate și boală, relația dintre medic și pacient, spitalul ca instituție de studiu, organizarea sistemului de sănătate, modul în care sunt folosite serviciile medicale, nivelul de alfabetizare medicală, relația dintre clasă socială /etnicitate/gen și sănătate, inegalitățile care apar în sectorul medical, sociologia stresului, sociologia specializărilor medicale, psihiatria socială și sănătatea mintală, politicile sociale și sistemul de îngrijiri, sociologia corpului cu accent pe bolile cronice și dizabilități, fenomenul de îmbătrânire, felul în care este percepută moartea, istoria socială a sănătății și modului în care a evoluat „vindecarea”.

Un foarte bun exemplu despre cum analizează sociologia medicală aceste concepte este cel de legătură dintre factorii sociali și apariția bolii. Astfel, pentru a vedea existența unui model este necesară, în primul rând, definirea bolii și a stării de sănătate iar când vine vorba de boală, în loc de măsurarea sănătății vom măsura frecvența cu care aceasta apare. Prin introducerea elementului *factori sociali* – vom putea determina sau măsura frecvența cu care boala apare într-o anumită categorie de populație. Dacă în trecut cauzele morții erau asociate epidemiilor, în prezent, în societățile civilizate, folosim conceptul de boli cauzate de gradul de civilizare. Aceste

„civilisation illnesses” reprezintă toate bolile a căror apariție este asociată stilului de viață, fiind o urmare a comportamentelor umane transformate de gradul de civilizație al societății în care indivizii trăiesc. Plecând de aici, sociologia medicală va încerca să identifice acei factori sociali care determină apariția anumitor boli, factori care mai sunt descriși ca fiind și factori de mediu (Cockerham, 2017).

Sociologia medicală a preluat din epidemiologie modul în care măsurăm starea de sănătate și boală, folosind metode, instrumente și termeni identici: mortalitate, morbiditate, incidență, prevalență, speranță de viață. Mortalitatea reprezintă confirmarea unei boli și decesul pus pe urma acestei boli, fiind numărul de decese dintr-o populație având aceeași cauză (o boală). Morbiditatea reprezintă gradul de îmbolnăvire în rândul unei populații pentru o anumită boală și este un indicator util în a măsura patologiile unde rata de deces este mică (Cockerham, 2017). Incidența este numărul de cazuri noi pentru o anumită patologie, într-o anumită perioadă de timp, iar prevalența este numărul existent de cazuri existent la un moment dat (fiind util în a arăta dimensiunea fenomenului). Ambele pot fi calculate raportat la populația la care se referă și astfel se vor obține rate utile în a vedea statistici longitudinale. Riscul este un alt indicator care măsoară probabilitatea ca o persoană să dezvolte o anumită boală într-un anumit timp de observație. Riscul este folosit în special în a identifica populațiile la risc, acestea fiind de fapt acele straturi sociale sau categorii de populație susceptibile de a dezvolta o anumită boală. Provocările acestui tip de calcul sunt de cele mai multe ori legate de estimarea mărimii acestor populații (Cockerham, 2017).

Nu am discuta despre acești indicatori dacă nu am avea inegalități sociale, relație care impune o discuție despre ce sunt aceste inegalități și cum generează acestea formarea unor populații aflate la risc de a dezvolta anumite boli (ex. anumite minorități sunt mai expuse în a contracta anumite virusuri). Inegalitățile reprezintă diferențele dintre diferite categorii de indivizi iar în acest context se referă în special la accesul acestora la servicii medicale, la educație medicală (și educație în sens larg) dar și accesul la resurse economice, resurse care generează modele comportamentale. Într-o societate stratificată, fiecare individ se plasează pe o scară și are o anumită poziție socioeconomică, poziție care îl plasează și pe o scară valorică într-un sens metaforic. Există totuși o distincție între ce înseamnă inegalitățile raportate la indivizi, grupuri dintr-o populație și grupuri care ocupă poziții înalte în societate (Bradby, 2012).

Medicina, așa cum o cunoaștem astăzi, este suma proceselor de schimbare și dezvoltare prin care a trecut de-a lungul timpului, ajungând de la credințe și obiceiuri, prin intermediul științei, la ceea ce este general acceptat, biomedicina. Biomedicina este principala abordare prin care sunt interpretate astăzi atât starea de sănătate cât și bolile în culturile occidentale. Biomedicina este de fapt un model explicativ prin care oamenii de știință, folosind dualismul corp-minte, metafora mecanică unde corpul este văzut ca o mașină, imperativul tehnologic și

reducționismul pentru a explica modificări structurale la nivelul corpului. În acest fel au încercat să găsească soluții în a combate/elimina sau trata aceste părți defecte (Bradby, 2012).

Sistemul Social al lui Talcott Parsons reprezintă o carte de referință pentru sociologia medicală deoarece vorbește despre „the sick role”. Sănătatea este o nevoie funcțională a fiecărui individ ceea ce generează un interes funcțional al societății în a controla nivelul bolilor care apar (Parsons, 1951, p. 430). Cele patru aspecte de bază dezvoltate de Parsons (1951) sunt: exceptarea celor bolnavi de la obligația față de responsabilitățile sociale, lipsa responsabilității față de starea în care este individul, recunoașterea faptului că a fi bolnav nu este ceva de dorit motiv pentru care va apărea motivația de a te vindeca și obligația de a căuta ajutor competent (Parsons, 1951). Modelul lui Parsons (1951) a fost aspru criticat, iar opiniile sale nu mai sunt larg acceptate. Cu toate acestea, el a furnizat o abordare teoretică pentru sociologia medicală care a adus sub-disciplinei recunoașterea intelectuală de care avea nevoie în dezvoltarea sa timpurie în Statele Unite. Acest lucru se datorează faptului că sprijinul instituțional pentru sociologia din America a fost în universități, unde domeniul a fost stabilit mai ferm decât în alte părți ale lumii. Fără legitimitate academică și participarea ulterioară a sociologilor universitari consacrați în anii '60, precum Robert Merton și Erving Goffman (apud Cockerham, 2017), care au publicat cercetări în domeniu, sociologia medicală nu ar avea credințele profesionale timpurii și statutul pe care îl are în prezent atât în mediul academic, cât și în cel aplicat. Opiniile lui Parsons (1951) asupra societății pot să nu fie paradigma optimă pentru explicarea bolii, dar Parsons (1951) a avut un rol foarte important în apariția sociologiei medicale ca domeniu academic.

Cadrelle teoretice ce derivă din sociologie sunt cele mai predominante în studiile legate sănătate și sociologia medicală. Teoria socială este o cheie atribuită sociologiei sănătății și a medicinei și este privită distinctiv față de alte abordări social științifice. Începuturile sociologiei medicale sunt contestate și disputate în legătură cu cine au fost personajele cheie. Foucault este considerat tatăl fondator, dar nu este deloc neglijată semnificația muncii lui Talcott Parsons (1951) pentru dezvoltarea ulterioară a sociologiei medicale ca și punct de cercetare recunoscut de alte discipline. Parsons (1951) oferă sociologiei medicale o respectabilă abordare academică oferindu-i o orientare teoretică inedită în forma unui funcționalism structural, atrăgând atenția într-o zonă ca și ancheta socială. Durkheim vedea problema fundamentală socială ca fiind dorințele umane nelimitate în fața unor resurse finite. Rolul controlului de sine internalizat menține un ordin social funcțional. Parsons (1951) a căutat să analizeze comportamentul individual în contextul unei scale mai mari a sistemului social și legătura dintre acestea prin modele variabile unde fiecare structură este parte a unui sistem de interacțiuni. Un nivel ridicat a sănătății populației a fost, în opinia lui Parsons (1951), cheia resursei sociale pentru buna funcționalitate a societății, militând ca medicina să lucreze și să mențină un nivel

favorabil de sănătate a populației. Când o persoană bolnavă necesită renunțarea la rolurile sociale normale, el sau ea așteaptă să viziteze un doctor și aceasta întâlnire implică un set normativ din perspectiva ambelor roluri. Rolul bolnavului implică privilegiul unui pat de odihnă și suspendare activităților domestice cu condiția ajutorului profesionist extern și a unei cooperări depline. Acesta a văzut obligația pacientului de a face efortul de a se recupera ca fiind singura modalitate prin care individul se reîntoarce la a performa rolul său social normal cât se poate de rapid. Propoziția teoretică a lui Parsons (1951) descrie funcția instituțiilor de a menține o stabilitate socială, apoi acestea sunt regulile care sunt necesare medicinei de urmat. Parsons (1951) este acreditat să ne ofere o abordare sociologică teoretică de a înțelege actul medical ca o întâlnire socială. Severitatea, familiaritatea și probabilitatea de a te recupera după o boală sunt totodată factori ce pot influența foarte ușor pacientul care a internalizat rolul bolnavului. Modelul lui Parsons (1951) stipulează rolul bolnavului ca fiind unul temporal, o prezumție că ocuparea acestui rol să fie rezolvată rapid fiind urmată de reluarea atribuțiilor sociale. Parsons (1951) nu a fost interesat de boală ca și condiție trupească, ci s-a concentrat mai mult pe reglementarea rolurilor sociale arătând că odată cu debutul unor simptome, oamenii adoptă un rol pasiv și supus, acestea fiind trăsăturile rolului de pacient.

În termeni antropologici, sănătatea este văzută ca un construct cultural amplu ce vizează bunăstarea fizică, psihică și socială, având un rol funcționalist. Conceptul nu poate fi analizat fără a fi pus în legătură cu conceptul de „boală”, concept care poate fi descris ca fiind o modificare fizică sau psihică și/sau o modificare a parametrilor biomedicali. Totodată nu boala este cea care activează comportamentul oamenilor de a căuta suport ci „îmbolnăvirea”, termen care poate fi explicat ca fiind o experiență personală de schimbare a indicatorilor biomedicali și de apariție a unei suferințe (Hahn apud. Ember, 2004). În lupta cu boala/îmbolnăvirea, în funcție de specificul cultural, la nivelul individului pot apărea probleme la nivel somatic, mental și/sau suferințe din considerente ce țin de „soartă” și/sau „nenoroc” (Hahn apud. Ember, 2004). O critică des întâlnită adusă dihotomiei boală/îmbolnăvire este aceea că ambele sunt localizate sau experimentate la nivel individual însă acestea nu pot fi analizate fără un context. Din acest motiv cercetătorii realizează o corelație directă între aceste suferințe individuale și aspecte ce țin de procese, evenimente, ordinea socială, problemele de sănătate publică și/sau ineficiența sistemelor de sănătate (Waitzkin apud Ember, 2004).

Așa cum istoricii au arătat că epidemiile sunt evenimente sociale care, dincolo de aspectele medicale, necesită înțelegerea sistemelor sociale prin care boala s-a multiplicat, studiile antropologice ale infecțiilor emergente caută să explice și să înțeleagă felul în care aceste epidemii sunt integrate în relații economice și ancorate în sistemele sociale. Relațiile sociale configurează expunerea în fața riscurilor, transmiterii și susceptibilității ceea ce face ca epidemiile să aibă drept cauze relațiile sociale patogene (Ranger & Slack apud Ember, 2004).