

Живот с болестта

Социологически (теоретични) подходи за изучаване на проблема

Living With a Disease

Sociological (theoretical) approaches for studying the problem

Клара Докова¹, Жана Рангелова²

¹Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Медицински университет – Варна

²Катедра „Икономика и управление на здравеопазването“, Медицински университет – Варна

Klara Dokova¹, Jana Rangelova²

¹Department of Social Medicine and Healthcare organisation, Faculty of Public Health, Medical University – Varna

²Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University – Varna

Резюме: Важна част от предмета на медицинската социология е изучаването на болестта, поведението на болния човек и хората, с които той контактува, начинът, по който се възприема и се реагира при остро възникналата или хронична болест и инвалидност. За социологията е важен както индивидуалният, така и общественият аспект на болестта и поведението при заболяване. Настоящата статия представя трите основни социологически теоретични модели – структурен функционализъм, символен интеракционизъм и теорията на конфликта, които дават възможност за систематичен анализ при изучаването на живота с болестта от гледна точка на социологията.

Ключови думи: социологически теории, поведение, болест

Summary: Studying disease, the behavior of the ill person and of those with whom he communicates, the perceptions of and the reactions towards an acute or chronic disease is an important aspect of the field of medical sociology. The individual as well as the social aspect of disease and the behavior associated with it are important for sociology. The present paper presents three classical sociological theoretical models – structural functionalism, symbolic interactionism and the conflict theory that provide opportunities for a systematic analysis when studying diseases from sociological point of view.

Key words: sociological theories, behavior, disease

Важна част от предмета на медицинската социология е изучаването на болестта, поведението на болния човек и хората, с които той контактува, начинът, по който се възприема и се реагира при остро възникналата или хронична болест и инвалидност. За социологията е важен както индивидуалният, така и общественият аспект на болестта и поведението при заболяване. Изучаването на индивидуалния опит позволява да се извлекат общи закономерности, общи практики за справяне с болестта, както и да се изгради модел на обществото, представа за неговото функциониране и ролята на медицината и здравеопазването в тези процеси.

В социологическата наука има различни теоретични подходи за разглеждане на болестта и поведението на болния човек. Някои от тях заслужават по-голямо внимание.

Първият е подходът на структурно-функционалистката школа в социологията, и по-специално на един от нейните основоположници – американския социолог Талкът Парсънз. (1) Той разработва за първи път цялостен теоретичен модел на болестта и свързаните с нея поведение на болния и лекаря с цел да обясни функционирането на обществото, за което отделните професии имат нарастващо значение. Според Парсънз обществото е интегрирано и функционира ефективно като единна система.

Всеки човек, изпълняващ своите професионални задължения, допринася за нормалното съществуване и функциониране на цялата обществена система. Последователите на тази социологическа школа разглеждат болестта като отклонение от нормалното състояние, водещо до дисфункция (невъзможност за изпълнение на обичайните задължения), което може да наруши нормалното протичане на процесите в обществото. Болният човек не е способен да изпълнява всички свои обичайни дейности или става по-малко надежден и ефективен. Тъй като болните не могат да изпълняват обичайните си роли, животът на обкръжаващите ги хора се оказва също засегнат. Процесите на работното място се затрудняват, някои задачи са неизпълнени или недовършени, което предизвиква стрес у сътрудниците, задълженията у дома са изоставени и пр.

Освен че разглежда болестта като заплаха за нормалното функциониране на обществото, във взаимоотношенията между лекаря и пациента (на микроиво) Парсънз открива отражение на обществената структура на макриво. Болният човек и лекарят се разглеждат като изпълнители на специфични социални роли със заложен, точно определени задължения и отговорности.

Парсънз въвежда понятието „роля на болния“, с което описва поведението (правата и отговорностите) на болния, целящо минимизиране на разрушителното влияние на болестта (2). Болният човек възприема роля, която го освобождава от обичайните професионални и ежедневни задачи, но от друга страна – му вменява редица задължения.

Според Парсънз хората се обучават за ролята на болни в процеса на социализация и започват да я изпълняват в сътрудничество с другите, веднага щом се разболеят. Ролята на болния се основава на следните постулати:

1. *Болният човек не носи лична отговорност за това, че е болен.* Болестта се разглежда като резултат от физически причини извън рамките на индивидуалния контрол. Началото на болестта не е свързано с поведението или с действията на индивида.
2. *Болният човек се освобождава от обичайните задължения.* Тъй като болният не носи отговорност за болестта, той се осво-

бождава от определени задължения и роли. Той получава правото да остане в леглото, да отсъства от работа (като получава заплащане за периода, в който е в болнични) или да не изпълнява обичайните задължения в дома. Може да му се простят недостатъчно съдържаното или обмислено поведение.

3. *Болният човек е длъжен да направи всичко възможно за възстановяване на здравето си, което включва задължение да се консултира с медицински специалист и съгласие да стане „пациент“.* За да ползва правата, свързани с „ролята на болен“, заболяването трябва да бъде установено от правоспособен лекар. Потвърждаването на болестта от мнението на експерт позволява на хората в обкръжението на болния да приемат неговите претенции. „Ролята на болния“ налага на пациента да сътрудничи на лекаря, като позволи достъп до тялото си и сподели интимни моменти от живота си. В реда на тази логика се очаква болният да работи за своето оздравяване чрез строго следване „предписанията на лекаря“. Болният, който се отказва от консултации с лекар или не се вслушва в съветите на специалистите, поставя под съмнение своя статус на болен.

Моделът включва и описание на „ролята на лекаря“, от една страна, като „социален контрол“ – консултиращ дали се касае за случай на болест или друго отклонение от обичайните задължения, а от друга страна, като експерт, осигуряващ нормалното функциониране на индивида, респективно на цялата система. Тази ключова и отговорна роля на лекаря се „възнаграждава“ с определени привилегии, но е свързана с изисквания към подготовката и очаквания към неговите действия.

Моделът на Парсънз за „ролята на болния“, създаден през първата половина на 50-те години на миналия век, и до днес се счита за значима теория, която разкрива как болният човек става неотменна част от по-широкия социален контекст, но в същото време има и някои слаби страни. Gabe и съавтори посочват следните (3):

- ♦ Моделът не обхваща онези специфични състояния, които не водят до преустановяване на нормалната активност и не могат да

бъдат квалифицирани като заболяване, но при които човек влиза в ролята на пациент (например бременност или консултация по повод необходимост от профилактика за предотвратяване на заболяване).

- ◆ Моделът не обхваща онези случаи на увредено здраве, при които не е задължително човек да влезе в ролята на пациент – например леки форми на зависимости или инвалидност с малък процент намалена работоспособност или някои хронични заболявания (при които работоспособността е запазена и за дълъг период от време може да се постигне контрол над болестта с немедикаментозни средства – остеопороза, хипертония, диабет, бронхиална астма и др.). Освен това хроничните заболявания противоречат на основно схващане на модела, че болестта е временно състояние.
- ◆ Моделът не разкрива всички страни на взаимоотношенията между лекар и пациент, чийто интереси понякога могат да влязат в конфликт; не обхваща и не обяснява промените във взаимоотношенията между лекар и пациент в настоящия период (когато е възможно хората да са по-информирани и от специалистите) и все по-често се държат като критични потребители на услуги, а не безпрекословно спазващи лекарските предписания, и др.
- ◆ Днес все повече се акцентира на връзката между стила на живот и здравето, на личната отговорност за собственото благополучие, което противоречи на идеята на Парсънз, че индивидът не носи отговорност за своето заболяване.

Въпреки тези критични коментари моделът на Парсънз не е изгубил своето значение за по-задълбочено вникване в социологията на взаимоотношенията «лекар-пациент».

Вторият теоретичен подход към болестта е свързан със символния интеракционизъм.

Последователите на тази школа разглеждат личността и обясняват поведението като резултат/отражение на това как обществото възприема личността. Според тях личността влага смисъл, изгражда свое разбиране за всяко едно нещо в процеса на взаимодействие с обкръжаващите я хора в обществото. По същия начин

човек изгражда представа за себе си в резултат на комуникацията и взаимодействието с околните. Впоследствие разбирането за нещата и представата за собствената личност определят и повлияват поведението. Развитието на символния интеракционизъм оказва силно влияние не само върху изучаване на болестта, но и върху социологическите изследвания на девиантното поведение, емоциите, проблеми, свързани с пола и сексуалността, както и обществените движения.

Последователите на тази теоретична школа се опитват да разкрият смисъла, приписван на различните заболявания, и как той влияе върху поведението на хората. Те приемат понятието „роля на болния“, въведено от Парсънз, но посочват, че изпълнението на ролята на болния се мени в зависимост от вида на болестта и нейната тежест. Това влияе върху реакцията на околните спрямо болния човек, поради което явяващите се част от ролята на болния допълнителни права и привилегии могат да се реализират различно.

Според Freidson (1) има три варианта на ролята на болен, съответстващи на три степени на тежест на болестта.

1. *Условна роля на болния.* Тя се отнася за хора, страдащи от краткотрайно (остро протичащо) заболяване, от което могат да се излекуват. В тези случаи се очаква пълно възстановяване. Болният получава определени права и привилегии в съответствие с тежестта на заболяването. Например болен от бронхит получава повече привилегии от човек, който има само хрема.
2. *Безусловна роля на болния.* Тя е приложима към страдащите от неизлечими болести. Тъй като болният човек няма какво да направи, за да оздравее, той автоматично и „безусловно“ възприема ролята на болен. Безусловната роля може да бъде приложена към болните от злокачествено заболяване (рак) или напр. от болестта на Паркинсон. Те получават важни привилегии като правото да не изпълняват множество от своите професионални и ежедневни задължения. Безусловната роля се отнася и за страдащите от алопеция, от тежка форма на акне, сколиоза и др. заболявания, които силно променят външния вид на хората. Особе-

ното при тези случаи е, че те нямат специални привилегии (като освобождаване от задължения), но получават признание, че не носят вина за болестта си.

3. „Незаконна“ роля на болния. Тя е приложена за случаи на заболяване, което е заклеймено/стигматизирано от обществото. Това са болести, за които се смята, че индивидът напълно или отчасти носи отговорност за заболяването си; когато болестта се възприема като опасност за околните – необичайно заразна; или се възприема като резултат на безчестно или позорно, неприемливо за обществото поведение. В тези случаи не винаги са предвидени допълнителни права и привилегии. СПИН е ярък пример на стигматизирано заболяване, което влияе върху правото на пациента да приеме върху себе си ролята на болен.

Друг теоретичен подход, използван от медицинската социология за изучаване на поведението, свързано с болестта, е „моделът на конфликта“ (4). Въпреки че той се свързва най-често с марксизма, на практика приобщава и други немарксистки схващания. Последователите на този теоретичен подход, наложил се в края на 60-те и началото на 70-те години на миналия век, разглеждат обществото като съвкупност от групи с неравен достъп до материални блага, икономическа и политическа власт, което става причина за отчуждение и недоволство сред онеправданите и източник на социални конфликти и проблеми.

В медицинската социология приложението на този модел се свързва най-вече с работата на Елиът Фрийдсън (5). Според Фрийдсън пациентите (болните) и лекарите са представители на различни социални и културни групи в обществото, поради което при срещата им възниква конфликт между техните „различни разбираня“, а не консенсус. Там, където Парсънс обяснява затруднението във взаимоотношенията между лекаря и пациента като резултат на лошо изпълнена социална роля (от страна на лекаря), Фрийдсън вижда конфликт като структурна характеристика на взаимоотношенията ‘непрофесионалист – професионалист’. Там, където Парсънс вижда легитимна власт и доверие, Фрийдсън открива ‘медицинско домини-

ране’ и потиснат конфликт. Докато болният се вълнува от страданието и болката си, от трудностите в професионален и личен план, произтичащи от болестта, лекарят се интересува от поставяне на „диагнозата“, квалифициране на индивида с цел определяне на терапевтичен подход. Фрийдсън формулира основните източници на конфликт по следния начин:

- ♦ Пациентите се нуждаят и очакват информация за болестта си повече, отколкото лекарите са готови (и считащи за необходимо) да дадат.
- ♦ Лекарите подхождат към отделния пациент рутинно, конвейерно, а болният очаква индивидуално отношение, разбиране, съчувствие и симпатия.

Bloor и Horobin (6) разглеждат друг важен източник на потенциален конфликт между болния и лекаря. Това са вътрешно противоречивите очаквания на специалистите относно поведението на пациентите. От една страна, от пациента се очаква да бъде „добре информиран гражданин“, който трябва да знае кога е необходимо да се консултира с лекар, като търси помощ само по основателни причини. От друга страна, същият този пациент, веднъж влязъл в кабинета на лекаря, трябва да се освободи от своите знания и информация и безпрекословно да възприеме онова, което му предписва лекарят. В началото болният е стимулиран да прояви активност, а по-късно е изключен от терапевтичните взаимоотношения.

Натрупването на емпирични доказателства за диференцирания подход на лекарите в зависимост от социалната принадлежност на пациентите, недоволството им от тяхното поведение, напр. от необходимостта от голям брой домашни посещения по всяко време на денонощието, правят модела на конфликта препоръчителен за изучаване на особеностите във взаимоотношенията между лекари и пациенти.

Моделът на конфликта има разработени марксистки и феминистки версии (4).

През 1979 г. Waitzkin се опитва да направи паралел между взаимоотношенията лекар–пациент на микрониво и структурата на капиталистическото общество. Въпреки че Парсънс също се опитва да направи такава връзка, неговото разбиране за капиталистическото общество е много позитивно. Противоположно на

Парсънз, позовавайки се на марксистки идеи, Waitzkin разглежда рутинните взаимоотношения в болницата като средство за утвърждаване на водещата идеология.

По същото време – средата на 70-те години, се появяват и феминистични версии на „модела на конфликта“. Според тях основен проблем във взаимоотношенията между лекари и пациенти е „мъжкото доминиране“ в медицинската професия, особено в областта акушерство и гинекология.

Освен тези класически теоретични подходи, редица емпирични проучвания дават допълнително светлина върху поведението, свързано с болестта. Изучавайки факторите, свързани с решението да се търси медицинска помощ, Mechanik и Volkart първи въвеждат понятието „поведение при болест“ (7). Те го използват, за да обяснят наблюденията си върху това, как едни и същи симптоми се възприемат и оценяват по различен начин и съответно водят до различни действия (или бездействие) при различни хора. Осъзнавайки факта, че хората реагират по-различен начин на болестта, Mechanik и Volkart допускат, че социални фактори като образование, религиозни убеждения и социална принадлежност играят важна роля върху поведението при болест.

Освен значението на социалните фактори Mechanik и Volkart извеждат четири основни характеристики на болестта, които също повлияват поведението при заболяване и взимането на решение за консулт с лекар. Това са: честотата, с която заболяването се среща сред населението (неговата обичайност) [1], познаването на симптомите [2], предвидимостта на изхода от болестта [3], степента на заплахата и загубата, които заболяването може да причини [4]. По късно Mechanik добавя към този списък: забележимостта на симптомите за околните [5]; степента, в която симптомите повлияват обществените дейности [6]; наличието на лечение [7]; разбирането за това, каква е причината за болестта [8] и последно, но много важно – влиянието на болестта върху най-близкото обкръжение на болния [9] (8). Когато въздействието на симптомите и болестта стане толкова голямо, че човекът, оказващ грижи не може повече да се справя – естествено следва търсене на специализирана помощ.

Herlitz (9) също счита, че поведението при болест се определя и от степента, с която симптомите се намесват върху обичайните ежедневни и професионални задължения. Той описва три начина, по които хората възприемат своята болест: [1] болестта като разрушител [2] болестта като освободител [3] болестта като професия. В първия случай болестта се явява бариера за изпълнение на желана социална роля и впоследствие води до изключване от определени обществени групи/среди. Хората, за които болестта се явява бариера и разрушител, възприемат поведение на отричане и дълго не търсят лекарска помощ. Във втория случай на болестта се гледа като на нещо позитивно, защото тя се явява предлог и възможност за освобождение от неприятни обществени задължения. В тези случаи настойчиво се търси експертно мнение, защото то дава легитимност на „ролята на болен“. В третия случай – когато болестта се възприема като проблем, над който трябва да се работи системно и упорито, така както при професионалните задължения, се наблюдава активно търсене на медицинска помощ и следване на експертните съвети в максимална степен.

Въпреки че решението за консулт с лекар се влияе от вида на заболяването, от индивидуалните особености на характера и специфичната социална обстановка, много редки са случаите да се търси медицинска помощ, без предварително това да се обсъди поне с един човек. Редица проучвания показват, че често хората обсъждат проблема си с по-широк кръг приятели, познати, роднини и особено днес – в социалните мрежи с непознати за тях хора. Тази посока на комуникация се нарича „система за непрофесионално насочване за консулт“ и емпирично е доказано, че тя в голяма степен повлиява поведението при болест. По-широкият приятелски кръг увеличава честотата на насочване за медицинска консултация, докато по-широкият семеен кръг по-често подпомага самостоятелното справяне със заболяването. Когато човек получава адекватна помощ от обкръжаващите, в по-малка степен има необходимост да търси професионален съвет. Но има и друг момент, прекомерното обсъждане на състоянието увеличава чувството на тревожност и

потребността от професионално мнение. Днес се отчита, че променящите се семейни връзки оказват все по-слабо влияние върху решението за консулт със специалист в сравнение с миналото.

Болестта представлява не просто нарушение в структурата и функцията на орган или система в човешкото тяло – така както е според доминиращия в медицината биомедицински модел. Нарушението в структурата и функцията намират изява в симптомите. Осмислянето, субективното възприемане на симптомите, реакци-

ята и действията, които хората предприемат, са социално и културно обусловени и представляват отражение на макросредата. Представените три класически подхода за изучаване на болестта и поведението, свързано с нея, имат своите силни и по-слаби страни. Основното послание е, че какъвто и теоретичен модел да се избере, винаги съществува необходимост от критичен анализ, насочен към по-широките социални причини на болестта и контекста, в който тя възниква.

Литература

- 1 Гидденс Э. Социология. УРСС, 2005.
- 2 Parsons T. The Social System. New York: Free Press, 1951.
- 3 Gabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. First ed. London: SAGE Publications, 2004.
- 4 Bury M. Health and Illness in a changing society. London: Routledge, 1997.
- 5 Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of applied Knowledge. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- 6 Bloor M., Horobin G. Conflict and conflict resolution in doctor-patient relationships. In: Cox C., Mead A, editors. Conflict and conflict resolution in doctor-patient relationships. London: Collier Macmillan, 1974.
- 7 Mechanic D., Volkart E. H. Illness behavior and medical diagnosis. Journal of health and human behaviour 1960; (1): 86-94.
- 8 Mechanic D. Medical sociology. Second ed. New York: Free Press, 1978.
- 9 Herzlich. Health and Illness. London: Academic Press, 1973.

Адрес за кореспонденция:

Доц. д-р Клара Докова, д.м.

Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването
Медицински университет – Варна
9002 Варна, ул. „Марин Дринов“ № 55
E-mail: klaradokova@mu-varna.bg
