

**SOCIOLOGIE MEDICALA**  
- curs optional -  
- Anul II Medicina Generala -

1. Aparitia sociologiei. Obiectul si problematica sociologiei.
2. Sociologia medicala. Subramura importanta a sociologiei.
3. Curente în evolutia sociologiei medicale.
4. Boala si sanatatea. Aspecte socio-medicale.
5. Relatia medic – pacient. Aspecte psiho-sociale.
6. Comunicarea si rolul sau în practica medicala.
7. Sanatatea, produs al unui stil de viata adecvat.
8. Sisteme de sanatate. Caracteristici si evaluari.
9. Metode si tehnici de cercetare în sociologia medicala.

**1. Aparitia sociologiei. Obiectul si problematica sociologiei.**

August Comte este creditat drept inventatorul termenului de sociologie, el folosind pentru prima oara acest termen în 1838, în cea de-a 47-a lectie din volumul IV. Initial, el folosisese termenul de fizica sociala pentru noua stiinta

Etimologia termenului este hibrida, provenind de la cuvântul latinesc „socio“ (social) si de la cel grec „logos“ (stiinta), sociologia fiind definita de catre cea mai mare parte a cercetatorilo drept studiul stiintific al vietii sociale a oamenilor“.

În cadrul sociologiei au existat si exista o multitudine de orientari teoretice si doctrinare determinate de complexitatea societatii, obiectul ei de studiu.

În ceea ce priveste perioada constituirii sociologiei ca stiinta, exista mai multe opinii. Astfel, unii cercetatori considera ca sociologia își gaseste originile în scrierile filosofice ale lui Platon si Aristotel. De asemeni s-a considerat ca sociologia a aparut ca stiinta în cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea, întemeietorii sai fiind considerati Auguste Comte, Emile Durkheim, Gustave Tarde si H.Spencer. O alta orientare considera sociologia drept rezultat al puseului empirist din stiintele sociale americane în perioada postbelica, în timp ce, în fine, un alt punct de vedere propune o sociologie înca neconstituata ca stiinta de sine statatoare.

Cea mai mare parte a istoricilor acestei discipline au cazut de acord asupra celui de-al doilea punct de vedere, conform caruia sociologia s-a nascut în a doua jumătate a ecolului al XIX-lea, ca o necesitate impusa de dezvoltarea societatii industriale moderne si de problemele socio-umane induse de aceasta.

**Aparitia sociologiei. Conditii socio-structurale si epistemologice.**

Sociologia a aparut în contextul dezvoltarii impetuoase a gândirii umane si totodata a studiilor sociale impuse de revolutia industrială si de afirmarea societatii capitaliste, în secolul al XIX-lea. Modificarea relatiilor sociale si economice, necesitatea elaborarii unor teorii privind folosirea resurselor umane în economia capitalista pentru obtinerea unui maxim de randament au

asemeni, explicatia faptului social trebuie sa fie de ordin cauzal, aceasta cauza fiind tot din mediul social si nu din cel psihologic sau biologic, iar functia pe care o îndeplineste trebuie sa fie tot din mediul vietii sociale. O alta necesitate pe care metoda o impune este cercetarea din punct de vedere statistic a faptelor sociale, precum si stabilirea de corelatii între diversele tipuri de fapte sociale. El va aplica aceste reguli în celebrul studiu asupra suicidului, „Le Suicide”.

### *Max Weber (1864 – 1920)*

Nascut la Erfurt, face studii de drept, economie, istorie si filosofie, dupa care activeaza ca profesor la Freiburg, Heidelberg si Munchen. În lucrarile sale abordeaza trei teme majore:

- natura dominatiei
- caracteristicile rationalitatii
- raporturile dintre idei si interesele materiale (ideile religioase si activitatea economica).

În definirea sociologiei, Weber va pleca de la distinctia dintre judecatile de valoare si judecatile de raportare la valori. Primele nu intra în corpul stiintei, în timp ce celelalte servesc la selectia si ierarhizarea faptelor sociale devenite subiect al stiintei. A doua etapa a metodei propuse de Weber consta în explicatia cauzala a faptelor sociale, care trebuie sa fie universal valabila. La acest nivel, cercetatorul trebuie sa se supuna principiului neutritatii axiologice, trebuind sa dea dovada de obiectivitate, verificabilitate independenta si consistenta logica.

În viziunea lui Weber, sociologia este o stiinta care îsi propune sa înțeleaga prin interpretare activitatea sociala si prin aceasta sa explice cauzal desfasurarea si efectele activitatii sociale. Astfel, sociologia este o stiinta comprehensiva si explicativa a faptelor sociale. Ea are obligatia înțelegerii acestor fapte si apoi a explicarii lor prin interpretare. Sarcina sociologiei este de a reduce formele cooperarii umane la o activitate comprehensibila.

### *Talcott Parsons (1902 – 1979)*

Nascut în Colorado Springs, urmeaza cursurile unor prestigioase universitati americane si europene, dupa care va activa ca profesor la Universitatea Harvard. Este principalul reprezentant al structuralismului functionalist din sociologia americana, în viziunea sa, sistemul social constând dintr-o pluralitate de actori individuali inclusi într-un proces de interactiune si motivati de obtinerea unor satisfactii optime. El a introdus si conceptele de rol si status social, statusul reprezentând pozitia individului în cadrul sistemului social, în timp ce rolul defineste latura dinamica a acestuia, activarea sa în viata sociala. Astfel, actiunea umana este modelata de norme, valori si simboluri sociale care delimiteaza comportamentul adecvat si permis al actorilor implicati în viata sociala.

Conform lui Parsons, sistemul social se confrunta cu nevoia de integrare sociala a indivizilor si mentinerea echilibrului functional, în acest scop reliefând patru functii: functia de intergrare, de adaptare, de atingere a scopului si de pastrare a structurilor sociale si atenuare a tensiunilor. Echilibrul functional poate fi pastrat prin socializarea valorilor si prin controlul social asupra indivizilor.

## **Sociologiile de ramura**

✚ Sociologia îsi are prin definitie directionate actiunile catre viata sociala a oamenilor, studiind formele de viata colectiva, normele, valorile, institutiile, traditiile si modurile de comportament,

geneza acestora, precum și modul în care acestea influențează indivizii și existența lor socială. Sociologia studiază astfel manifestări sociale de tipologii diferite (economice, politice, religioase, juridice, etice, filosofice, științifice), tratate separat, dar raportate prin conexiunile dintre ele la realitatea socială.

Astfel, sociologia a manifestat deschidere față de alte discipline sociale, dar deosebinduse de acestea prin modalitatea de tratare a faptelor și proceselor, integrându-le în ansamblul vieții sociale. Structura și dinamica vieții sociale, obiectul de studiu al sociologiei, cuprind un domeniu de probleme extrem de vast, fapt ce a condus la apariția sociologiilor de ramură, cu caracter aplicativ și explicativ, numărul crescând în mod impresionant.

În conformitate cu Jan Szczepanski (1970), în sociologia actuală se pot întâlni următoarele subramuri:

Sociologii care studiază instituții sociale:

- sociologia politică
- sociologia dreptului
- sociologia educației
- sociologia religiei
- sociologia comparativă a instituțiilor sociale
- sociologia economică
- sociologia militară
- sociologia familiei
- sociologia artei
- sociologia științei
- sociologia medicinei

Sociologii care studiază tipuri de colectivități:

- sociologia structurii sociale
- sociologia claselor sociale
- sociologia consensului și a conflictului social
- sociologia grupurilor mici
- sociologia urbană
- sociologia rurală
- sociologia profesiilor
- sociologia organizațiilor
- sociologia grupurilor etnice
- sociologia tineretului
- sociologia profesiilor

Sociologii care studiază fenomene și procese sociale:

- sociologia comportamentului demografic
- sociologia diferențierii și stratificării sociale
- sociologia comportamentului deviant
- sociologia mass - media
- sociologia cunoașterii
- sociologia informației
- sociologia timpului liber

- sociologia clinica
- sociologia controlului social
- sociologia revolutiei.

Sociologiile de ramura sunt dublate si de discipline particulare referitoare la aceleasi subsisteme, concentrate pe logica particulara a domeniului respectiv, realizându-se astfel o utila complementaritate.

Prin dezvoltarea deosebita a sociologiei în perioada interbelica, demersurile sale teoretice s-au înscris în cerintele stiintei:

- universalism
- scepticism sistematic
- caracter dezinteresat
- atitudine impersonala
- integritate.

Aceasta este si perioada în care sociologia se institutionalizeaza. Primele catedre de sociologie au aparut chiar din secolul XIX-lea (1892, Universitatea din Chicago – profesor Albion Small, 1893, Universitatea Imperiala din Tokyo, 1906, Universitatea Sorbona – prof. Emile Durkheim).. Totodata, în 1894 se înfiinteaza Institutul International de Sociologie – Paris, în 1905, American Sociological Association – Baltimore, în 1924, Nippon Shakai Gakkai (Asociatia Sociologilor Japonezi), iar în 1948 International Sociological Association, cu sediul la Oslo. Primul congres mondial de sociologie a avut loc în 1949 la Zurich, sub auspiciile ISA.

Conform Codului deontologic al sociologilor britanici, exista urmatoarele norme:

- integritatea profesionala, care presupune
  - garantarea respectului intereselor specifice persoanelor afectate de cercetarea sociologica
  - prezentarea rezultatelor cercetarii cu maxima rigoare si sinceritate
  - obligatia de a-si recunoaste limitele competentei profesionale
  - apararea reputatiei disciplinei pe care o ilustreaza, în relatiile cu mass – media
  - convingerea întemeiata ca cercetarea întreprinsa este valoroasa din punct de vedere stiintific si social
  - utilizarea metodelor si tehnicilor de cercetare adecvate
- relatii si responsabilitati fata de participantii la cercetare, conform carora sociologii trebuie:
  - sa fie convinsi ca studiul întreprins este necesar pentru progresul cercetarii sociologice si pentru bunastarea oamenilor
  - sa dovedeasca responsabilitate pentru modul de utilizare a rezultatelor cercetarii
  - sa evite actiunile prin care poate afecta colegii si totodata prestigiul sociologiei ca stiinta
  - sa se asigure ca bunastarea fizica, psihica si sociala a subiectilor nu este afectata în mod negativ de cercetarea sociologica
  - sa stabileasca un echilibru optim între interese opuse
  - sa stabileasca relatii de încredere si sa obtina consimtamântul favorabil investigatiei sociologice
  - sa explice clar obiectivele cercetarii sociologice si sursele de finantare a cercetarii, scopul si modalitatile de valorificare a rezultatelor cercetarii
  - sa explice gradul de anonimitate si confidentialitate, dreptul lor de a refuza înregistrarea datelor personale pe suport audio – video

- sa anticipeze si sa evite efectele nefavorabile ale cercetarii asupra participantilor la cercetarea sociologica
- sa reduca la minimum neplacerile provocate de cercetarea participantilor, mai ales asupra persoanelor vulnerabile
- sa nu violeze regula consimtamântului informat, în cazul cercetarilor camuflata sa evite manipularea experimentală a subiectilor fara informarea acestora si sa obtina acordul lor pentru publicarea rezultatelor cercetarii,.
- anonimitatea, intimitatea si confidentialitatea care presupune
  - respectarea anonimitatea si intimitatii subiectilor
  - sa pastreze confidentiale informatiile privitoare la viata personala a participantilor la cercetare
  - sa-si ia masuri pentru pastrarea în deplina siguranta a informatiilor confidentiale furnizate de participantii la cercetare
  - sa se asigure ca regula garantarii confidentialitatii si anonimitatii este respectata si de catre ceilalti sociologi angrenati în cercetari
  - sa își respecte angajamentul de garantare a confidentialitatii si anonimitatii, inclusiv în fata presiunilor sistemului juridic.

## **2. Sociologia medicala. Subramura importanta a sociologiei.**

Aparitia sociologiei medicale se bazeaza atât pe pluridimensionalitatea fenomenului „sanatate“, cât si pe ambitia sociologiei care se dreste, în conformitate cu dezideratele enuntate de întemeietorii sai, o stiinta a „bunastarii“ si a „libertatii“ umane.

Sociologia medicala a debutat practic odata cu publicarea lucrarii „Le suicide. Etude de sociologie“ (1897) a lui Durkheim, în care el distinge doua tipuri de solidaritate: mecanica si organica.

Solidaritatea mecanica este, ca forma de integrare sociala caracteristica societatilor primitive, definite de o minima diviziune a muncii, omogenitate a rolurilor sociale, experiente de viata comuna si o constiinta colectiva puternica.

Solidaritatea organica este specifica societatii moderne industriale cu o diviziune a muncii sociale complexa, care presupune prin specializare si interdependentă între indivizi. Membrii societatii sunt diferiti, fiecare având propria personalitate, iar constiinta colectiva restrângându-se în favoarea celei individuale. Fiecare parte a sistemului are propria miscare, diviziunea complexa a muncii asigurând armonia si coeziunea ansamblului. Indivizii coopereaza pentru realizarea unor scopuri pe care nu le pot atinge singuri, datorita diferentelor de rol si a interdependentei impuse de diferentelor de status.

Dezagregarea relatiilor sociale – anomia - are consecinte negative pentru societate, dar si pentru persoane, acestea putând fi îminse catre comiterea suicidului. Folosind date statistice, demografice din surse autorizate, Durkheim contrazice teoriile potrivit carora rata suicidului este influentata de factori geografici, climatici, biologici, rasiali sau psihologici. El a sustinut ca suicidul este un fapt social obiectiv si poate fi explicat numai prin factori sociali. Analizând fenomenul sinuciderii (fenomen medical si social) Durkheim a demonstrat ca acesta variaza în

unctie de un alt fapt social, integrarea si coeziunea sociala, aparând astfel cerinta metodologica de a explica un fapt social tot prin factori de natura sociala.

Primele teorii de sociologie medicala au aparut în anii '50 fiind elaborate de cercetatori celebri precum Parsons, Merton sau Kendall. Ei au abordat din perspectiva sociologică aspecte ale institutiilor de îngrijire a sanatatii, ale rolurilor profesionale, organizarea institutiilor de învățământ medical, au definit conceptele de boala si sanatate si au precizat si principalele drepturi asi obligatii ale statusurilor si rolurilor de pacient si medic.

Sociologia medicala are drept obiect de studiu fundamentele sociale ale sanatatii si îmbolnavirii, interdependenta dintre factorii sociali si starea de sanatate sau de boala a populatiei, precum si incidenta starii de sanatate sau de boala asupra vietii sociale a indivizilor si a grupurilor umane.

Sociologia medicinei – studiaza factori precum structura organizatorica, relatiile dintre roluri, sistemul de valori, ritualurile si functiile medicinei ca un sistem de conduite (R. Strauss, 1955)

Sociologia în medicina – integreaza conceptele, principiile si cercetarile sociologice în medicina, inclusiv educatia sociologica a studentilor medicinisti, studiul comportamentului sanitar si al epidemiologiei sociale, studiul proceselor de dezvoltare ale unei boli sau ale factorilor care influenteaza atitudinea pacientilor fata de boala (R. Strauss, 1972)

Sociologia sanatatii – studiul particular al aspectelor economico-sociale ale sanatatii, ale locului sistemului sanitar în societate si raporturile dintre diferitele politici sanitare (Steudler, 1972)

Toate aceste definitii sunt complementare, vizeaza aspecte particulare ale sistemelor de sanatate si se circumscriu sociologiei medicale.

Între obiectivele sociologiei medicale se numara:

- ✕ distribuirea bolilor în societate, în functie de sistemul social, mediul familial, religie, sex, clase sociale, profesie.
- ✕ factorii sociali si culturali legati de natura si gravitatea bolii
- ✕ tipul de tratament adoptat
- ✕ elementele sociale care intervin în procesul terapeutic
- ✕ etiologia sociala si ecologia bolii
- ✕ comportamentele sociale ale terapiei si readaptarii
- ✕ medicina ca institutie sociala
- ✕ sociologia învățământului social
- ✕ studiul variabilelor culturale ale manifestarii sanatatii si bolii
- ✕ relatiile medicale si sociale în grupurile mici
- ✕ bazele economice ale serviciilor medicale
- ✕ influenta industriilor medicale asupra starii de sanatate a populatiei
- ✕ conexiunea dintre structura sociala si boala
- ✕ influenta factorilor economico-sociali asupra starii de sanatate si raspunsul societatii la sanatate si îmbolnavire.

Aceste obiective interfereaza cu cele ale epidemiologiei si sanatatii publice, dar exista diferente remarcabile în ceea ce priveste metodele si tehnicile utilizate de fiecare disciplina în parte, precum si directiile si obiectivele cercetarii.

*Trud. neb.*

## **Factorii medicali si sociali ai dezvoltarii sociologiei medicale**

Sociologia medicala se va dezvolta în special în SUA, unde cercetarea organizatiilor medicale a reprezentat o prioritate pentru sociologie. Ulterior, dupa anii '70, si în tarile europene se va dezvolta acest sector stiintific. Între factorii care au influentat evolutia sociologiei medicale se numara:

- evolutia practicii medicale
- transformarea institutiilor de îngrijire a sanatatii
- cresterea pretului sanatatii si introducerea sistemelor de asigurare a sanatatii
- organizarea studiilor de medicina
- modificarea tabloului morbiditatii
- implicarea guvernamentala sporita în domeniul sanatatii si aparitia surselor de finantare pentru cercetarea sociologica a sistemelor sanitare.

## **Obiectivele sociologiei medicale**

### **Obiectivul medical**

Sociologia medicala informeaza asupra proceselor sociale care interfereaza cu echilibrul fizic sau mental al indivizilor, aducându-si aportul la realizarea studiilor de epidemiologie sociala, la studiul conceptiilor despre sanatate, si al comportamentului sanitar, în organizarea activitatii sanitare si elaborarea politicii sanitare.

### **Obiectivul economic**

Sociologia medicala efectueaza cercetari asupra costurilor îngrijirii medicale, consumul de medicamente, cheltuielile individuale si de la buget referitoare la sanatate, oferind cunostinte utile asupra comportamentelor sociale care influenteaza producerea si consumul prestatiei sanitare.

### **Obiectivul sociologic**

Analizând problemele de sanatate, sociologia medicala vizeaza cunoasterea societatii, domeniul medical reflectând în mod specific comportamentul individual si al grupurilor sociale. Studiind raportul sanatate – boala – societate, sociologia medicala încearca sa dezvaluie acest loc particular al vietii sociale.

### **Problematica sociologiei medicale**

Între temele dominante ale sociologiei medicale se numara:

- conceptele sociologice de sanatate si boala
- schimbarea sociala si dinamica timpurilor de morbiditate
- cauze sociale ale îmbolnavirilor
- comportamentul bolnavului în spital si în societate
- relatiile dintre medic si pacient
- spitalul si pacientii
- moartea si starea de muribund
- comunicarea în practica medicala
- inegalitatea accesului la serviciile sanitare
- etnicitate, sanatate, asistenta medicala

- familia si îmbolnavirea
- femeile ca paciente si asistente ale bolnavilor
- persoanele în vârstă si sanatatea
- medicina si controlul social
- devianta, etichetare si stigmat social
- sistemul sanitar national în perspectiva internationala (comparativa)
- profesiile medicale si rolul lor în domeniul apararii si promovarii sanatatii publice
- masurarea starii de sanatate
- evaluarea asistentei medicale.

### 3. Curente în evolutia sociologiei medicale.

În sociologia medicala actuala exista trei curente majore, ilustrate prin trei perspective teoretico-metodologice. Astfel, conceptiile cu privire la locul si rolul sanatatii, bolii si al sistemului medical în cadrul social difera în functie de perspectiva adoptata.

- a) **Perspectiva (paradigma) functionalista** – i-a avut ca reprezentanti de marca pe Durkheim, Weber, Parsons si Merton, care sustineau ca sanatatea este esentiala pentru perpetuarea speciei umane si viata sociala organizata. Pentru a functiona în parametri optimi, societatea trebuie sa asigure existenta unor persoane productive care sa efectueze sarcinile vitale. În caz contrar, se produc disfunctionalitati în ceea ce priveste bunul mers al vietii sociale, al bunastarii populatiei, precum si al alocarii de resurse în sectoarele neproductive. Conform functionalistilor, institutiile medicale își au rolul bine definit de a diagnostica, a trata si a încerca sa vindece o afectiune, de asemenea trebuie sa previna aparitia bolii folosind programele de asistenta primara si sa activeze în cercetarea stiintifica în scopul eficientizarii actului medical. Totodata ele devin si institutii de control social, prin abilitatea de a defini comportamentele umane drept normale ori deviante. Talcott Parsons a definit rolul de bolnav, printr-un set de asteptari culturale ce definesc comportamentele adecvate ori inadecvate ale persoanelor bolnave. Astfel, el considera ca boala afecteaza negativ viata sociala, impunându-se astfel un control al societatii, rolul de bolnav având numeroase trasaturi comune cu rolul de deviant.
- b) **Perspectiva (paradigma) conflictualista** – între sustinatorii sai se numara Marx, Mills, Waitzkin si Therborn si porneste de la presupozitia ca serviciile de îngrijire medicala nu sunt accesibile pentru toti membrii societatii, fara discriminare. Astfel, serviciile de sanatate sunt conditionate si de capacitatea financiara a individului, existând si aici o stratificare sociala generatoare de inechitati. Ei acuza retele private de institutii medicale, orientate spre profit, pentru faptul ca nu acorda îngrijiri si celor de nu își pot permite financiar aceste servicii. Totodata, clinicile private sunt acuzate si de faptul ca nu acorda atentie învatamântului medical, sustinut din bani publici în spitalele universitare, cheltuielile acestora din urma fiind mai mari cu 30%, fata de cele ale unui spital obisnuit.
- c) **Perspectiva (paradigma) interactionista** – promovata de Mead, Cole, Goffman, Schutz si Garfinkel, pretinde ca boala este o eticheta atribuita unei afectiuni. Astfel, definitia bolii este negociata, validata prin confirmarea sau infirmarea sa de catre alte persoane în procesul interactiunii sociale simbolice. Prin larga lor raspândire, unele afectiuni nu sunt considerate anormale, iar în alte cazuri, medici considera anumite afectiuni drept boli, desi exista putine argumente în ceea ce priveste existenta unor cauze biologice certe si totodata a unui tratament

adecvat. De asemeni, descoperirea unui produs medicamentos înainte ca afectiunea pe care o trateaza sa fie considerata boala, a condus la etichetarea respectivei afectiuni. În prezent se manifesta si procesul de medicalizare a deviantei prin care tipuri comportamentale considerate imorale în trecut sunt privite acum drept stari patologice. Din perspectiva interactionista, comportamentele sau reglementarile sociale îi îndeamna pe oameni sa se conformeze normelor sociale, sa gândeasca, sa actioneze si sa perceapa lucrurile în modalitati acceptabile în cadrul unei culturi. Un rol important în cadrul acestei perspective îl joaca si teoria sociologica a etichetarii, a rolului reactiilor sociale fata de devianta. Adeptii acestei teorii sustin ca nu actul sau comportamentul unei persoane este deviant, ci devianta este determinata de reactia sociala la devianta.

În ceea ce priveste metodologia sociologica se disting doua paradigme dominante în sociologia medicala:

- a) Perspectiva (paradigma) pozitivistă propune o metodologie bazata pe modelul stiintelor naturii, în care sursele fundamentale ale cunoasterii sunt inductia teoretica sau testarea teoriilor prin intermediul experientei. Exista astfel o distinctie clara între judecatile de constatare si judecatile de valoare. Astfel, faptele sociale sunt explicate prin alte fapte sociale, iar cunoasterea sociala trebuie sa asigure obiectivitatea discursului sociologic, evitând explicatiile axiologice si bazându-se pe legi si generalizari empirice. În sociologia medicala, pozitivistii au studiat influenta variabilelor sociale asupra originii bolii.
- b) Perspectiva (paradigma) interpretativa are la baza scrierile lui Max Weber, punând accentul pe specificul subiectiv, ireductibil al faptelor sociale si conducând la necesitatea concentrarii asupra analizei semnificatiilor vehiculate de actorii sociali în interactiunile sociale. Se pune astfel accent pe distinctia dintre studiul naturii si studiul culturii, în sociologia medicala avându-se în vedere distinctia dintre fenomenul biofizic al bolii (disease) si fenomenul social al îmbolnavirii (illness). În timp ce boala apare independent de natura umana, fiind studiata de stiinta bio-medicala, analiza reactiei la boala a grupurilor sociale si trairii în plan psihic a starii de boala apartin psihologiei sociale si sociologiei. Astfel, se insista asupra etichetarii bolii si a bolnavului si asupra caracterului stigmatizant al acestei etichetari.

În rândul sociologilor medicali, parerile sunt împartite, existând fie adepti ai uneia dintre cele doua paradigme, fie neutri care considera ca ambele perspective au valoarea lor explicativa, pentru diferite probleme. De asemenea, au existat si voci care au promovat integrarea lor în folosul stiintei, ele neexcluzându-se reciproc.

#### **4. Boala si sanatatea. Aspecte socio-medicale.**

Conceptele de boala si sanatate sunt concepte evaluative, fiind circumscrise de dezvoltarea cunoasterii biomedicale, de orientarile intelectuale ale culturii, de sistemul axiologic al societatii. Astfel vor exista diferente notabile în ceea ce priveste statutul bolnavului si natura starii, considerata normala sau patologica, în functie de tipul de societate si nivelul de dezvoltare la care a ajuns aceasta.

În prezent, medicii definesc boala în urma aplicarii unor standarde riguroase si a analizei temeinice a pacientului, definind starea de boala, creând rolul sau social si astfel legitimând comportamentul bolnavului. Exista însa si factori care afecteaza negativ acest proces medico-

social: divergente de opinii asupra diagnosticului, prognosticului, profilaxiei si tratamentului anumitor afectiuni, un adevarat fenomen al modei în tratarea unor boli, precum si alte implicari ale socialului si medicalului în actul medical.

Boala si sanatatea nu pot fi deci definitie decât prin raportare la fiinta umana privita entitate biologica, psihica si sociala în acelasi timp.

Conceptul de sanatate este, la fel ca si cel de boala, unul plurisemantic, semnificatia sa înregistrând nuanteri în functie de grupuri, clase sociale sau populatii. În domeniul medical, sanatatea este privita de catre patolog ca o stare de integritate, de catre clinician ca lipsa de simptome si de bolnav ca o stare de bien-etre (A. Athanasiu, 1983). Sanatatea presupune mai multe dimensiuni (C. Herzlich):

- absenta bolii
  - o constitutie genetica buna, respectiv un capital biologic înnascut
  - o stare de echilibru a organismului data de adaptarea individului la mediul de viata
- Factorii care influenteaza starea de sanatate sunt (J. Bond, S. Bond, 1994):
- biologia umana: mostenire genetica, procese de maturizare, îmbatrânire, tulburari cronice, degenerative, geriatrie
  - mediul: apa potabila, medicamente, poluare, salubritate, boli transmisibile, schimbari sociale rapide
  - stilul de viata: hrana, activitati fizice, sedentarism, tabagism, alcoolism
  - organizarea asistentei medicale: cantitatea si calitatea resurselor medicale, accesul la ele, relatia dintre persoane si resurse în asistenta medicala.

Din punct de vedere biologic, sanatatea poate fi definita drept acea stare a unui organism neatins de boala, în care toate organele, aparatele si sistemele functioneaza normal (organism în homeostazie).

Din punct de vedere psihic, sanatatea poate fi înțeleasa drept armonia dintre comportamentul cotidian si valorile fundamentale ale vietii asimilate de individ, reprezentând starea organismului în care capacitatea sa de a munci, a studia sau a desfasura activitatile preferate este optima.

Exista si anumite criterii ale sanatatii mintale (A. Ellis, W. Dryden, 1997):

1. constiinta clara a interesului personal
2. constiinta limpede a interesului social
3. auto-orientarea (capacitatea de a se conduce si orienta singur în viata)
4. nivelul înalt de toleranta a frustrarii
5. acceptarea incertitudinii si capacitatea de ajustare la incertitudine
6. angajarea în activitati creatoare
7. gândirea stiintifica, realista si obiectiva
8. auto-acceptarea
9. angajarea moderata si prudenta în activitati riscante
10. realismul si gândirea utopica
11. asumarea responsabilitatii pentru tulburarile emotionale proprii
12. flexibilitatea în gândire si actiune
13. îmbinarea placerilor imediate cu cele de perspectiva

Conceptul de personalitate autorealizata propus de A.H. Maslow (1976) presupune forma suprema a sanatatii psihice si are urmatoarele caracteristici:

1. orientarea realista în viata
2. acceptarea de sine, a altora si a lumii înconjuratoare asa cum sunt ele
3. înaltul grad de spontaneitate
4. centrarea pe probleme si nu pe trairi subiective
5. atitudinea de detasare si nevoia de intimitate
6. autonomia si independenta
7. aprecierea elastica a oamenilor si lucrurilor, lipsita de stereotipii
8. existenta experientelor spirituale sau mistice profunde, dar nu neaparat cu caracter religios
9. existenta unor relatii afective intime profunde si cu mare încarcatura emotionala, practicate cu putine persoane si a unora superficiale cu un numar mare de persoane
10. identificarea cu omenirea si existenta unor interese sociale puternice
11. împartasirea atitudinii si valorilor democratice
12. neconfuzia mijloacelor cu scopurile
13. existenta unui simt al umorului superior, detasat filosofic, neostil si nevindicativ
14. existenta unui mare potential creator
15. opozitia fata de conformismul cultural
16. transcenderea mediului de viata si neconformismul fata de acesta.

Din punct de vedere social sanatatea este starea organismului în care capacitatile individuale sunt optime pentru ca persoana sa își îndeplineasca în mod optim rolurile sociale (de prieten, vecin, cetatean, sot, parinte, cetatean etc.). Parsons defineste sanatatea drept capacitatea optima a unui individ de a îndeplini eficient rolurile si sarcinile pentru care a fost socializat.

Sanatatea pozitiva are doua componente (Downie, 1992):

1. bunastarea fizica, psihica si sociala
2. fitness – forma fizica optima incluzând cei patru S (în engleza)
  - strenght – forta fizica
  - stamina – vigoare (rezistenta fizica)
  - suppleness - suplete fizica
  - skills – îndemânare (abilitate) fizica

Conform OMS (1946), sanatatea reprezinta starea de completa bunastare fizica, mentala si sociala, care nu se reduce la absenta bolii sau a infirmitatii. Detinerea celei mai bune stari de sanatate de care este capabila persoana umana este unul dintre drepturile fundamentale ale omului.

Conceptul de sanatate a fost operationalizat pentru a fi aplicat diverselor comunitati socio-culturale, evaluarile fiind facute pe baza unor indici precum: morbiditatea, mortalitatea (generală si specifica), disconfortul, insatisfactia, deficientele, invliditatile, handicapul, indicele de dezvoltare umana.

Conceptul de boala este si el mai multe dimensiuni. Din punct de vedere biologic, boala este o stare a organismului sau a unei parti din organism în care functiile sunt afectate sau deranjate de factori interni sau externi.

Din perspectiva plurifactoriala, boala poate fi definita drept o stare finala, rezultat al unei combinatii a factorilor ecologici si comprotamentali aflati în interactiune cu predispozitiile genetice, care plaseaza statistic individul într-o situatie de risc marit, ca urmare a unei alimentatii nerationale, dezechilibrate, de lunga durata, expunerii cronice la agentii patogeni ai locului de munca, stresului vietii sau altor factori (R. Fitzpatrick, 1986).

Boala reprezintă, mai mult decât o sumă de simptome, fiind un proces care chiar dacă nu conduce la modificări importante structurale sau functionale, afectează psihicul individului ca o reacție la boală. Starea de boală, legitimată prin diagnostic, conduce la apariția unui comportament structurat în jurul acestei stări. Conștiința bolii conduce la manifestarea unor stresuri psihice majore și de lungă durată.

Se diferențiază în acest sens anozognozia, negarea subiectivă sau nerecunoașterea bolii și opusul său, hipernozognozia, respectiv supraevaluarea subiectivă a simptomelor.

Pentru dimensiunile particulare ale bolii, literatura medicală anglo-saxonă a introdus următorii termeni:

- illness – realitatea subiectivă a bolii, ceea ce percepe bolnavul și nu suferința corporală, ci percepția individuală a unei schimbări negative în bunăstarea sa și în activitățile sale sociale.
- disease – realitatea biofizică a bolii, adică anomalia funcțională a structurii sau fiziologiei organismului.
- sickness – realitatea socioculturală a bolii, adică modelarea rolului social al bolnavului, formele de adaptabilitate socială a maladiei ori atribuirea etichetei de bolnav persoanei suferinde.

Boala presupune și anumite restricții modificând stilul de viață al individului și implicit afectând starea sa psihică:

- restrângerea sau modificarea unor activități motrice sau fiziologice
- limitarea sau suprimarea unor activități intelectuale sau profesionale
- suprimarea unor activități extraprofesionale
- modificarea relațiilor interpersonală în sensul diminuării contactelor cu cei apropiați
- dereglarea raporturilor familiale sau conjugale
- pierderea sau reducerea capacității de muncă și, implicit, a posibilităților asigurării subzistenței
- dependența de alte persoane, mai ales în cazul apariției unor infirmități.

Starea de boală depășește astfel limita biologicului, fiind o stare socială deviantă și nedorită. Prin devianță se înțelege orice abatere de la regulile de conviețuire și imperativele de ordine ale unei forme de viață colective, iar comportamentul deviant este supus de obicei corectiei, tratamentului sau pedepsirii de către agențiile de control social.

În ceea ce privește asocierea bolii cu devianță Scambler (1986) propune trei modalități:

- considerarea bolii ca devianță, și astfel, pe lângă devierea de la starea normală a organismului, starea de boală presupune și o deviere de la normele culturale stabilite cu privire la ceea ce se consideră sănătate, iar cel ajuns într-o astfel de stare trebuie să caute tratamentul necesar pentru a o elimina.
- boala este o stare ce permite comportamentul deviant, făcând posibile noi modalități de manifestare a acestuia. Prin asumarea noului rol de bolnav, individul trebuie își asume drepturile și îndatoririle impuse de acest rol, în caz contrar, comportamentul său deviiind de la obligațiile de rol
- îmbolnavirea deviantă sau stigmatizantă care poartă această etichetă pusă de nespecialiști. Punând diagnostice în virtutea unei autorități dobândite, medicul capătă o putere foarte mare din acest punct de vedere și poate influența persoana etichetată.

Astfel, stigmatul unui individ ajunge să domine percepția și modul în care este tratat de către ceilalți. Astfel, statutul său deviant devine statut dominant și influențează în mod negativ evoluția sa ulterioară.

În funcție de semnificația socio-culturală dobândită de boala în societate, de apartenența indivizilor la medii culturale diferite variază și reacția acestora față de boala și durere, stări fiziologice precum foamea sau durerea având și determinare socio-culturală. Dacă durerea este un indiciu al stării morbide sau premorbide a individului, atât contextul biologic cât și cel cultural au un anumit rol în definirea lor. Astfel, societatea în care se găsește individul devine factorul care condiționează formarea tipurilor de reacție individuală față de durere. Durerea este identică la toți indivizii având funcția de a provoca reacții de evitare a stimulilor nocivi pentru sănătatea individului, dar reacția față de durere este diferită, depinzând de mediul cultural al indivizilor.

Clasificarea bolilor a ținut cont de mai multe criterii, pentru sociologia medicală fiind important criteriul frecvenței și al celor mai efecte asupra vieții colective a oamenilor. Există astfel mai multe clasificări:

R.M. Coe, 1970 propune următoarele tipuri:

- infecto-contagioase
- cronice
- mintale

D. Field a luat în considerare patru criterii:

- durata episodului de boală
- prognosticul (posibilitatea tratamentului curativ și întinderea lui)
- gradul de disconfort (incapacitate sau handicap provocate de boală)
- gradul de stigmatizare (potentialul de autodegradare provocat de boală)

și a evidențiat astfel patru tipuri de boli:

- boli acute de scurtă durată (infectioase: rujeolă, rujeolă, pneumonie)
- boli de lungă durată nestigmatizante (infarctul de miocard, diabetul zaharat)
- boli de lungă durată stigmatizante (cancer, SIDA, sifilis, scleroza multiplă)
- boli mintale (schizofrenia, isteria, fobiile)

Conform OMS (1990), bolile pot fi împărțite în 21 de categorii:

1. boli infectioase și parazitare
2. tumori
3. bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și tulburări ale mecanismului de imunitate
4. boli endocrine, de nutriție și metabolism
5. tulburări mentale și de comportament
6. bolile sistemului nervos
7. bolile urechii și apofizei mastoide
8. bolile ochiului și anexelor sale
9. bolile aparatului circulator
10. bolile aparatului respirator
11. bolile aparatului digestiv
12. boli ale pielii și ale țesutului celular subcutanat
13. bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv
14. bolile aparatului genito-urinar
15. sarcina, nașterea și lăuzia
16. unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală
17. malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale

18. simptome, semne si rezultate imprecis definite ale investigatiilor clinice si de laborator
19. leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor externe
20. cauze externe de morbiditate si mortalitate
21. factori influentând starea de sanatate si motivele recurgerii la serviciile de sanatate.

## 5. Relatia medic – pacient. Aspecte psiho-sociale.

Relatia medic – pacient este una extrem de complexa, vizând aspecte culturale, psihologice si sociale, care vor influenta comportamentul fiecaruia dintre cei doi actori. Aceasta relatie este una care se stabileste între membrii a doua grupuri sociale distincte în ceea ce priveste prestigiul, puterea si orientarile lor: un grup ce ofera îngrijiri specializate unui alt grup care solicita aceste îngrijiri de sanatate. Totodata, aceasta relatie se desfasoara într-un cadru institucionalizat, dupa un anumit ritual. Astfel, în aceasta relatie se contureaza extrem de bine conceptele de status si rol social.

### 1. Statusul social

Statusul reprezinta pozitia ocupata de o persoana sau un grup de persoane în societate, având determinare atât pe orizontala, în ceea ce priveste reseaua de contacte si schimburi cu persoane având acelasi nivel social, cât si pe verticala, vizând relatiile cu persoane aflate în pozitii superioare sau inferioare în ierarhia sociala.

Statusul social a primit din aceste puncte de vedere mai multe definitii si caracterizari:

- ansamblu de relatii egalitare si ierarhice pe care individul le are cu alti membri din grupul din care face parte
- prestigiu social (M. Weber, 1921)
- colectie de drepturi si de datorii generate de locul ocupat de fiecare individ în societate (R. Linton, 1936)
- statusurile atribuite (vârsta, sex, rasa) difera de cele achizitionate (profesie, pozitie economica, stare civila), pentru care individul a optat si a depus anumite eforturi (T. Parsons, 1951)

Statusul de vârsta, cel profesional si cel cultural evolueaza împreuna în copilarie, ulterior distantându-se si dezvoltându-se separat. Exista de asemenea, distinctii, între statusul actual si cel latent, posibil de actualizat în alte contexte sociale. Fiecare persoana posedă mai multe statusuri, gruppate astfel:

- Statusul biologic
- Statusul familial
- Statusul extrafamilial

Toate statusurile asociate unei persoane formeaza setul de statusuri proprii acesteia, între care cel cultural, cel economic si cel profesional au cel mai important rol în configurarea statusului social al persoanei respective.

Statusul profesional este cel mai important în societatile moderne, divizându-se în:

- statusuri formale (oficiale, distribuite conform cu organigrama)
- informale (dobândite pe baza caracteristicilor persoanei)

Statusul formal face diferenta între gradul de autoritate conferit de organizatie angajatilor si se exteriorizeaza printr-un set de simboluri:

- titluri profesionale

- avantaje suplimentare
- posibilitatea de a desfășura o muncă plăcută
- condiții de lucru luxoase

Statusul informal vizează prestigiul obținut de angajați pe baza unor tratări necerute expres de organizație:

- angajații în vârstă și cu mai mare experiență sunt percepuți cu un status mai înalt decât ceilalți colegi
  - cei care au capacități speciale au de asemenea un status mai înalt
  - femeile și persoanele aparținând unor grupuri minoritare sunt valorizate mai puțin
- Dobândirea unui status profesional mai înalt se face pe mai multe cai:

- experiența câștigată
- trecerea prin posturi de suport mai puțin prestigioase, care oferă posibilitatea dobândirii de experiență
- concursuri sau numiri în posturi noi
- calități excepționale
- status privilegiat al familiei individului, relații sociale de suport, intervenții de susținere în momentul avansării

Schimbarea statusului profesional implică și schimbarea statusului economic (venituri și prestigiu social). Totodată, statusurile parțiale ale unei persoane pot fi congruente sau incongruente, putând genera conflicte (statusul profesional cu cel familial), iar pozițiile ierarhice intermediare determină conflicte intersatus, depășite doar prin modul în care persoana își percepe propriul status.

## 2. Rolul social

Rolul social reprezintă model de comportare asociat unui status, punerea în act a drepturilor și datoriilor prevăzute de statusurile indivizilor și grupurilor într-un sistem social. Învățarea rolurilor sociale duce la formarea personalității și asigură funcționalitatea colectivităților umane. Rolul social reprezintă atât comportamentul efectiv cât și prescripția normativă în legătură cu acesta., fiind definit și ca ansamblul de comportamente pe care în mod legitim îl așteaptă ceilalți de la individul care ocupă un status social. În raport cu statusul social, rolul este mai flexibil. Statusul poate rămâne neschimbat, dar rolul se poate modifica pe măsura schimbării cerințelor sociale. Rolurile sociale evoluează în funcție de așteptările rolului (prescripțiile normative care definesc modul în care trebuie jucat un rol), iar realizarea rolului este dependentă de cerințele de rol, perceperea lor de către individ, trăsăturile de personalitate ori gradul de identificare a individului cu grupul de apartenență.

În problema raporturilor dintre rol și personalitate au fost distinse trei poziții (J. Maisonneuve, 1996):

- personalitatea nu se poate confunda cu rolurile, ea doar le transcende și se exprimă prin intermediul lor
- personalitatea se reduce la jocul de roluri
- personalitatea este o putere de opțiune între roluri, o sinteză a lor și a anumitor elemente aparte, ireductibile, constituindu-se astfel persoana (legată de o scară de valori) sau personajul (sinteză compromisă)

Personajul este astfel un compromis între spontaneitatea subiectului și exigentele sociale realizându-se în diverse modalități:

- rol stereotipizat (a trebui să fii), în strictă conformitate cu modelul și așteptările celorlalți
- masca (aparență), un compromis cu intenție manipulatorie sau oportunistă
- refugiu (alibi), cu intrarea în roluri protectoare sau magice
- ideal personal (a voi să fii), trăit în mod dinamic, ca expresie a unui eu profund

Rolurile sociale au funcția de reglare a raporturilor sociale și de structurare a comportamentului indivizilor în limite așteptate de societate. Statutul social presupune existența concomitentă a unui set de roluri ce pot fi sau nu congruente. Tensiunea rolului (persoana nu poate răspunde așteptărilor rolului) apare în situații precum:

- există discrepanțe între trăsăturile de personalitate și prevederile rolului social
- apare o schimbare rapidă a rolului de la un tip de activitate la altul
- persoana este supra- ori subsolicitată în rolul respectiv.

Conflictul de rol apare atunci când individul joacă două sau mai multe roluri ale caror cerințe sunt contrare și nu pot fi conciliate, singura soluție în acest sens fiind ierarhizarea rolurilor prin ignorarea anumitor prevederi până la o limită maximă. Între sursele de conflict între roluri se numără (J. Maisonneuve):

- proliferarea rolurilor în societatea contemporană
- inconsistența sau echivocul pozițiilor și al modelelor de roluri corelative
- evoluția rolurilor în defavoarea statuturilor și a modelelor comune
- articularea deficientă a funcțiilor
- plasarea individului într-o poziție de intersecție
- inaderența individului afectivă și ideologică la rol
- reacția provocată asupra individului de exigente incompatibile ale unui rol mixt.

Metodele de ieșire din conflictul de roluri pot fi (J. Maisonneuve):

- optiunea pentru un rol în defavoarea altuia
- compromisul pe baza unei ierarhii între prescripții, ori a unei alternanțe a rolurilor
- inovația în promovarea unui nou model de rol care conciliaza așteptările contrare, menținând doar o parte din aspectele rolurilor aflate în conflict
- rationalizarea elimină antagonismul conduitelor concrete prin referirea la principii care par să se concilieze în abstracto
- negarea conflictului în scopul protejării de anxietate și îndepărtării scaderii.

Astfel, conflictele între roluri devin factori de schimbare socială, având potențial perturbator pe plan social și personal, provocând chiar, prin amplificare la nivelul societății, o revizuire a așteptărilor și a datelor obiective.

Rolurile sociale pot fi și ele impuse și dobândite, în condiții similare statuturilor sociale, iar între rol și personalitate există o strânsă interdependență

### **Statusurile sociale și rolurile sociale în relația medic – pacient**

În societatea actuală, medicul are un statut extrem de înalt, diferențiindu-se prin nivelul de formare abstractă și specializată, prin orientarea spre profesie, prin recunoașterea autorității depline asupra bolii și monopolul asupra tratamentului. Monopolul asupra activității proprii în

diferentiaza net pe medici de alti profesioniști, dobândind astfel și o autonomie extrema asupra controlului și exercitiului meseriei. Statusul social al medicului este perceput de către masa largă de persoane în asociere cu valori precum: putere, cunoaștere, devotament, eroism, putere de sacrificiu.

Intervenind în situațiile de criză, medicul apare într-o triplă ipostază, de om care:

- alina suferința
- vindeca boala
- salvează viața bolnavului

Medicul dobândește puteri magice, precum șamanii, devenind un personaj cu puteri și drepturi inaccesibile muritorilor de rând. Statusul înalt al medicului provine din duritatea și frustrarea înregistrate pe parcursul pregătirii profesionale îndelungate. Totodată, la acest lucru contribuie și apartenența sa la clase sociale superioare care se datorează costurilor mari de instruire.

Rolul social al medicului este asociat statusului său și este caracterizat de cinci trasături principale (T. Parsons, 1956):

- competența tehnică determinată de conținutul tehnic al științei medicale și prioritară în îndeplinirea eficientă a actului medical. Este asimilată încă de la începutul studiilor și se probează prin concursuri și examene și atestată de titlul profesional. Unul dintre atributele sale, întâlnit cel mai des în cazul medicilor generalști, este minimă competență în maximum de domenii medicale. Competența tehnică presupune și cunoașterea unor noțiuni non-medicale, care au însă implicații profesionale ori socio-administrative pentru bolnav (drepturi materiale și legale, pensionari, protecție împotriva noxelor, etc.)
- universalismul care presupune existența unei relații cu pacientul bazate pe reguli formale și nu pe legături personale, neputând face nici un fel de discriminare în acest sens. Există însă și excepțiile care confirmă regula:
  1. medicina de campanie în care asistența medicală se acordă cu precădere gradelor superioare
  2. presiunile de natură socială cu privire la îngrijirea unor personaje cheie în viața politică ori socio-economică
  3. cabinetele și clinicile particulare
- specificitatea funcțională privind îngrijirea sănătății și rezolvarea cazurilor de boală, care presupune acțiunea cu mijloace și tehnici specifice (tehnice, psihologice, psihiatrice, etc.) și fără a interveni în alte aspecte ale vieții pacientului.
- neutralitatea afectivă care impune existența unei relații obiective și fără implicare emoțională. Dacă relația medic – pacient presupune existența unui anumit grad de acces din partea medicului la intimitatea corporală și psihică a pacientului, acest proces nu trebuie să fie unul care să acționeze și în sens invers. Chiar dacă în aceste raporturi medicul devine un surrogat de părinte, frate sau prieten, el nu trebuie să se confunde cu aceștia și nici să judece ori să condamne bolnavul indiferent de culpa acestuia.
- orientarea spre colectivitate este obiectivul ideologiei medicale, care pune accent pe devotamentul față de colectivitate și mai puțin pe urmărirea unor profituri materiale. Profesiunea de medic presupune, ca și alte profesii, reușita dar, spre deosebire de acestea în care orientarea valorilor se face spre sine, aici este spre alții. În plus, moralitatea medicului este crucială în chiar legitimarea stării de bolnav a pacientului.

Rolul social de bolnav implică cinci trasături caracteristice (I. B. Iamandescu, 1997):

- situatia marginala a bolnavului din care rezulta instabilitate emotionala si stari conflictuale
- pericolul care apare asupra bolnavului si care îl determina sa apeleze la mijloace si tehnici de protectie, rezultând si aici stari euforice ori sugestibilitate amplificata.
- restrângerea orizontului
- egocentrism
- anxietate si exagerarea actiunii factorilor de mai sus ca urmare a unei perspective temporare de lunga durata a bolii.

Tot rolul social de bolnav, cu caracter temporar sau permanent presupune alte patru caracteristici (Parsons):

- degrevarea de sarcinile si responsabilitatile vietii normale, ce se poate transforma într-un drept în cazul în care boala nu se vindeca
- receptarea sprijinului din partea institutiilor abilitate în acordarea ajutorului medical, actiune care presupune si doua extreme: exagerare ori refuz.
- dorinta de însanatosire ca o legitimitate conditionata a rolului de bolnav.
- obligatia de a cauta ajutor competent si de cooperare cu personalul abilitat în acest sens, obligatie care legitimeaza starea de boala, anulând caracterul de devianta al acesteia.

Prima caracteristica nu este una generalizata, aplicându-se neconditionat în cazul bolilor grave dar nu si în acela al unor boli cronice ori malformatii congenitale, în timp ce a doua trasatura nu este valabila în cazul formelor usoare de boala.

Tipul de rol social al bolii este în strânsa corelatie cu:

- natura bolii (somatice, psihice)
- gravitatea bolii
- cronicizarea bolii
- tipul de tratament aplicat (ambulator, stationar, spitalicesc).

Se poate vorbi în aceasi timp si de doua tipuri de pacienti (Beckmann, 1979):

- bolnavii timizi care doresc o relatie extrem de apropiata cu medicul curant, care sa le ofere protectie si compasiune pentru probleme de orice natura (personala, socio-emotionala, etc.)
- bolnavii „suprasanatosi“, cu grave tulburari de sanatate, dar care refuza sa accepte boala si sa consulte medicul stiind ca tratamentul nu este eficient.

Rolul social al bolnavului legitimeaza astfel vulnerabilitatea sa temporara sau permanenta, totodata obligându-l sa caute vindecarea si sa își asume incapacitatea, existând însa în acelasi timp si pericolul ca pacientul sa încerce sa evite o serie de responsabilitati invocând o stare de boala mai mult sau mai putin existenta.

Relatia medic – pacient devine astfel si o relatie de roluri, asimetrica si consensuala, în care medicul are pozitia de superioritate, fiind elementul (activ) care cauta solutia la boala de care sufera pacientul, vazut aici ca un element pasiv. Totodata, pacientul recunoaste autoritatea medicului, iar relatia terapeutica se bazeaza pe reciprocitate, cele doua roluri alcatuind un cuplu complementar. Atitudinile pe care medicul le adopta în cadrul acestei relatii pot fi:

- tutor autoritar
- mentor
- savant detasat
- parinte bun si protector
- avocat al „adevarului înainte de toate“

Natura relatiei medic – pacient influenteaza în mod decisiv actul terapeutic si stabilirea diagnosticului.

În caracterizarea relatiei sociale medic – pacient s-au impus două puncte de vedere:

1. relatie între doi actori sociali (T. Parsons), în care cele două roluri sunt complementare, iar drepturile si obligatiile sociale prevazute potenteaza eventualul conflict interrelational, fara a-l elimina în totalitate. Acest model se refera însa la bolile acute, care în societatea actuala au cedat locul bolilor cronice, în care pacientii ramân în activitatea socio-economica cu responsabilitatile aferente. Prin prisma faptului ca bolile cronice sunt greu vindecabile, relatia medic – pacient a suferit modificari aparând si incertitudini de ordin clinic (privind diagnosticul si prognosticul sau) si functionale (privind secretul pastrat de medic asupra diagnosticului). În acest model de relatie s-au diferentiat trei situatii, legate de simptomele organice ale pacientului (T. Szasz, M. H. Hollender, 1956):

- activitate – pasivitate, medicul este activ, bolnavul pasiv (rani grave, coma, anestezie)
- conducere – cooperare, bolnavul urmeaza sfaturi si are rationament (boli acute, infectii)
- participare reciproca, medicul ghideaza bolnavul în a-si acorda singur ajutorul, întâlnirile fiind ocazionale (boli cronice)

În aceasta relatie a fost însa omisa o a patra situatie, în care pacientul conduce, iar medicul coopereaza, situatie aparuta în momentul în care medicul raspunde pozitiv cererilor pacientului, scriindu-i o reteta ori o trimitere.

Relatia medic – pacient are si o importanta coordonata sociala, bolnavii proveniti din clasele medii si înalte bucurându-se de o mai atenta îngrijire decât cei din clasele de jos, acest aspect modificând natura raporturile existente între cei doi actori.

2. relatie potential conflictuala (E. Freidson, 1970), originile starii conflictuale fiind interesele si perspectivele diferite avute de medic si pacient. profesia de medic este una dintre grupele de interes din societate, iar codurile etice si legile care reglementeaza exercitiul medical devin mecanisme care îi protejeaza pe medici de ingerinta publicului si de concurenta altor profesionisti. Medicul percepe boala si bolnavul din perspectiva specializarii sale profesionale si va defini el însusi continutul si formele serviciului pe care îl acorda bolnavului, în timp ce acesta din urma își percepe afectiunea în functie de nevoile cotidiene si de nivelul sau cultural. Chiar daca nu va reusi sa își impuna punctul de vedere în fata medicului, bolnavul nu va fi un element docil pe parcursul existentei unei relatii între el si medic.

Situatiile conflictuale au la origini si alti factori:

- tipul de activitate medicala (chirurgie, psihiatrie, neurologie, etc.)
- tipul de pacient
- tipul de boala.

De asemeni, tensiuni interrelationale pot aparea si în cazul în care medicul va efectua consultul fara acceptul pacientului, acesta putând deveni un pericol pentru anturaj (Baron, 1991):

- alcoolicul violent în stare de intoxicatie acuta
- psihoticul care poate comite suicid sau acte agresive
- toxicomanul în lipsa de drog, solicitând violent doza
- pacientii antrenati într-un conflict ce poate degenera în violente extreme

Între prioritatile actului medical într-un astfel de caz se numara rezolvarea urmatoarelor probleme:

- tulburari de comportament ale pacientului
- suferintei bolnavului
- perturbarea ordinii publice

Prioritatile diferite ale medicului si pacientului constituie o alta sursa importanta de conflicte pe parcursul derularii relatiei între cei doi. În timp ce pentru pacient prioritatea absoluta o are propria afectiune si tratamentul efectuat, medicul trebuie sa se implice în tratarea unui numar mai mare de pacienti.

Tot sursa de conflicte în relatia medic – pacient este si diferenta dintre cei doi actori în ceea ce priveste evaluarea gravitatii bolii, diferenta ce provine din inechilibrul în cunostiinte medicale si din experienta personala diferita a bolii. Astfel, de cele mai multe ori, medicii par a subestima gravitatea bolii si mai ales efectul acesteia asupra vietii cotidiene a bolnavilor, în timp ce pacientii o supraestimeaza, considerând-o extrem de grava.

Asteptarile contradictorii ale indicilor cu privire la comportamentul bolnavilor se constituie într-o alta sursa de conflict între medic si pacient. În viziunea medicilor, pacientul ideal este cel capabil sa își evalueze starea de sanatate cu suficient discernamânt pentru a cunoaste problemele pe care trebuie sa le supuna atentiei medicului, deci un individ cu suficiente cunostiinte medicale. Acest ideal vine însa în contradictie cu dorinta ca pacientul sa accepte fara echivoc diagnosticul si tratamentul prescris, iar pacientul vazut în aceasta dubla ipostaza devine o potentiala sursa de conflict.

Din fericire însa, toate aceste surse de conflict sunt unele potentiale, ele îmbracând rareori forme deschise.

Strategiile de control în relatia medic – pacient se împart în patru categorii (Morgan, 1986):

1. Persuasiunea - daca pacientii încearca sa convinga medicul ca un anumit tip de tratament este mai potrivit, prezentând informatiile legate de boala într-un mod convenabil lor, si medicul va încerca la rândul sau sa convinga pacientul ca procedeu sau este cel mai bun prin copleșirea sa cu dovezi sub forma de analize de laborator ori exemple din experienta anterioara si nu accepta sugerarea de proceduri de catre pacient.
2. Negocierea – procesul prin care medicii si pacientii ajung la un compromis, de obicei în ceea ce priveste durata programului de tratament.
3. Incertitudinea functionala – în momentul în care exista siguranta privind evolutia unei boli ori succesul unei terapii, medicul poate mentine incertitudinea pacientului, în scopul economisirii de timp, evitarii unor scene emotionale, ori al mentinerii autoritatii asupra pacientului.
4. Comportamentul non-verbal – joaca un rol important în desfasurarea acestei relatii si în influentarea calitatii informatiei comunicate. Aceste tehnici non-verbale servesc la controlul consultatiei, ori pentru a indica sfârșitul acesteia. Din punctul de vedere al comportamentului non-verbal, medicul ocupa pozitia dominanta, conducând dialogul si semnalând intrarea ori iesirea pacientului, posibilitatea acestuia din urma de a influenta în vreun fel conversatia depinzând de nivelul cunostiintelor medicale pe care le posedea, de gradul de disconfort creat de boala, precum si de capacitatea de a-si exprima trairile, dar si de bunavointa medicului.

Consultatiile au fost si ele împartite în doua categorii ce se deosebesc prin oportunitatea acordata participarii pacientilor (Byrne, Long, 1976):

- centrate pe medic, caracterizate prin abordare directă, utilizarea unui interviu strâns controlat care ținea la stabilirea diagnosticului într-un timp cât mai scurt, iar pacientului i se refuza posibilitatea discutării simptomelor, problemelor și angoaselor.
- centrate pe pacient, în care medicul acorda mai mult timp pacientului și tuturor problemelor acestuia, acest model tinzând spre extindere, dar având șanse reduse deocamdata datorită presiunii timpului.

Prescrierea rețetelor medicale este o trăsătură generală a practicii medicale, îndeplinind funcții sociale importante în relația medic – pacient. Astfel, medicul poate prescrie rețete pentru a-și satisface așteptările pacientului, așa cum le percepe el, poate scurta durata unei consultații și în același timp, poate influența comportamentul pacientului dincolo de relația directă între ei.

În prezent, s-a înregistrat o importantă sporire a participării pacientului la actul medical, datorită acumulării de cunoștințe medicale în rândul pacienților. Acest lucru reflectă importanța acordată de mass-media bolii și sănătății și, în consecință, creșterea responsabilității indivizilor în legătura cu propria sănătate. De asemenea, acceptarea ideii că medicii trebuie să se comporte și ca educatori în problemele de sănătate au condus la modificarea raporturilor medic – pacient.

Pentru optimizarea relațiilor medic – pacient, a fost elaborat chiar un cod de conduită (I. Saas, 1995):

#### A. Reguli pentru cetățeni privind îngrijirile medicale

1. consultați un expert medical experimentat și demn de încredere
2. dezvoltăți-vă simțul responsabilității și competența pentru a înlătura riscurile medicale
3. utilizați din plin medicina preventivă și predictivă
4. profitați de îngrijirile medicale de vârf, dar fiți atenți la limitele și riscurile oricărei intervenții medicale.
5. cereți informații și sfaturi experților medicali și fiți-le un partener loial
6. definiți-vă sensul calității vieții, valabil din copilărie până la bătrânețe, pentru perioadele de boală și de sănătate și bucurați-vă de ea
7. pregătiți un testament biologic și desemnați pe cineva pentru a lua decizii dacă veți deveni dependent
8. folosiți în mod responsabil resursele medicale comune

#### B. Reguli pentru personalul medical

1. tratați fiecare pacient ca pe o persoană, nu ca pe un caz
2. ajutați pacienții să își dezvolte competența lor medicală pentru a elimina riscurile medicale
3. integrați statusul de valori al pacientului în statusul sau clinic din diagnosticul diferențial și pentru a stabili prognosticul
4. cunoașteți avantajele, limitele și riscurile medicinei de vârf și discutați-le cu pacienții
5. fiți un partener competent în relațiile cu pacientul și respectați-l punctele de vedere și valorile sale
6. preocupați-vă permanent de perfecționarea pregătirii voastre profesionale și oferiți cele mai bune servicii clinice și personale pacienților
7. ajutați pacientul să își pregătească un testament biologic (privitor la donarea de organe) și colaborați cu cei apropiați lui, în interesul său.
8. folosiți în mod responsabil resursele medicale comune.