

CAPITOLUL II - Analiza aspectelor sociale ale nivelului de sănătate și boală a populației instituționalizate și a factorilor de influență a acestora

II.1 Cercetări anterioare realizate pe tema studiată în cadrul lucrării

În prezent, în cea mai mare parte a statelor lumii, medicina are un profund caracter comunitar, demonstrat și de faptul că abordarea sănătății și a bolii are loc într-un context multidisciplinar, în cadrul căruia eforturile medicului se conjugă cu activitățile de evaluare și intervenție a biologilor, psihologilor, sociologilor, demografilor, economiștilor și ale altor categorii de specialiști din științele sociale. Pentru a nu oferi decât un exemplu, diminuarea morbidității ori a mortalității nu a fost și nu este condiționată, exclusiv, de acțiunile medicale. Un rol la fel sau poate chiar mai important revine factorilor sociali, demografici sau politici, printre care programele de dezvoltare, condițiile vieții materiale, calitatea vieții, calitatea locuirii, a condițiilor de muncă, resursele familiei, stilurile de viață ș.a. În evaluarea acestor factori, un rol deosebit de important l-au avut sociologii, care au evidențiat ideea că nu bolile ca atare sunt importante, ci oamenii care sunt afectați de aceste boli. Din punct de vedere, procesul de definire a bolii, reacțiile față de ea, conduitele și rolurile pe care le implică au o profundă coloratură socială și culturală, care solicită, în mod imperios, activitatea sociologului.

Geneza și fundamentarea unei noi discipline (sociologia clinică) au fost determinate de constatarea că însăși medicina are valențele unei veritabile, *științe sociale*, ale cărei direcții de acțiune nu se pot plasa numai în laborator, fiind dependente

nemijlocit de factorii sociali, de programele și politicile care au ca scop ameliorarea componentelor bunăstării sociale și ale calității vieții, inclusiv ale sănătății populației. Accentul exagerat pus pe medicină ca știință exclusiv *terapeutică* și stilul excesiv “pozitivist” au dominat, o lungă perioadă de timp, practicile medicale, punând, inițial, sub semnul îndoielii convergența dintre medicină (ca știință *naturală, biologică*) și sociologie (ca știință *socială* sau *socio-umană*). Ulterior, o dată cu recunoașterea faptului că stabilirea etiologiei bolilor nu se poate limita la examenele clinice sau de laborator și cu generalizarea ideii conform căreia acțiunile profilactice au o importanță cel puțin la fel de mare ca și cele terapeutice, colaborarea dintre cele două științe a devenit permanentă.

Sociologii au adus în acest sens informații importante cu privire la relația medicilor cu pacienții care suferă de boli cronice, degenerative sau letale, cu bolnavii muribunzi. Există, de altfel, câteva explicații pentru a justifica acest interes al sociologilor față de o asemenea problematică. În primul rând, tematica morții, la fel ca și cea a sexualității, nu mai reprezintă în societatea contemporană o problemă tabu, așa cum era considerată în societățile tradiționale. În același timp, spre deosebire de medici, care tind să-și piardă interesul față de pacienții cu boli în fața cărora medicina nu mai poate face nimic, sociologii și-au orientat, încă de timpuriu, interesul către victimele defavorizate ale societății și către membrii grupărilor minoritare, printre care se pot număra și bolnavii muribunzi. Asemenea bolnavi oferă, se poate spune, oportunități strategice pentru studierea normelor care guvernează relația medic – pacient, și din rândul cărora *neutralitatea afectivă*, invocată de T. Parsons, este una dintre cele mai importante. Studiile câtorva sociologi (cum ar fi Sudnow D., 1967) au demonstrat, de exemplu, că această normă nu operează întotdeauna în relația medic – pacient, existând diferențe importante între atitudinile medicilor față de un copil aflat pe moarte, o victimă a unui

accident de circulație în comă sau un alcoolic muribund. În ceea ce privește investigarea relației medicului cu alți membri ai corpului medical, o parte consistentă din studiile sociologice a evidențiat fie aspectele de cooperare (de exemplu, influența legăturilor colegiale în promovarea profesională a tinerilor medici, influența relațiilor de prietenie dintre medici în adoptarea unor noi practici medicale sau medicamente etc.), fie cele de conflict. De exemplu, acelea dintre practicieni și cadrele medicale universitare în ceea ce privește competiția economică vizând profitul obținut de la pacienți (Kendall P.L., 1965), dintre medicii care dovedesc atașament față de comunitatea în care profesează și cei cu orientare “cosmopolită” etc.

În ultimele două decenii, o dată cu generalizarea preocupărilor de sociologie clinică și de tanatologie socială, s-au intensificat cercetările cu privire la problemele sociale ale bolnavilor sau bătrânilor muribunzi, cele vizând reacțiile sociale la apariția morții și cele referitoare la categoriile de profesioniști aflați în contact direct cu persoanele care au murit sau în curs de a muri, printre care medici, asistente, surori, clerici, reprezentanți ai serviciilor funerare etc. De aceea, majoritatea lucrărilor de sociologie medicală includ în prezent capitole sau secțiuni speciale dedicate preocupărilor de tanatologie socială, printre care atitudinile, valorile și reacțiile bolnavilor incurabili față de moarte, reacțiile familiei și ale societății, ceremoniile și formele de organizare instituționalizată care intervin o dată cu apariția acestui eveniment etc. Următoarele domenii sunt cele mai reprezentative pentru toate aceste preocupări, care ar putea fi sintetizate într-o veritabilă *sociologie a morții* (Cox G.R., Fundis R.J., 1990, p. 59):

- a. atitudinile față de moarte;
- b. perspective transculturale asupra morții;
- c. relațiile dintre viață, moarte și etică;
- d. medicină, tratament și deontologie medicală;
- e. aspecte juridice ale morții;

- f. filozofia și moartea;
- g. atitudinile copilului față de moarte;
- h. copiii care mor;
- i. profesia medicală și moartea;
- j. azilul;
- k. tratamentul bolilor incurabile;
- l. dirijarea suferinței;
- m. riscul de a muri;
- n. moartea violentă;
- o. moartea în război;
- p. fumatul, drogurile și moartea;
- q. suicidul;
- r. prevenirea suicidului;
- s. ceremoniile funerare: abordări culturale comparative.

Considerând procesul morții dintr-o perspectivă sociologică, B. Glaser și A. Strauss (1965), care au utilizat observația participantă și interviul în mai multe spitale americane, au evidențiat procesul de interacțiune care se stabilește între pacienții incurabili și, pe de o parte, familiile lor, iar, pe de altă parte, membrii personalului medical. Autorii menționați au elaborat următoarea tipologie a acestei interacțiuni, distingând patru *contexte de conștientizare* a morții iminente:

- a. *conștientizarea închisă (restrânsă)* – pacientul nu recunoaște că moartea sa este iminentă, deși ceilalți știu acest lucru;
- b. *conștientizarea presupusă* – pacientul bănuiește că va muri, dar ceilalți nu-i spun nimic despre acest lucru;
- c. *prefăcătoria reciprocă* – fiecare dintre părți, inclusiv pacientul, știe că moartea este inevitabilă, dar acționează și se comportă ca și cum prognosticul bolii ar fi optimist;
- d. *conștientizarea deschisă* – toate părțile recunosc deschis și discută între ele caracterul inevitabil al morții.

Aceste contexte de conștientizare nu grăbesc, așa cum consideră diferiți autori, procesul morții, ci determină doar modalitățile de interacțiune între pacient, membrii familiei lui și cei ai corpului medical, care, de cele mai multe ori, evită să recunoască deschis iminența morții. Conștientizarea deschisă a acestei iminențe permite însă atenuarea sentimentelor de alienare ale bolnavului incurabil.

Anterior am subliniat, prin trecerea în revistă a unor cercetări, din sfera sociologiei medicale și a celei clinice (realizate în alte spații decât cel românesc) că au existat preocupări în ceea ce privește fenomenul de boală, însă la noi în țară domeniul sociologiei clinice continuă să fie unul nou, nefiind aprofundat cu ajutorul cercetărilor specifice.

În ultimele decenii, extinderea activității din spitale în direcția rezolvării unor probleme cu caracter atât medical, cât și social a determinat apariția unor instituții noi, cum ar fi unitățile medico-sociale, dar și a unor noi grupuri profesionale, participante la actul medico-social, altele decât cele cu caracter tradițional, printre care psihologii, asistenții sociali și sociologii.

Apariția acestor noi instituții (unități medico-sociale) în societate pot conduce la schimbări în homeostazia sistemului familial, dar și la nivelul mentalității indivizilor, care primesc, dar și a celor care prestează servicii medico-sociale, pentru o anumită categorie de beneficiari, ce fac dovada faptică, că au nevoie de aceste prestații sociale.

O dată cu apariția în anul 2004, a acestei noi structuri organizatorice în sistemul medical – unitatea medico-socială - se impune o evaluare inițială a funcționalității acestui tip de instituție de tip rezidențial, care să determine recomandări eficiente în practica instituțională și interinstituțională. În acest scop am realizat o cercetare de amploare în cele trei unități medico-sociale din județul Iași, utilizând metodele cantitative și calitative, pentru a vizualiza concret relația dintre specialiștii practicieni din domeniul medico-social – beneficiar, care este

una extrem de complexă, vizând aspecte culturale, psihologice și sociale, care vor influența comportamentul fiecăruia dintre actori. Această relație este una care se stabilește între membrii a două grupuri sociale distincte în ceea ce privește prestigiul, puterea și orientările lor: un grup ce oferă îngrijiri specializate (personalul socio-medical al acestor tipuri de instituții) unui alt grup (format din persoane cu probleme socio-medicale ce locuiesc pentru o perioadă determinată sau nedeterminată în astfel de instituții), care solicită aceste îngrijiri medico-sociale. Totodată, această relație se desfășoară într-un cadru instituționalizat, după un anumit ritual. Astfel, în această relație se conturează extrem de bine conceptele de status și rol social.

O studiere aprofundată a nevoilor celor două grupuri țintă ale lucrării ar putea determina o creștere a calității serviciilor medico-sociale oferite de cele două sisteme: social și medical, dar în același timp ar putea determina în rândul beneficiarilor o creștere a calității vieții. Din acest motiv, consider că o cercetare cantitativă și una calitativă aprofundată în acest domeniu pot conduce la dobândirea unor date și informații despre populațiile studiate, investigarea opiniilor lor și ale practicienilor în relații socio-umane, cu privire la diferite căi de rezolvare a problemelor din sistemele social și medical, confruntarea acestor opinii cu eficacitatea potențialelor măsuri oficiale de politică socială, împreună cu inventarul măsurilor de asistență socială, toate acestea vor determina investigația operațională prin sprijinul efectiv acordat indivizilor sau grupurilor în schimbarea situației lor de viață în confruntarea cu fenomenul de boală.

II.2 Sănătatea și boala din perspectivă istorică și trandisciplinară

Medicii români care au încercat să cunoască sub alte aspecte realitățile sociale au adus o contribuție importantă la munca de investigare a vieții sociale.

Dintre acești medici care s-au dedicat descrierii vieții sociale, figura cea mai proeminentă este aceea a doctorului *Constantin Caracas* (1773-1828) cu lucrarea sa *Topografia Țării Românești și observațiuni antropologice privitoare la sănătatea și bolile locuitorilor ei*, tipărită la București, în 1830, la tipografia lui Ion Heliade-Rădulescu.

Lucrarea doctorului Caracas dă posibilitatea conturării unei imagini bine definite asupra stării sociale din epocă, cu diferențele clare dintre clasele sociale, cu nivelul de trai și de cultura acestora.

La rândul lui medicul *Virmav* adopta aceeași temă în *Rudimentum psychographiae Moldaviae*, tipărită la Buda, în 1836.

Aceste două lucrări reprezintă germeii descrierii realității sociale din perspectivă clinică. De la aceste studii s-a parcurs un drum lung, pe acesta înscriindu-se mai mulți savanți precum *Victor Babeș* și alții.

Lucrările medicilor diferă ca proporții și scop. Ca importante pentru cercetarea sociologică pot fi citate: “O pagină din istoria contemporană a României din punct de vedere medical, economic și național”, scrisă de doctorul *C.I. Istrati*; “Igiena țăranului. Locuința. Iluminatul și încălzitul ei. Îmbrăcămintea, încălțăminte. Alimentația țăranului în deosebitele epoci ale anului și în diferitele regiuni ale țării” de doctorul *N. Manolescu*, și îndeosebi “Raport general asupra igienei publice și asupra serviciului sanitar al regatului României pe anul 1895” de doctorul *I. Felix*.

Medicii care au întocmit studii sociale au folosit ca metodă observația directă și în unele cazuri date și tabele statistice care făceau parte din rapoarte și dări de seamă.

Doctorul Manolescu oferă o deosebită atenție procedurilor folosite în cercetare. În cuvântul introductiv al lucrării, autorul notează: “Baza acestui studiu sunt fapte văzute și controlate de mine însumi aproape în totalitatea lor, descrise amănunțit și reprezentate într-o mare parte prin mijloace ce mi-au dat cea mai mare fidelitate de expunere obiectivă. Între mijloacele de reprezentare fidelă am ales și fotografierea cu cel mai superior mijloc etnografic pe care nu-l poate concura nici un talent descriptiv”.

Din punct de vedere sociologic însă, o mai mare valoare au concluziile desprinse din cercetări decât metodele folosite. Concluzia doctorului Istrati este aceea că: “Boalele de care suferă populațiunea română din țară sunt multiple. Una dintre ele, mizeria, joacă rolul de cauză principală, predispozantă toate celelalte locuințele defectuoase, alimentația insuficientă, chiar postul, sifilisul, alcoolismul, malarii, etc. joacă rolul de cauze ocazionale sau sunt cu totul dependente de cauza primă mizeria”. Doctorul continuă prin a afirma ca mizeria și proletariatul fac ca aproape toți membrii clasei locuitorilor să fie ca și “cei de pe urma vrieri din centrurile mari ale Occidentului.

Medicul consideră că “starea economică rea” a produs efecte în “ordinea socială”, “în ordinea vieții fiziologice”, “în ordinea morală” și “în ordinea națională”. El continuă prin a arăta efectele “mizeriei”- degenerarea și alcoolismul - generate de alimentația insuficientă, morbiditate și mortalitate mult mai mari, incapacitatea de a munci, sterilitatea rasei, degenerare fizică.

Acțiunea acestor doctori se înscrie în tendința forțelor sociale de a face cunoscută opiniei publice mizeria claselor

muncitoare, a dezvălui cauzele acelor stări sociale și de a propune soluții cu caracter parțial.

Din punct de vedere sociologic, sănătatea și boala sunt legate de problemele largi ale devierii, conformității și controlului social. Sănătatea și boala sunt abordate astfel în conceptul global, multifactorial (factori genetici și familiali, factorii mediului ambiant, fizic și socio-economic, politic și cultural). Astfel vorbim de o interferență participativă multidisciplinară a contribuțiilor la starea de bine din punct de vedere mintal și social în ceea ce privește individul și colectivitatea. Sănătatea reprezintă posibilitatea de adaptare armoniosă la mediul ambiant complex.

Boala apare ca o imposibilitate de adaptare la multitudinea de condiții la mediul ambiant. Boala din punct de vedere social este o inadaptabilitate la mediul social, sănătatea fiind o expresie a stării de bine social. Omul trebuie privit ca o ființă socială, dreptul la sănătate făcând parte indistructibil de justiția socială. Seneca afirma – “omul este un animal social”. Individul reprezintă o entitate biologică, economică, culturală, socială și juridică, putând fi considerat din punct de vedere multidisciplinar în organizație, cu existența, drepturilor și obligațiilor. Privit prin această prismă, efectul bolii are categoric un sens disfuncțional, raportat atât la consecințele sale asupra organismului uman cât și la consecințele sociale, care decurg dintr-o asemenea împrejurare. E mult mai ușor de diagnosticat boala respectivă, când ea corespunde unui model clinic identificabil; durerea, suferințele, starea de disconfort a pacienților sunt elemente, care orientează pe medic în direcția stabilirii unei cauze fundamentale, care produce suferința subiectivă a pacientului.

Medicina contemporană se confruntă astăzi cu probleme de sănătate ale omului în ambianța mediului de munca, de viață, de conviețuire. În acest sens mediul economic, social, spiritual în care trăiește omul are o influență decisivă

asupra stării sale de sănătate sau de boală. Rolul său în societate, funcția și poziția sa specifică la locul de muncă sau în familie constituie factori de bază care influențează, în cel mai înalt grad relația sa cu agenții bolii și nemijlocit aduce individul la o stare de incapacitate și neliniște sufletească. Boala și sănătatea se află într-un raport influențat de societate.

Sănătatea a devenit un bun deosebit de prețios, nu numai pentru bunăstarea individului, ci și a colectivităților umane, iar protecția și promovarea sănătății a depășit interesul individual și s-a transformat într-o problemă de prim rang pentru orice comunitate umană.

Starea de sănătate nu înseamnă o simplă însumare a atributului unei colecții bolnave sau sănătoase al fiecărui membru al unei colectivități, ci un fenomen calitativ nou, biologic și social, care se manifestă ca o rezultată a asamblului situațiilor individuale de sănătate/boală și ca proprietate definitorie a colectivității umane date.

Deținerea celei mai bune stări de sănătate de care este capabilă persoana este unul din drepturile fundamentale ale omului. Într-o astfel de perspectivă, sănătatea este înțeleasă atât ca o stare individuală, cât și ca o stare colectivă (a unui grup), atât ca o necesitate, cât și ca un drept, atât ca un scop ce trebuie atins de către individ, cât și ca un obiectiv politic ce trebuie realizat de către stat, sănătatea fiind o componentă indispensabilă a dezvoltării sociale.

Sănătatea este considerată nu ca o stare abstractă ci mai degrabă ca posibilitate a individului de a se realiza, de a răspunde pozitiv la stimulii din mediu.

Sănătatea este prezentată ca o resursă pentru viața de zi cu zi și nu ca scop al vieții; este o concepție pozitivă, care pune accentul pe resursele personale și sociale, ca și pe capacitățile fizice.

Dimensiunile sănătății

Sănătatea are trei mari dimensiuni: biologică (sau fizică), psihologică și socială.

Din punct de vedere *biologic*, sănătatea poate fi definită ca acea stare a organismului neatins de boală, în care toate organele, aparatele și sistemele funcționează normal. Această dimensiune presupune activitatea fizică regulată, alimentația sănătoasă, evitarea unor factori de risc - fumatul, consumul de alcool și droguri, adresabilitatea la serviciile de asistență medicală, igiena personală.

Din punct de vedere *psihologic*, sănătatea poate fi înțeleasă ca armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții asimilate de individ. Ea reprezintă acea stare a persoanei în care capacitatea ei de a munci, de a studia sau de a desfășura activități preferate în mod rodnic și cu plăcere, este optimă. Ea presupune capacitatea persoanei de a-și înțelege emoțiile și de a ști cum să facă față problemelor cotidiene; de asemenea presupune capacitatea de stăpânire și de rezolvare a problemelor și situațiilor stresante, fără a se ajunge la dependență de alcool și/sau droguri, pentru a face față acestora, precum și capacitatea de a munci productiv, de a iubi, de a fi receptiv față de soarta celorlalți și de a avea un grad rezonabil de autonomie personală în ultima instanță, presupune o viață cu sens, care merită să fie trăită.

Parametrii *sociali* ai stării de sănătate țin de condițiile de bunăstare socială, materială și spirituală, a membrilor colectivităților umane și se referă la capacitatea lor optimă de a-și realiza rolurile sociale.

Acești parametri pot varia în limitele unor sisteme social-politice diferite, ale sistemelor economice alternative existente în lumea contemporană - economia de piață și economia tradițională - și ale unor niveluri de structură psihologică a omului.