
Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis*

Vylius Leonavičius

*Vytauto Didžiojo universitetas,
K. Donelaičio g. 52,
LT-3000 Kaunas,
el. paštas vylius_leonavicius@fc.vdu.lt*

Lyginant kai kuriuos gerovės valstybės Vakaruose ypatumus su sovietinės visuomenės socialine raida, parodoma, kad sveikatos sociologijos plėtočiai Lietuvoje trukdė ne tik totalitarinio režimo apribojimai, bet ir savitos sovietinės visuomenės socialinės ir ekonominės sąlygos. Šios sąlygos trukdė pasitelkti sociologiją sveikatos klausimams aiškinti, nes Lietuvoje nebuvo galima identifikuoti tų pačių socialinių procesų, kurie lėmė sveikatos sampratos, sveikatos politikos pokytį ir galiausiai sveikatos sociologijos atsiradimą Vakaruose.

Raktažodžiai: moderni visuomenė, sovietinė visuomenė, antrasis demografinis perėjimas, vartotojiška visuomenė, materialistinės ir postmaterialistinės vertybės, sveikatos sociologija, biomedicininis ir biopsichosocialinis sveikatos modelis

Straipsnio **tikslas** – aptarti socialines sąlygas, kurių savitumas apsunkino sociologijos teorijų perkėlimą į sveikatos tyrimus ir sykiu apribojo sveikatos sociologijos plėtojimąsi sovietiniais laikais. Neaptarinėsime politinių ir ideologinių sovietinio totalitarizmo sąlygų, kurios pirmiausia ribojo sociologijos plėtojimąsi Lietuvoje [13: 24–29]. Tai jau tapo trivialia tiesa, kurią nesunku pagrįsti empiriškai. Tačiau net sovietiniais laikais kiekviena ekonominio, politinio, kultūrinio gyvenimo sritis turėjo didesnę ar mažesnę veiklos galimybių erdvę, kurią, prisitaikant prie konjunktyrinių reikalavimų, buvo galima naudotis minimaliai, arba, rizikuojant karjera, artimaisiais ir t. t., išnaudoti. Sociologijos plėtojimas turi dar papildomus rėmus. Sociologijos plėtotė Sovietų Sąjungoje ne tik leido „išbandyti“ režimo nustatytas ribas, bet ir buvo susijusi su visuomenės gyvenimo socialinėmis sąlygomis, kurios skyrėsi nuo aplinkybių, paskatinusių sveikatos sociologijos atsiradimą Vakarų gerovės valstybėse. Sociologija, kaip visuomenės refleksija, plėtojasi tik pasiremddama konkrečios visuomenės, kaip savitos „socialinės laboratorijos“, sąlygomis [1: 1–12].

Vakarų sociologai atkreipė dėmesį į mediciną ir sveikatą po Antrojo pasaulinio karo, tačiau sveikatos sociologija pradėjo intensyviai plėtotis apie 1960–1970 metus, vykstant svarbiems ekonominiams, socialiniams ir politiniams tų valstybių visuomenių po-

kyčiams¹, į sveikatos priežiūros tyrimus tiesiogiai įtraukiant sociologus [2: 53]. Sociologinis požiūris į sveikatą aiškiai užfiksuotas pasaulio sveikatos organizacijos dar 1948 m. suformuluotame sveikatos apibrėžime, kuriame teigiama, kad sveikata yra pilna fizinė, protinė ir socialinė gerovė, o ne vien ligos ar fizinės negalios nebuvimas [21].

Atrodo, kad Lietuvoje neberekėtų įrodinėti sveikatos sociologijos reikšmės, formuojant sveikatos politiką, tačiau čia dar nėra išplėtotos sveikatos sociologijos, jeigu tarsime, kad šią discipliną formuoja sociologinės perspektyvos taikymas, o ne epidemiologiniai, nors ir plačiai apimantys visuomenės gyvenimą, tyrimai. Sveikatos sociologijos vaidmuo šiandieninėje sveikatos politikoje, deja, yra minimalus arba problematiškas. Iš čia seka įvairios tiek suvoktos, tiek nesuvoktos sveikatos priežiūros problemos. Pvz., sudėtinga būtų kalbėti apie tai, ar Lietuvos sveikatos priežiūroje yra suvokiama biomedicininio bei biopsichosocialinio požiūrio į ligą priešprieša ir kuriuo laipsniu ji yra suvokiama². Sveikatos sociologijos situacija Lietuvoje kažkiek primena pačios Lietuvos sociologijos būklę – mažai kas diskutuoja dėl jos reikalingumo, bet jos per daug ir nepasigendama, nes tai, ką kiekvienoje veiklos srityje turėtų atlikti sociologai, dažniausiai daro patys tų sričių specialistai.

SVEIKATOS SOCIOLOGIJA MODERNIOJE VISUOMENĖJE

Vienas sveikatos sociologijos krikštątevių T. Parsonas 1951 m. knygoje *Socialinė sistema (The Social*

* Straipsnis parengtas konferencijoje, įvykusioje 2002 m. spalio 23 d. Lietuvos mokslų akademijoje, skaityto pranešimo pagrindu.

System) teigė, kad medicina atlieka svarbiausią vaidmenį, palaikant visuomenės stabilumą. Iki XX a. vidurio, kai moderni Vakarų visuomenė vis dar buvo kupina tikėjimo racionalaus proto galia, struktūrinis funkcionalizmas sveikatos priežiūrą, sveikatos institucijas laikė vienu svarbiausių socialinės sistemos elementu [17: 428–471]. Kulminacinis požiūris į sveikatos sociologiją Jungtinėje Karalystėje pasikeitimo taškas galėtų būti 1980 m. parengtas *Blacko pranešimas* (*Black Report*) apie sveikatos būklę Jungtinėje Karalystėje³, kuriame siekta parodyti, kad tarp socialinio susiskaidymo ir visuomenės sveikatos egzistuoja priklausomybė. Atrodo, kad niekam nekelia abejonių, jog socialinis susiskaidymas yra susijęs su sveikata, nes pagrindiniai formalūs sveikatos rodikliai – mirtingumas ir sergamumas koreliuoja su socialiniu susiskaidymu. Vis dėlto britams tai nebuvo savaime aišku. Kritikuojantys *Blacko pranešimą* teigė, kad vienareikšmiškai susieti sveikatą su socialine nelygybe yra neteisinga. Kritikai teigė, kad profesinis susiskaidymas dar nėra sergamumo priežastis⁴. Į diskusiją įsitraukė politikai. Socialinės nelygybės ir sveikatos ryšio pabrėžimas buvo prielaida, kuria remiantis valdžios institucijos įtraukė sociologus, nes pranešimas parodė, kad JK nacionalinė sveikatos tarnyba (National Health Service) per 30 metų nepateisino visuotino paslaugų prieinamumo ir sergamumo sumažėjimo.

Vienas svarbių pokyčių, prie kurių prisidėjo sociologinė sveikatos sistemos kritika, buvo biomedicininio sveikatos modelio, orientuoto į ligą ir sergimą, keitimas biopsichosocialiniu modeliu, nukreiptu į pacientą, į jo psichines ir socialines sąlygas [20: 246].

Paciento–gydytojo sąveika sociologams turi dar ir teorinį interesą, nes jų santykis atskleidžia kai kuriuos esminius modernios visuomenės bruožus. Specialisto mediko neribojamos galios pripažinimas siejamas su modernaus mokslo, kuris paskelbiamas galutine tiesos instancija, samprata. Paciento–gydytojo santykis ypač išryškina centrinę specialistų galios vietą bei jų pripažinimą arba atmetimą tų žmonių, kurie susiduria su jais. Šis santykis tampa ne tik šiuolaikinės sveikatos priežiūros patyrimo svarbiausiu aspektu, bet ir tarsi kritiniu padidinauju stiklu, per kurį galima stebėti, kaip mokslinė, techninė ir racionaliai valdžia (biurokratija Weberio sampratos prasme) veikia kasdienį gyvenimą. Nors ir kiti santykiai sveikatos priežiūroje vis labiau tampa svarbūs, tačiau paciento–gydytojo santykis išlieka ta sąveikos vieta, kurioje individai susiremia su mokslo ir specialistų valdžia labiausiai išstobulinta ir intymia forma. Tad studijuodama paciento–gydytojo santykį sveikatos sociologija turėjo derinti domėjimąsi politiniais ir pragmatiniais sveikatos politikos dalykais su galios ir valdžios idėjomis bei konceptais [2: 79]. Tra-

diciniame arba moderniam socialiniame kontekste kūnas suvokiamas kaip medicinos objektas, todėl šiuo atveju svarbi tik patologija. Vėlyvajame modernizme kūnas tampa gyvenimo planavimo, gyvenimo stiliaus dalis, todėl gydytojas jau nėra svarbiausias sveikatą paveikiantis veiksnys; pats individas tampa savo sveikatos kūrėju. A. Giddensas šį pokytį sieja su socialinės refleksijos stiprėjimu vėlyvajame modernizme [4: 113]. Tad galima kalbėti apie skirtingo tapsmo modernios visuomenės, kurioje vyrauja arba biomedicininis, arba biopsichosocialinis sveikatos modelis, tipus. Skirtingi modeliai susiję su visuomenėmis, kurios skiriasi savo ekonominiais, socialiniais ir vertybiniais parametrais (apibūdinančiais visuomenės sveikatos pokyčius), kaip antai, *antrasis demografinis perėjimas*, *sveikatos vertybės* bei *vartotojiška visuomenė*. Jų stygius sovietinės visuomenės kaitoje tiesiogiai ribojo sveikatos sociologijos plėtojimo galimybes.

Kartu su **antruoju demografiniu perėjimu** keitėsi ligos samprata. Gerovės valstybėse, sparčiai mažėjant gimstamumui ir didėjant vyresnio amžiaus žmonių populiacijai, išryškėjo ir specifinių, šiai grupei būdingų ligų dažnis, o sykiu savitas pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas bei pasitenkinimas, keitėsi dėmesys pačioms ligoms. Anksčiau išimtinai domėtasi klinikinėmis ligomis ir infekcijomis, tuo tarpu dabar daugiau dėmesio skiriama lėtinėms ligoms. Keitėsi ir pacientas: skirtingai nuo Parsonso aprašyto paciento vaidmens, kurį susirgęs asmuo gauna laikinai, kol pasveiks sveikatos institucijoje ar namie, lėtinėmis ligomis sergantis žmogus gyvena su savo liga visur ir visada. Keičiasi paciento santykis su savo liga: paciento aktyvumas ir nuomonė darosi svarbi santykyje su gydytoju.

Modernių laikų gerovės valstybės atsiradimas susijęs su vertybių pokyčiais. Fizinio ir ekonominio saugumo poreikių prioritetus pasiturinčiose valstybėse laipsniškai pakeičia ekologinių, sveikatos, gyvenimo kokybės, saviraiškos vertybiniai prioritetai [9]. Tyrimai rodo, kad materialinis saugumas sąlygoja vertybių pokyčius, tad sveikatos politikoje padidėjęs dėmesys sveikos gyvensenos rėmimui bei propagavimui remiasi pačioje kultūroje besiformuojančiomis **sveikatos vertybėmis**. Čia pozityvus sveikatos apibrėžimas keičia negatyvią sveikatos, kaip ligos nebuvimo, sampratą. Analizuojamos gyvenimo kokybės ir gerovės kategorijos. Sveikata pasidaro svarbesnis sociologinio tyrimo objektas nei liga, o tyrimo objektu tampa žmonių elgsena, tiesiogiai nesusijusi su medicina. Tai reiškia, kad pati visuomenė yra mobilizuojama aktyviau dalyvauti sprendžiant sveikatos klausimus.

Pasikeitusios ekonominio gyvenimo sąlygos, perėjimas į rinką (orientuotą ne į gamybą, o į vartojimą) lėmė gyventojų užimtumo modelio pokytį. Paslaugos ir viešasis sektorius sudaro pagrindinę vėly-

vojo modernumo ekonomikos dalį. Gyventojų užimtumumas santykinai pasidarė ne toks svarbus. Todėl ankstesnis socialinės klasės ir ligų ryšys turėtų būti priešpriešintas užimtumo modelių pokyčiams. Struktūrinė bedarbystė (tai susiję su technologijų, prekių bei paslaugų pokyčiais), pasikeitę lyčių užimtumo santykiai, ankstyva pensija, vis labiau senėjanti populiacija keičia sveikatos nelygybės sampratą. Galima žvelgti atvirkščiai – duomenys apie sveikatą leidžia kitoje šviesoje pamatyti ekonomines ir socialines transformacijas. Sveikatos sistema darosi neatskiriama **virtotojiškos ekonomikos** ir virtotojiškos kultūros dalimi, tad sveikatos priežiūrai taip pat ima galioti kapitalistinės ekonomikos standartai; sveikatos paslaugos turi būti pelningos, bet kartu pigios ir kokybiškos. Tai buvo viena svarbesnių priežasčių, privertusi rekonstruoti sveikatos priežiūros sistemą, kuri dėl savo brangumo 1970 m. patyrė krizę [2: 9–10]. Sveikatos priežiūros sistemą imta vertinti iš paciento, kaip vartotojo, pozicijų.

Atsiliepdama į šias problemas, kurias medicina apimti ir tirti yra nepajėgi, sociologija įsitraukė į socialines sveikatos problemas ir tapo savarankiška sociologijos šaka – sveikatos sociologija, o ne priedėliu prie medicininių tyrimų.

SOCIALINĖS SVEIKATOS SOCIOLOGIJOS PLĖTOJIMOSI SĄLYGOS SOVIETINĖJE VISUOMENĖJE

Sovietinę visuomenę būtų galima laikyti atskiru modernios visuomenės atveju, su tam tikrais specifiniais ypatumais [15]. Nors sovietinė valstybė nepajėgė konkuruoti su besiplėtojančių Vakarų modernumu, bet sovietinėje sistemoje galima rasti daugumą bendrų modernizacijos elementų. Sovietinė valstybė intensyviai plėtojo industrializaciją, kurią neišvengiamai lydėjo *urbanizacijos, profesinės specializacijos, masinio švietimo ir aukštesnių formalaus išsilavinimo lygių plėtojimosi, biurokratizacijos bei komunikacijos procesai* [19: 46]. Čia galima kalbėti apie modernios visuomenės ir modernios sociologijos sąveiką, o šiuo atveju sveikatos sociologiją. Mus domina ne režimo nustatyti draudimai, kurie varžė sociologijos raidą, bet socialinės sąlygos, kurios potencialiai implikuoja sociologinės refleksijos sklaidą.

Nesunku parodyti, kad biomedicininis ligos modelis⁵ Sovietų Sąjungoje santykinai turėjo palankesnes suabsoliutinimo sąlygas, nei Vakarų kapitalistinėse demokratinėse visuomenėse. Medicina tapo objektyvių ligos diagnozių nustatymo disciplina, o pacientas bei gydytojas, kaip saviti ir subjektyvūs asmenys, visiškai eliminuoti. Toks biomedicininis požiūris tiesiogiai pasireiškė sovietinei tvarkai nusižengusių piliečių atžvilgiu, kai jie būdavo talpinami į psichiatrines ligonines. Panašiai JAV XIX a. iš vergijos bėgantys

vergai buvo laikomi ne tik nusikaltėliais, bet ir nesveiko proto individais [11: 11]. Nors biomedicininio modelio įsitvirtinimas buvo bendra europietiškos civilizacijos raidos tendencija, bet galima tarti, kad Sovietų Sąjungoje jis buvo plėtojamas iki kraštutinumo. Kitose Vakarų valstybėse šalia ortodoksinio biomedicininio modelio galėjo egzistuoti kitos ne alopatinės gydymo priemonės – herbalizmas, homeopatija ir t. t., tuo tarpu Sovietų Sąjungoje visos kitos gydymo priemonės buvo eliminuojamos. Vadinaujami neortodoksiniai (biomedicininio modelio atžvilgiu) gydymo būdai reikalauja labiau įtraukti pacientą į sąveiką su gydytoju, kaip aktyvų veikėją⁶, o ne kaip individą, pasyviai paklūstantį paciento vaidmeniui [11: 15], o tai reiškia, kad alternatyvių gydymų eliminavimas dar labiau sumažino sergančiojo aktyvumo galimybę.

Paradoksalu, bet Sovietų Sąjungoje biomedicininis modelis buvo ypač patogus ideologiškai. Nors marksizmas remiasi socialinių sąlygų determinizmu, tačiau biomedicininis modelis leido griežtai atskirti socialines, politines, kultūrines sąlygas nuo biologinių ir ligos priežasčių ieškoti tik kūne bei įvairiuose mikroorganizmuose. Tad dar labiau buvo palaikomas instrumentinis gydytojo–paciento santykis.

Mus domintų aptarti vėlyvojo modernizmo parametrai, kurie suponavo sveikatos sampratos pokyčius, bet kurių nebuvo galima identifikuoti Sovietų Sąjungoje.

Anot demografų, antrasis **demografinis perėjimas** Rytų Europoje, o sykiu ir Lietuvoje, palyginti su Vakarų visuomenėmis, aiškiai vėlavo [10: 35–42; 18]. Viena šio demografinio perėjimo pasekmių – paspartėjęs visuomenės senėjimas, kuris Lietuvoje išryškėjo nepriklausomybės laikotarpiu.

Kita sąlyga yra susijusi su **vertybiniu pokyčiu**. Vargu, ar vienareikšmiškai būtų galima teigti, kad sovietinės Lietuvos gyventojams buvo būdinga aiški materialistinė vertybių orientacija, atspindinti fizinio ir materialinio saugumo poreikį [12: 45–48]; sovietinėje Lietuvoje socializuotoms kartoms iš dalies buvo būdinga orientacija, kurią R. Inglehartas vadina postmaterialistinėmis vertybėmis [9]. Tai akivaizdžiai iliustruoja šiandieniniai skirtingų generacijų vertybinių orientacijų tyrimai, parodantys, kad jaunimas, socializuotas jau nepriklausomybės sąlygomis, yra labiau orientuotas į materialistines vertybes nei vyresnioji karta, nes šiuo metu išgyvenamas didesnis poreikis materialiniam ir fiziniam saugumui, nei pasakutiniaus sąlyginai stabilų socialinių garantijų sovietiniais metais [3]. Galima teigti, kad sovietiniais laikais visuomenės daliai buvo būdinga orientacija į sveikatos vertybes⁷; santykinai galima kalbėti ir apie postmaterialistinių vertybių buvimą (nors materialistinių ir postmaterialistinių vertybių atžvilgiu, taikant Ingleharto teoriją, paskutiniais sovietinės Lietuvos

metais nebuvo ryškus materialistinių vertybių vyravimas) [12].

Galiausiai, ar galima kalbėti apie **virtotojišką visuomenę** Lietuvoje tarp 1970 ir 1990 m.? Vargu, ar nuolatinį deficitą išgyvenanti visuomenė gali būti virtotojiška visuomenė, kurioje gamyba siekia tenkinti ne būtiniausias, o nuolat konstruoja naujus poreikius. Kaip žinia, sovietinė visuomenė gyveno pastovaus deficito sąlygomis, tad sveikatos priežiūra negalėjo įgyti jokių virtotojiškų bruožų. Vargu, ar pacientą galima buvo suvokti kaip virtotoją, turintį tam tikrus poreikius ir teises nesant paties virtotojo sampratai⁸. Tai ribojo ir pagal biomedicininį sveikatos modelį paciento besąlygiškas priklausymas nuo gydytojo. Galima teigti, kad buvo neįmanoma suvokti sovietinės Lietuvos sveikatos priežiūros krizės ne dėl to, kad tokios krizės nebuvo⁹, o todėl, kad biomedicininio modelio požiūriu buvo galima konstatuoti tik apie kiekybiškai neišplėtotas medicinos technologijas, nepakankamą ligoninių, gydytojų, lovų skaičių ir t. t.

Navarro teigia, kad JAV į darbą nežiūrima kaip į veiklą, kuriančią produktą; kai individai labiau yra suvokiami kaip užsidirbantys atlygį bei virtotojai, o ne kaip dirbantys, todėl nuosekliai priimama, kad socialinės intervencijos strategija pirmiausia nusitako į piniginę kompensaciją dėl sukeltos žalos. Tokiu atveju sveikata yra parduodama, o ligos bei mirties atveju taikoma kompensacija [16: 106]. Kitaip tariant, sveikata gali tapti vartojimo objektu. Tuo tarpu Sovietų Sąjungoje ideologiškai darbas buvo šlovinamas kaip svarbiausia žmogaus charakteristika, o esant visuotiniam užimtumui, visuotiniam socialiniam draudimui bei sąlygiškai stabilioms socialinėms garantijoms, atskiras individas nepakliūdavo į ligos ir darbo priešpriešą, nes tiek darbdavys, tiek sveikatos paslaugas teikianti institucija priklausė valstybei.

Ar šia prasme sovietiniais laikais galėjo sociologinė refleksija užčiuopti vertybinius gyventojų poreikius, abejoti specialisto autoritetu ir iškelti paciento teisių bei dalyvavimo problemą? Juk sveikatos sociologija atkreiptų medikų ir sveikatos politikų dėmesį į biomedicininį, nors ir šiek tiek praplėstą, sveikatos modelį. Tai suponuoja ir alternatyvinės socialinės raidos klausimą. Jei ir būtų keltos tokio pobūdžio tyrimo problemos (sveikatos sritis atrodo nėra labai politizuota), tai jos neišvengiamai būtų susijusios su specialistų galios apribojimu.

Eufemizavus šią problemą gal ir buvo galima vykdomus tyrimus įtraukti į sociologinį diskursą ir paciento–gydytojo santykį aiškinti pasitelkus sociologines perspektyvas (struktūrinį funkcionalizmą, konflikto teoriją, simbolinį interakcionizmą), kurios Vakarų sveikatos sociologijoje jau buvo plačiai taikomos¹⁰.

Nuo 1970 m. buvo atnaujintas po karo nutrūkęs bendradarbiavimas su tarptautinėmis organizacijomis,

pirmiausia su Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) bei sukaupta didžioji mokslinių duomenų dalis [7: 76]. Bendradarbiaudami su šia organizacija Lietuvos medikai savo tyrimuose praplėtė sveikatos sampratą (į savo tyrimus įtraukė socialinių parametrų koreliacijos ryšių su sveikata ir mirtingumu, subjektyvių sveikatos vertinimų klausimus¹¹ [5:34–49]).

Sveikatos reformos, kurios vyko 1960–1970 m. Vakarų pasaulyje, sykiu suponavo sveikatos sociologijos poreikį. Tuo tarpu Lietuvoje pritaikant PSO tarptautinius standartus, atrodo nebuvo įmanoma ar iki galo nebuvo įsisąmoninta, kad sveikatos politika stipriai atsiremia į sveikatos sociologiją, nes deklaruojamas harmoningas sveikatos ir profilaktikos ugdymas, kokybiška medicinos pagalba ir prieinamumas, sveikos gyvensenos ugdymas reikalauja visuomenės dalyvavimo ir visuomenės socialinių procesų pažinimo¹².

Reikėtų pripažinti, kad Lietuvoje sveikatos sociologija bent formaliai egzistavo, nes Lietuvos (Pabaltijo) sociologų asociacijos skyriuje buvo sveikatos apsaugos sekcija, tačiau „apie sveikatos sociologiją buvo žinoma tik per vieną kitą specializuotą knygą, patenkančią iš užsienio“ [7: 35]. Atliekamos su epidemiologija susijusios apklausos liko sutvarkytų empirinių duomenų lygmenyje, geriausiu atveju buvo skaičiuojami kintamųjų koreliacijos ryšiai be sociologinės perspektyvos analizės. Viena priežasčių, kodėl taip atsitiko, yra jau minėtas biomedicininis sveikatos modelis, kuris sveikatos politikos dėmesį telkė į medicinos technologijų plėtojimą. Galima daryti prielaidą, kad sveikatos sociologijos galimybė įsikomponuoti į šiuolaikinius Lietuvos sveikatos tyrimus bei politiką yra susijusi su vis dar stipriu biomedicininiu sveikatos modeliu¹³.

Tad apie 1970–1980 m. Vakaruose prasidėjusi sveikatos modelio kaita, spartus sveikatos sociologijos formavimosi procesas bei jos taikymas sveikatos priežiūroje neatsispindėjo Lietuvos sveikatos tyrinėjimuose (nepaisant tam tikro tuometinio Kauno medicinos instituto dalyvavimo tarptautiniuose projektuose [7]). Santykinai atskyrus totalitarines sąlygas, kurios pirmiausia drastiškai ribojo visos sociologijos plėtrą, sveikatos sociologijos objektą trukdė identifikuoti ir specifinės sovietinės visuomenės gyvenimo sąlygos.

IŠVADOS

Nepaisant santykinai intensyvaus Lietuvos medikų dalyvavimo tarptautiniuose sveikatos tyrimo projektuose, įtraukti sociologiją į tyrimus trukdė ne tik ideologiniai apribojimai, bet ir skirtingos Vakarų bei sovietinės visuomenės socialinės ir ekonominės sąlygos, kurios galėjo apriboti galimybę pastebėti sveikatos socialinius aspektus. Galima daryti prielaidą, kad medikai net negalėjo pasitelkti sociologijos, nes

iki galo nesuvokė tų socialinių procesų, kurie ir lėmė sveikatos sampratą, sveikatos politikos pokytį Vakaruose.

Gauta
2003 03 26

Nuorodos

¹ Specialiai sveikatos sociologijai yra skirti žurnalai *Social Sciences and Medicine*, *Sociology of Health and Illness*, *Health Policy* ir t. t. Šiandien sveikatos sociologija laikoma ne kaip medicinos priedelis, bet kaip lygiavertis medicinai partneris sveikatos priežiūroje.

² Lietuvos medikai, iš esmės KMU, yra atlikę daug apklausų, kuriose nustatė sveikatos mitybos, fizinio aktyvumo, rūkymo, alkoholio vartojimo koreliacijos ryšius su gyvenamąja vieta, lytimi, amžiumi ir t. t. Jie nustatė tiek dažnumus, tiek subjektyvaus sveikatos suvokimo bei lyties, amžiaus koreliacijos ryšius (žr. [5; 8]), tačiau šie tyrimai neperžengia epidemiologinio tyrimo modelio. Empiriniai duomenys nėra interpretuojami socialinių procesų ir jų modelių perspektyvų atžvilgiu.

³ Pranešimas pavadintas pagal mokslininko mediko Douglaso Blacko, kuris vadovavo tyrimo grupei, pavardę.

⁴ Profesinis susiskaidymas koreliuoja su sergamumu, bet tai nėra priežastinis ryšys, nes pasikeitus kai kuriems socialinio gyvenimo parametrams ir išliekant tam pačiam profesiniam susiskaidymui, pasikeičia sergamumas.

⁵ Biomedicininis požiūris į ligą remiasi dviem svarbiausiomis prielaidomis: 1) ligos priežasčių reikia ieškoti žmogaus organizme, nes ligos priežastis yra biologinė; 2) ligą sukelia savita gamtinė priežastis (pvz., virusas, bakterija).

⁶ Pvz., homeopatija iš sergančiojo reikalauja labai didelių pastangų savo būsenai tiksliai apibūdinti.

⁷ Jau sovietiniais laikais egzistavo sveikos gyvensenos entuziastų grupelės (pvz., D. Kepenio pasekėjai).

⁸ Tikriausiai, būtų sudėtinga kalbėti apie vartotojišką visuomenę, kurioje nėra rinkos, nes tik rinkos sąlygomis individai įtraukiami į nuolatinį vartojimą, kurį skatina gamintojų pelno troškimas [13].

⁹ Kita vertus, teiginiai apie ortodoksinės medicinos krizę, esant totalitariniam režimui, būtų buvę beprasmiški, nes nebuvo duomenų, kuriais būtų buvę galima juos pagrįsti empiriškai.

¹⁰ Paradoksalu, bet struktūrinio funkcionalizmo perspektyva teoriškai labai paranki sovietinei sveikatos priežiūros sistemai aiškinti. Ši perspektyva yra tiesiogiai susijusi su biomedicininio sveikatos modeliu; juo remdamasis Parsonsas parodė, kaip sergančiajam (sick) individui priskiriamas paciento vaidmuo (patient role), grindžiant objektyviais biologinių mokslų kriterijais. Biomedicininis modelis labai parankus valstybei, kurioje pripažįstama, kad visos socialinės grupės turi vienodas socialines sąlygas ir vienodą medicininį prieinamumą. Vis dėlto sovietiniais laikais matyt būtų buvę sudėtinga, sociologiniu požiūriu sergantį individą traktuoti kaip socialinį nukrypimą. Esant visuotiniam užimtumui ir visuotinei sveikatos priežiūrai, tarp sergančio ir darbdavio (šiuo atveju valstybės) negalėjo kilti socialinė įtampa, tad nebuvo ir problemos, kurią reikėtų sociologiškai įvertinti. Sergantysis automatiškai buvo perduodamas medicinos sričiai ir darbuvietai nekildavo finansinių problemų.

¹¹ Pirminės sveikatos priežiūros koncepcija buvo suformuluota Pasaulio sveikatos organizacijos Alma-Atos konferencijoje dar 1978 m. Čia priimta Alma-Atos deklaracija, kurios VI deklaracijos skirsnis apibrėžė pirminę sveikatos priežiūrą (PSP). Tas pats deklaracijos skirsnis apibrėžė, jog PSP turi pasirūpinti kompleksine sveikatos pagalba asmenims, šeimai, bendruomenei. Antrinės ir tretinės sveikatos tarnybos turėtų vaidinti pagalbinį vaidmenį, atlikdamos tik tas diagnostines ir terapines procedūras, kurios yra specializuotos arba labai brangios ir neprieinamos PSP grandžiai, bet iki 1990 m. radikali reformos nebuvo pradėtos.

¹² Kaip pavyzdį galėtume paminėti 1972–1974 m. atliktus palyginamuosius Roterdamo ir Kauno gyventojų sveikatos tyrimus, kuriuos atliko KMI Medicininės psichologijos ir socialinių tyrimų laboratorija. Tyrimai atskleidė žymius abiejų miestų respondentų sveikatos subjektyvaus suvokimo skirtumus [6: 35].

¹³ Modernios medicinos, kuri remiasi biomedicininio modeliu, atsiradimas siekia apie 150 m., nors idėjiniu požiūriu ji susijusi dar su R. Descarteso (1596–1650) dualizmu, atskyrusiu kūną ir sielą. Moderni medicina per pastaruosius 150 m. įsitvirtino atskirdama asmenį nuo kūno, net gydytoją pavertusi savotišku instrumentu, besivadovaujantį moksliskai nustatytais ligos simptomais [10: 6–8]. Sociologiniai medicinos istorijos tyrimai atskleidė, kad biomedicininis sveikatos modelis buvo panaudotas įtvirtinant baltosios rasės ir vyro, kaip „tikrojo“ žmogaus, kūno normą.

Literatūra

1. Bauman Z. *Modernity and the Holocaust*. Cambridge: Polity Press, 1989.
2. Bury M. *Health and illness in Changing Society*. London and New York, Routledge, 1997.
3. *Ekologinė sąmonė. Vietinė darbotvarkė 21 – Kaunas*. Ataskaita. VDU Sociologijos katedra, 1999.
4. Giddens A. *Modernybė ir asmens tapatumas*. Vilnius: Pradai, 2000.
5. Goštautas A. Medicininės psichologijos ir sociologinių tyrimų laboratorijai – 25 metai. *Sociologija aukštojo mokykloje*. Kaunas: Technologija, 1999. P. 34–49.
6. Goštautas A. Lietuvos gyventojų savo sveikatos suvokimo tyrimai 1972–1994. *Filosofija. Sociologija*. 1996. Nr. 3. P. 31–36.
7. Grabauskas V. Sveikatos politikos plėtojimas Lietuvoje. *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
8. Grabauskas V. (ats. red.). *Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai Lietuvoje. Situacijos analizė*. Kaunas, KMU, 1998.
9. Inglehart R. *Modernization and postmodernization Cultural. Economic and Political Change in 43 Societies*. New Jersey: Princeton University Press, 1997.
10. Jonkarytė A. Antrojo demografinio perėjimo teorijos bruožai. *Filosofija. Sociologija*. 2002. Nr. 3.
11. Hardey M. *The Social Context of Health*. Buckingham Philadelphia: Open University Press, 1998.
12. Leonavičius V. Gamtosauginis rūpestis kaip materialistinių ir postmaterialistinių vertybių kriterijus. *Humanistika*. 1999. Nr. 5. P. 45–48.

13. Leonavičius V. Sociologijos diskursas ir sociologijos studijos Lietuvos aukštosiose mokyklose. *Filosofija. Sociologija*. 2002. Nr. 1. P. 24–29.
14. Leonavičius V. Šiuolaikinės Lietuvos vartotojo profilis. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*. 2002. Nr. 1. P. 5–16.
15. Leonavičius V., Keturakis S. Sovietinė globalioji modernybė ir globalumo-lokalumo suvokimas sovietinėje Lietuvoje. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*. 2003. Nr. 2. P. 40–50.
16. Navarro V. *Crisis Health and Medicine. A Social Critique*. New York: Tavistock Publication, 1986.
17. Parsons Talcott. *The Social System*. N. Y.: The Free Press. Collier Macmillan Canada. Ltd., 1964.
18. Stankūnienė V. Šeimos kūrimo strategijos kitimas Lietuvoje. *Lietuvos mokslas*. 1997. T. V. 15 knyga. P. 182–198.
19. Tomlinson J. *Globalizacija ir kultūra*. Vilnius: Mintis, 2002.
20. Weiss L. G., Lonnquist L. E. *The Sociology of Health. Healing and Illness*. London: Prentice Hall, 2000.
21. World Health Organization. Ottawa Carter for Health Promotion. *Health Promotion*. 1986. Vol. I: iii–v.

Vylius Leonavičius

RECEPTION OF SOCIOLOGY IN LITHUANIA: THE CASE OF SOCIOLOGY OF HEALTH

S u m m a r y

The article discusses the origins of sociology of health in Soviet Lithuania. The main social and economic conditions (second demographic transition, values of post-materialist society, and society of consumption) related to the origins of sociology of health in welfare states in the West are analyzed. An attempt is made to demonstrate that sociology of health in Soviet Lithuania depended not only on the restrictions of the totalitarian regime, but also on different social conditions of the Soviet system. These social conditions didn't allow to identify social issues of health and to apply theoretical perspectives to the field of sociology.

Key words: modern society, Soviet society, second demographic transition, society of consumption, materialistic and post-materialistic values, sociology of health, the biomedical and biopsychosocial model of health