

Sociologija

Medicininės sociologijos institucionalizacijos raida ir perspektyvos

**Algirdas Demaitis,
Raimundas Kaminskas**

*Kauno medicinos universitetas,
Filosofijos ir socialiniø mokslø katedra,
A. Mickevičiaus g. 9,
LT-3000 Kaunas,
el. paðtas raikam@delfi.lt*

Aurelija Novelskaitė*

*Socialiniø tyrimø institutas,
Saltoniðkiø g. 58,
LT-08105 Vilnius*

Nagrinėjama medicininės sociologijos institucionalizacijos transformuojantis nuo taikomosios sociologijos medicinoje á medicinos sociologijà bei sveikatos sociologijà problematika Vakarø visuomenėse bei Lietuvoje.

Raktaþodþiai: medicininė sociologija, medicinos sociologija, sociologija medicinoje, sveikatos sociologija, institucionalizacija

ÁVADAS

Medicininės sociologijos atsiradimas datuojamas XIX a. [11: 577], taèiau pirmøjø ðioje srityje atliktø tyrimø objektai bei juos apraðantieji tekstai ið tiesø atspindėjo labiau medicininá biologijos, bet ne socialinio mokslo paradigma paremtà turiná Pirmieji moksliniai darbai, kuriuose medicininėms (ar glaudþiai su medicina susijusioms) problemoms tyrinėti buvo taikomi sociologiniai (socialiniø mokslø) metodai ir daugiausia dėmesio buvo skiriama socialiniams medicinos srities reiðkiniams, pasirodė apie XX a. vidurà [32: 12–13], o medicininės sociologijos, kaip mokslo, institucionalizacija Vakarø pasaulyje prasidėjo nuo 1950-øjø [27].

Kalbant apie medicininá sociologijà pirmiausia reikėtø atkreipti dėmesà á du pagrindinius terminus, kuriuos pirmasis yra iðskyræs R. Straussas straipsnyje „Medicininės sociologijos prigimtis ir statusas“ (1957)¹. Tai – *sociologija medicinoje* ir *medicinos sociologija*. Pastarosios ið tiesø galėtø būti laikomos skirtingø pobūdþio subsritimis medicininėje sociologijoje. Sociologija medicinoje atspindi taikomàjà medicininės sociologijos pobūdà ir suprantama kaip so-

ciologiniø (tiksliau – socialiniø mokslø) metodø taikymas, nagrinėjant tokias medicinos ir sveikatos problemas, kaip ligø gydymas bei prevencija, iðtekliø paskirstymas ir pan. [32: 21]. Taigi sociologija medicinoje būtø suprantama kaip taikomieji tyrimai, kuriø pagrindinis objektas ne sociologinės, o medicininės kilmės problemos ir reiðkiniai [11: 580].

Medicinos sociologijos atveju á paèià medicinà yra þvelgiama kaip á socialiná institucijà, tokià paèià, kaip ir, pavyzdþiui, ðeima, religija, ðvietimas, ekonomika ir pan. [32: 21]. Taigi sociologinio pobūdþio studijos, atliekamos tyrinėjant medicinà, suteikia galimybæ iðplėtoti tam tikras áþvalgas apie socialinius ryðius, socialiná organizacijà ir pan.

Pasak S. W. Bloomo², ðiandien „medicininė sociologija yra pilnai institucionalizuota visais atþvilgiais“ [27], t. y. medicininės sociologijos tyrimai turi paklausà tarp gydytojø, sociologø, politikø ir kitø srièiø specialistø, sukurta medicininės sociologijos mokymø ávairiuose universitetiniø studijø lygmenyse sistema, veikia ðios srities savarankiðkos profesinės asociacijos, leidþiami mokslo þurnalai ir pan. Viena vertus, ðiandienos moderniam pasaulyje pastebimas gana spartus politiniø sienø, uþdaranèiø atskiras tautas á geografinius, politinius, ekonominius, kultūrinius ir pan. „anklavus“, nykimas. Be to, dar 1980-øjø pra-

* Visø autoriø indėlis á straipsná vienodas.

dþioje pradėta kalbėti apie tarptautiną mokslo „kollektivizaciją“ [10: 491–492], lėmusią mokslinio darbo temų, apibrėžimų, metodų ir t. t. standartizaciją visame (mokslo) pasaulyje. Tuo remiantis galima manyti, kad medicinos sociologija, kaip sociologijos (ir viso mokslo) subsritis, turėtų būti pasiekusi vienodą institucionalizacijos lygmeną skirtinguose pasaulio regionuose bei atskirose valstybėse.

Tačiau jau seniai árodyta, kad mokslo evoliucija stipriai priklauso nuo geografiškai apibrėžto regiono (daþnai – sutampanėio su valstybės ribomis) sociokultūrinio, politinio, ekonominio sąlygų bei tradicijų [pr., pvz., 5]. Todėl reikėtų manyti, kad medicininė sociologija, kaip atskira sociologijos mokslo ūaka, negali būti pasiekusi vienodą institucionalizacijos lygmeną skirtingose valstybėse. Tokià prielaidà palaiko ir daugybės studijų rezultatai, atskleidþiantys ávairius specifinius posovietinio bloko [2; 13] ir Vakarø Europos [1], JAV [35], Afrikos [9] ir kitø pasaulio ūaliø mokslo sistemø ypatumus.

Be to, netgi sociologiniai medicinos srities objektai bei problemos skirtingose ūalyse gali pasiþymėti nevienodomis charakteristikomis. Pavyzdþiui, kaip pastebi Vakarø ūaliø medicininės sociologijos specialistai, „situacija (posovietinio bloko ūalyse) neturi precedento moderniojoje istorijoje. Nei vienoje kitoje industrializuotoje nacijoje (gyventojø) sveikata taip reikðmingai nepablogėjo taikos laikotarpiu“ [11: 1].

Þiame straipsnyje nagrinėjame konkrečios ūalies – Lietuvos atvejá Terminas *medicininė sociologija* Lietuvos sociologø darbuose pasirodė tik pastarojo deðimtmečio eigoje [23]. Tačiau negalima ignoruoti to fakto, jog medikai ir filosofai jau anksėiau pradėjo nagrinėti socialinio pobūdþio medicinos ir sveikatos problemas. Todėl vienas ūio darbo tikslø – atlikti sistemingà pagrindiniø *medicininės sociologijos* raidos bruoþø Lietuvoje apþvalgà ir tuo remiantis apraþyti medicininės sociologijos institucionalizacijos lygmenà ūiandieninėje Lietuvoje. Kitas straipsnio tikslas – ávertinant medikø, filosofø ir sociologø indėlà á medicininės sociologijos institucionalizacijà Lietuvoje pamėginti numatyti ūios mokslo subsrities raidos perspektyvas.

MEDICININĖS SOCIOLOGIJOS IÞTAKOS IR PAGRINDINĖS TYRIMO KRYPTYS

Terminas *medicininė sociologija* (angl. *Medical Sociology*) pirmiausia buvo pradėtas vartoti JAV. Tai buvo Ch. McIntire straipsnyje „Medicininės sociologijos studijø svarba“ (1894)³, vėliau E. Blackwell veikale „Esė apie medicininę sociologijà“ (1902)⁴ bei J. Werbasse darbe „Medicininė sociologija“ (1909)⁵ [11: 577]. Tačiau pastaruosiuose darbuose po medicininės sociologijos terminu ið tiesø slypėjo medicininio,

bet ne sociologinio turinio reiškinio analizė. Praėjus keliems deðimtmečiams, 1927 m. pasirodþiusiame E. Sterno veikale „Socialiniai veiksniai medicinos paþangoje“⁶ pirmà kartà á medicinos modernizacijà buvo paþvelgta remiantis aiðkiai sociologine perspektyva [11]. Ir bûtent XX a. 3 deðimtmetyje medikø ir sociologø bendradarbiavimas tapo aktyvesnis: tarpukario laikotarpiu Didþiojoje Britanijoje plėtota socialinė medicina, kurios pagrindinė tyrinėjimo sritis buvo socialiniai sveikatos ir ligø modeliai bei po Antrojo pasaulinio karo JAV sukurta ligos, kaip socialinės deviacijos, koncepcija. Bûtent pastarosios ūalys ir kà tik minėtos tyrimø kryptys yra du pagrindiniai medicininės sociologijos kilmės ūaltiniai [3: 4].

Kaip jau minėta ūio straipsnio ávade, medicininės sociologijos institucionalizacija prasidėjo XX a. viduryje. Bendriausia prasme *institucionalizacija* – tai abipusė ávairaus tipo veikėjø habitualizuotø veiksmø tipizacija, kai sukurta institucija tipizuoja tiek individualius veikėjus, tiek individualius veiksmus [6: 75]. Be to, medicininės sociologijos, kaip ir bet kurios kitos mokslo srities (ar subsrities), bet kurios kitos veiklos srities institucionalizacija implikuoja ne tik istoriškumą, bet ir kontrolę [6: 76]. Mokslinės veiklos atveju būtina atsipvelgti á tai, jog socialinė kontrolė pasireiðkia tiek kaip vidinis, tiek kaip iðorinis veiksnys [16: 263]. Tai yra viena vertus, tiek XX a. viduryje, tiek ūiandien mokslininkai turėjo ir turi būti pasirengę reaguoti á „ne mokslininkø“ tikslus bei standartus vien jau efektyvaus koegzistavimo visuomenėje tikslu. Kita vertus, kad mokslo paþanga nesustotø, mokslininkai privalo nuolatos reaguoti á naujø teorijø, metodø atsiradimà (pastarieji, savaime suprantama, keičia mokslinius tikslus ir mokslinio tyrimo technikas) bei nuolatos papildyti savo gretas naujais, tam tikrais, profesine prasme puikiai socializuotais, nariais. Todėl, kalbant apie medicininės sociologijos institucionalizacijos procesà, būtina iðskirti kelis atskiro aptarimo reikalaujančius momentus.

Pirmiausia būtina atkreipti dėmesà á visuotines *mokslo plėtros (ir instituciniø transformacijø)* tendencijas XX a. antrojoje pusėje. Kaip teigiama C. Gulbenkiano socialiniø mokslø pertvarkymo komisijos praneðime, „1850–1945 m. vis maþėjo socialiniø mokslø pavadinimø, tačiau maþdaug apie 1945 m. kreivė apsvirtė, atsirado naujø pavadinimø ir naujø instituciniø mokslø pagrindai: naujø programø ar net naujø padalinio universitetuose, naujø mokslo draugijø, naujø þurnalø, naujø knygø“ [4: 52]. Vadinas, institucinis medicininės sociologijos ásitvirtinimas mokslo pasaulyje gali būti traktuojamas kaip vienas pastarøjø procesø rezultatø. Bûtent sparti mokslo plėtra, skirtingø mokslo sričių amalgamacijos bei naujø mokslo subsričių separacijos bei kristalizacijos lėmė, kad ilgainiui po medicininės sociologijos skėptu talpinamos ne tik sociologijos medicinoje, medi-

cinios sociologijos ar sveikatos sociologijos problematika, bet ir tokia siaurai specifinė problematika, kaip medicinos mokslo ir technologijų sociologija (angl. *Sociology of Medical Science and Technology*), medicinos instituto sociologija (angl. *Sociology of Medical Institutes*), sveikatos paslaugų sociologija (angl. *Sociology of Health Service*), telemedicinos / telesveikatos priežiūros sociologija (angl. *Sociology of Telemedicine / Telehealth Care*) ir t. t. Dar daugiau: medicininės sociologijos sričiai priskiriamos netgi tokios sociologijos potemės, kaip, pavyzdžiui, *emocijų sociologija* [3: 30–32], kur „socialumo“ ir „biologiškumo“ sąsajos apvelgiamos per kūno, tampančio emocijų išraiškos socialiniame pasaulyje žančių, prizmą.

Antra, pokarinėje ekonomikos politikoje (priešingai nei ikikarinėje) buvo adaptuota idėja, jog „mokslas ir technologija yra neatsiejama ekonominio augimo dalis“ [2: 77]. Todėl valstybė prisiėmė sau mokslo politikos, tiesiogiai atliepančios to laikmečio socioekonominius, sociopolitinius ir kt. visuomenės poreikius, formuotojos vaidmenį. Be to, ankstyvaisiais pokario metais „medicina atspindėjo pokarinę paąangos be konflikto viziją: visi turėtų sutikti dėl medicinos paąangos vertės ir visi turėtų turėti iš to naudą“ [27]. Tai reikė, jog medicina tapo viena to mokslo sričių, kurios buvo geriausiai finansuojamos ir kuriose buvo sukuriamos palankiausios visais atžvilgiais darbo sąlygos. Tuo metu sociologų ir gydytojų bendradarbiavimą skatino ne tik valstybinės, bet ir privačios organizacijos. Pavyzdžiui, 1949 m. Russello Sage'o fondas (angl. *Russell Sage Foundation*) finansavo socialinių mokslų metodų taikymo medicinos praktikoje programą, kurios rezultatas – paskelbta viena reikšmingiausių to meto medicininės sociologijos knygų – „Socialiniai mokslai medicinoje“⁷. Vėliau to paties fondo dėka dienos šviesą išvydo E. Suchmano „Sociologija ir visuomenės sveikata“⁸, kurioje autorius apraė, kaip sociologija galėtų būti pritaikyta visuomenės sveikatos priežiūros organizacijų praktikoje. Tokių pavyzdžių, žinoma, būtų galima rasti ir daugiau. Tačiau svarbiau yra pažymėti tai, jog tiek valstybė, tiek visuomeninės organizacijos pirmiausia buvo suinteresuotos praktiniais sociomedicininė problemų aspektais [27]. Savaimė suprantama, ši orientacija turėjo reikšmingos atakos tuometinėms medicininės sociologijos tyrimų kryptims, tarp kurių vyravo išskirtinai taikomojo pobūdžio studijos. Lygiai taip pat vėlesniais laikotarpiais išaugęs „visuotinės gerovės valstybės“ kūrimo interesas sąlygojo tai, jog medicininės sociologijos tyrimuose pradėtas akcentuoti visų piliečių lygybės sveikatos rūpybos srityje požiūris ir pan.

Trečia, negalima ignoruoti ir paėios *medicininės sociologijos, kaip sociologijos mokslo atakos evoliucijos bei jos sąsajų su bendrosios sociologijos plėtra*.

Medicininės sociologijos institucionalizacijos pradžia (apie 1950 m.) tiesiogiai sutapo su radikaliu posūkiu nuo socialinės epidemiologijos, kuri asocijuojasi su anksčiau minėta sociologijos taikomąja praktika medicinoje, prie sociologijos medicinoje, t. y. sociologijos teorijos taikymu medicininėms reikiams analizuoti. Konkreti tai susiję su T. Parsonso vardu ir jo veikalu „Socialinė sistema“ (1951). Šiame veikalė minėtas autorius pristatė tam laikmeėiui naują *ligonio socialinio vaidmens* teorinę paradigmą ir ligą traktavo kaip vieną iš socialinės deviacijos formų, o sveikatos priežiūros sistemą – kaip socialinės kontrolės mechanizmą, skirtą palaikyti socialinę pusiausvyrą [29].

Iki 1960-ųjų pradžios dauguma medicininės sociologijos srityje dirbančių tyrinėtojų akcentavo sociokultūrinius ligos proceso aspektus: plėtojo „elgsenos sergant“ (Mechanic, 1962; 1968)⁹, „sveikatos lūkesčių modelio“ (Rosenstock, 1966)¹⁰ ir su tuo susijusias idėjas. Tačiau tik apie 1970-uosius medicininės sociologijos srityje buvo atsigręžta á organizacines medicinos pasaulio struktūras. Pirmieji tokio pobūdžio studijoms toną davė interakcionistinio požiūrio šalininkai (pr., pvz., Goffman, 1961; Strauss, 1969; Zola, 1966)¹¹. Interakcionistai turbūt buvo pirmieji, kurie pasisakė prieš „pozityvistinę organizacijos konceptualizaciją“ ir socialines organizacijas (ligonines, klinikas ir pan.) pristatė kaip „lanksčius ir dinamiškus žmogiškosios veiklos kontenerius“ [3: 22].

Po 1970-ųjų medicininėje sociologijoje buvo išplėtotas holistinis požiūris, kuriuo remiantis siekta struktūrinėmis visuomenės charakteristikomis paaikinti visuotinės lygybės ir gyventojų rizikos veiksnio sveikatos srityje išdavą [27]. Ir nors ši empirinio bei teorinio tyrimo medicininėje sociologijoje kryptis, paremta marksistinėmis politinės ekonomijos kapitalo idėjomis, skyrėsi nuo kà tik minėtos interakcionistinės tradicijos, abi jas jungia tai, jog buvo pradėta medicininis reikiams analizuoti integruojant makro- ir mikrolygmenis [3: 29]. Vienas geriausių socialinės realybės lygmenų integracijos pavyzdžių būtų R. Anderseno (1968)¹² modelis, paremtas „pa(si)naudojamosios elgsenos“ sveikatos priežiūros srityje požiūriu [27]. Remiantis juo, pa(si)naudojimas yra traktuojamas kaip *polinkio veiksnio* (angl. *predisposing factors*), *ągalinanėio veiksnio* (angl. *enabling factors*) ir *reikalingumo veiksnio* (angl. *need factors*) funkcija. Empirinio kintamųjų prasme „polinkio“ veiksnius Andersenąs apibrėžė sociodemografinėmis bei požiūrio á sveikatą individų charakteristikomis, „ągalinanėius“ – galimybėmis naudotis švairių institucijų (sveikatos priežiūros, draudimo, rėmimo ir pan.) ištekliais, „reikalingumo“ – realia sveikatos būkle.

Tėsiant medicininės sociologijos raidos apžvalgą Vakarų pasaulyje būtina atkreipti dėmesá, kad visgi

apytiksliai iki 1980 m. ėioje srityje buvo intensyviai plėtojama tiesiogiai su praktika susijusė tyrimų kryptis ir vyravo taikomasis medicininės sociologijos požiūris, t. y. buvo siekiama taikyti āvairius kiekybinius sociologinius metodus pozityvistinėje socialiniū tyrimų perspektyvoje sprendžiant konkrečias su sveikata ir āvairiomis medicininės veiklos sritimis bei formomis susijusias socialines problemas. Kaip teigia K. Lin, minimu laikotarpiu vyravo aiđkus nusiteikimas, „kurio āaknys slypėjo giliai Durkheimiđkojoje sociologinėje tradicijoje: remiantis moksliniu sociologiniu ārodymu identifikuoti ir pađalinti patogeniđkas būsenas“ [27]. Tuo tarpu paskutiniaus XX a. dešimtmečiais medicininėje sociologijoje (taip pat, kaip ir bendrojoje sociologijoje) vis labiau āsitvirtino postmodernistinės teorinės perspektyvos ir kokybiniai tyrimų metodai. Pavyzdžiui, P. Ten Haveas po *kokybinės medicininės sociologijos* pavadinimu siūlo talpinti tiek pokalbio analizę, tiek feministines, tiek institucinės ekonomikos, mokslo ir technologijū, teisės sociologijos perspektyvas, požiūrius bei metodus [17]. Todėl *medicininės sociologijos* uđdaviniu tampa tiek

medicinos, sveikatos priežiūros sistemų bei kitų socialiniū sferų ir institucijū funkcionavimo tyrimas, tiek visuomenės charakteristikų ir individo sveikatos lygio tarpusavio priklausomybių analizė, panaudojant kokybinius metodus interpretacinėje bei kritinėje socialiniū tyrimų perspektyvoje.

Apibendrinant medicininės sociologijos raidos tendencijas reikia paųymėti, kad visa tai vyko ne vien dėl mokslo, politiniū, ekonominiū ir pan. makrosocialiniame lygmenyje pasireiđkianėiū sistemų transformacijų poveikio. Visgi esminiai medicininės sociologijos raidos dėsningumai glaudžiai susiję su dviejų – medicinos bei sociologijos mokslo sriėiū plėtra XX a. antrojoje pusėje. Tačiau kalbant apie sąlyginius perėjimus nuo sociologijos medicinoje prie medicininės sociologijos, o vėliau – sveikatos sociologijos, tikslinga išskirti pagrindines medicininės praktikos, empiriniū tyrimų bei sociologinės teorijos kategorijas (lentelė). Konkrečiai pradiniu medicininės sociologijos plėtojimosi (sociologijos medicinoje vyravimo) laikotarpiu iš tiesų vyravo biologijos mokslų paradigmatis modelis, tuo tarpu vėliau buvo pereita

Lentelė. Perėjimo nuo medicininės sociologijos ā sveikatos sociologijā dimensijos

Analizės dimensijos	Medicininė sociologija		Sveikatos sociologija
	sociologija medicinoje	medicinos sociologija	
1. Paradigminiai modeliai	Biologijos mokslai	Psichologijos ir socialiniai mokslai	Socialiniai ir humanitariniai mokslai
2. Tyrimų metodai	Kiekybinis pozityvizmas, orientuotas ā statistikā	Kiekybinis pozityvizmas, orientuotas ā sociologinē teorijā	Kokybiniai tyrimų metodai
3. Tyrimų objektai	Lėtinės ir ūpkrečiamosios ligos	Negalavimai ir ligos	Individualios veiklos poveikio sveikatos būklei didinimas
4. Analizės lygmenys	Mikro (individo)	Mikro–makro (visuomenės); Mezo (institucijos)	Mikro (individo)–mezo (institucijū)–makro (visuomeniū)
5. Empiriniū kategorijū pavyzdžiai	Organizmas; fizinis negalavimas	Individuali asmenybė; socialinė deviacija	Individualios (privaeios ar vieđos) elgsenos ir sveikatos būklės tarpusavio priklausomybės
6. Socialiniai vaidmenys sveikatos priežiūros srityje	Gydytojas ir pacientas	Gydytojas ir pacientas; kiti medicinos profesionalai	Pacientai ir gydytojai; kiti medicinos profesionalai: dietologai, paramedikai, visuomenės sveikatos specialistai ir pan.; kitų sriėiū profesionalai: edukologai, politikai ir pan.
7. Sveikatos priežiūros (stiprinimo) institucijos	Ligoninės	Ambulatorijos, poliklinikos, medicininės konsultacijos institucijos	Nevyriausybinės ir kt. (daųnai neformalios) organizacijos bei institucijos, susijusios su sveikatos priežiūra; āstatymų leidžiamieji organai, ūvietimo āstaigos ir pan.
8. Medicininės praktikos tikslai	Gydymas (is) (daųnai tiesiogiai prižiūrint medicinos personalui)	Gydymasis, slauga (individuali, daųnai be tiesioginės medicinos profesionalo priežiūros)	Visuomenės ir individo sveikata bei gera savijauta; ligų prevencija ir profilaktika
9. Praktinė orientacija medicinoje	Vaistai; chirurgija	Cheminiai preparatai; naujos medicininės technologijos; individualios veiklos pokyčiai	Sveika gyvensena ir jos propagavimas; aplinkos kontrolė ir savikontrolė; socialiniai pokyčiai

Pritaikyta pagal Twaddle ir Hessler [32: 369].

á psichologijos bei socialiniø ir humanitariniø mokslø erdves. Atitinkamai kito ir sociologiniø analizø akcentuojami lygmenys (nuo individo iki sudëtingø socialiniø struktürø) bei taikomi metodai, tiriama organizacinë aplinka (nuo atskiros ligoninës iki socialinës kontrolës bei socializacijos institucijø), prasiplëtë socialiniø vaidmenø ratas ir pan.

Pereinant nuo socialiniø psichologiniø veiksmø analizavimo á instituciná analizës lygmená, nuo mikrosocialiniø santykiø tyrimø á makrosocialiniø sistemø analizæ, nuo individo santykiø ir/arba komunikacijø ypatumø aiðkinimo(si) á galios struktürø analizæ, nuo individualiø vaidmenø, apribotø konkreèiø supanëios aplinkos sąlygø, analizës á kompleksiná organizacinæ analizæ, nuo elgesio analizës elementaraus biheviorizmo terminais á politikos makrosocialiniuose kontekstuose analizæ ir pan. išsivystë daugybë naujø medicininės sociologijos ðakø bei jos pritaikymo sferø (pvz., kûno sociologija, rizikos sociologija ir pan.). Be to, nepaliaujamai formuojasi naujos medicininės sociologijos tyrinëjimø temos. Pavyzdþiui, medicininės etikos (bioetikos) sociologai atkreipia dëmesá á naujøjø medicininiø technologijø socialiná ir etiná turiná, patiekdami ávairius ðio reikiðnio vertinimus [33]. Be to, dauguma ðiandieniniø studijø ðioje srityje daþnai pateikia socialinio kapitalo, kaip organizacinës narystës, socialinio pasitikëjimo bei socialinio susitelkimo laipsnio sąryðio su visuotinos sveikatos bûkle, socialiniø sąveikø ypatumø ávairiuose lygmenyse, sveikatos ir pajamø nelygybës ir pan. analizæ.

Taigi pagrindiniais medicininės sociologijos institucionalizacijos bruoþais galima laikyti tai, jog ðioje srityje dirbantys sociologai ar kiti mokslininkai dirba specifiniuose aukðtøjø mokyklø padaliniuose, kuriuose dëstomos specializuotos studijø programos bei raðomos magistro tezës, daktaro disertacijos, jog leidþiami specializuoti medicininės sociologijos moksliniai þurnalai, nuolatos rengiamos mokslinës konferencijos, aktyviai veikia profesinës draugijos ir asociacijos tiek nacionaliniame, tiek tarptautiniame lygmenyse. Remiantis tuo galima teigti, kad ðiandieniniame Vakarø mokslo pasaulyje medicininë sociologija, nagrinëjanti mediciná, kaip santykinai savarankiðkà socialiná posistemæ, uþtikrinanëià visuomenës sveikatingumà ir leidþianëià visuomenei normaliai funkcionuoti bei plëtotis, yra visiðkai institucionalizuota, savarankiðka mokslo ðaka. Iki ðiol ðiame straipsnyje buvo minimi ir aptariami Vakarø visuomeniø – JAV, Didþiosios Britanijos, Nyderlandø ir pan. ðaliø pavyzdþiai. Tuo tarpu netgi be sistemingos moksliniø publikacijø sociologiniuose bei medicininiuose leidiniuose analizës, be mokslo ir studijø institucijø apþvalgos ir kitø panaðiø dalykø galima pastebëti, kad Lietuvoje terminas *medicininë sociologija* nėra plaèiai paplitæs. Prieþastis, lëmusias pas-

tarosios sociologijos ðakos nepaplitimà Lietuvoje (prieðingai nei kitose Vakarø valstybëse), pamëginsime aptarti tolesniame ðio straipsnio skyriuje.

MEDICININËS SOCIOLOGIJOS INSTITUCIONALIZACIJOS BRUOÐAI LIETUVOJE

Pirmieji atvejai, kada medicinos srities profesionalai atkreipë dëmesá á socialines problemas, susijusias su ðia veikla Lietuvoje, datuojami XIX a. pirmaisiais metais, kada Vilniuje ir Druskininkuose buvo ásteigtos pirmosios medikø profesinës asociacijos, kada Vilniaus universitete prof. J. P. Franko pastangomis buvo atidarytos Higienos, Policinës medicinos katedros ir pradëtas skaityti Socialinës higienos ir medicininės policijos kursas [30: 34]. Taèiau tolimesnæ ðiø iniciatyvø raidà apsunkino (tiksliau – sustabdë) politinë situacija Lietuvoje XIX a. pabaigoje – XX a. pradþioje. Nepaisant to, XX a. pirmaisiais metais medicinos profesionalø organizacijos, kurioms rūpëjo ne tik profesiniai, bet ir socialiniai reikalai, atsirado ir kituose Lietuvos miestuose (Kaune, Panevëþyje, Ðiauliuose, kt.). Ið tiesø ðios organizacijos rūpinosi ne tik kurortologijos, bet ir kraðto sveikatingumo, tam tikrø medicinos ðakø profesionalø ekonominiais, kultûriniais ir pan. klausimais [30: 34]. Be to, 1913 m. pradëta leisti þurnalà „Medicina ir gamta“, o 1920–1944 m. Kaune leistas mënésinis medicinos teorijos ir praktikos þurnalas „Medicina“, kuriame, be medicinos klausimø, buvo gvildenama ir socialinio pobûdþio problemos [30: 34].

Be abejo, socialiniø problemø medicinoje analizë yra susijusi su XX a. 3–4 deðimtmeèiais Lietuvos (vëliau – Vytauto Didþiojo, Kauno) universitete dirbusiais medikais (pvz., prof. V. Laðo tyrinëtø Lietuvos gyventojø mitybos ypatumø temos) [28: 44]. Taèiau sociologijos, kaip mokslo, diferenciacija bei institucionalizacija Lietuvoje prasidëjo tik apie 1970-uosius [21], todėl bûtø nelogiðka medicininë sociologijos institucionalizacijos faktø ieðkoti ankstesniais laikotarpiais.

Taigi pirmosios sociologijos mokslo institucijos Lietuvoje (kaip ir visoje tuometinëje SSRS) buvo pradëtos kurti po 1960 m. Pastarosios buvo kuriamos išskirtinai prie mokslinio komunizmo katedrø. Tai savaimë nulëmë tuo metu vyravusià sociologijos teorijos tyrimø kryptá: burþuaziniø socialiniø teorijø kritika [24]. R. Dahrendorfis teigia: „tapti sociologu beveik neámanoma nesuabejojus visuomene, kurioje mes gyvename, ir normomis, susiejanëiomis þmogaus elgesá ðioje visuomenëje. Sociologas visuomet nepatogus; bet ir gyvenimas visuomenëje jam nepatogus“ [12: 128]. Tai reikià, kad tas, kuris gyvena savo socialinius ryðius priimdamas be jokios abejonës, vargu ar gebës tuos ryðius paversti savo

tyrinėjimo objektu, o kuris tuos ryšius tiria, tas beveik visada turi nepatogią gyvenimą [12]. Remiantis būtent tokiu požiūriu ir sociologijos mokslą ir sociologą, nesunku numanyti, kad sociologija ir šios srities specialistų rengimas sovietmečiu buvo viena iš to mokslo sričių, kurias kontroliavo tuometinės politinės valdžios institucijos. Šią kontrolę akivaizdžiai iliustruoja faktas, jog sociologijos mokslo daktaro disertacijos iki 1990 m. buvo ginamos kitose SSRS respublikose, ne Lietuvos mokslo institucijose. Todėl sociologijos mokslo plėtros kontrolė bei apribojimams gali būti laikomi pagrindiniu veiksmu, nulėmusiu medicininės sociologijos raidos tendencijas Lietuvoje.

Kitaip nei sociologijoje, medicinos moksluose tokios griežtos ideologiškai suorientuotos kontrolės sovietmečiu nebuvo. Tai leido kiek laisviau medikams formuluoti savo tyrimų temas. Pavyzdžiui, jau pirmoje medicinos mokslo krypties disertacijoje (1950 m. pradžia) pavadinimai atspindėjo akivaizdžiai socialiną kontekstą (pvz., „Sifilis Lietuvoje ir jo likvidacijos eiga LTSR“; atskirą medicinos sritį vystymosi Lietuvoje analizė) buvo ginamos Vilniaus (tuomet – valstybiniame) universitete (toliau – VU) ir Kauno medicinos institute (toliau – KMI; šiuo metu – Kauno medicinos universitetas, toliau – KMU). Be to, nuo 1964 m. KMI pradėti vykdyti sistemingesni sociologiniai tyrimai [25]. 1966 m. birželio 16–19 d. pirmą kartą pokario metais sudarytoje sociologinio tyrimo sekcijoje KMI darbuotojai pristato savo tyrimo rezultatus Kauno politechnikos instituto (toliau – KPI; dabar – Kauno technologijos universitetas, toliau – KTU) visuomenės mokslų katedrų dėstytojų eilinėje mokslinėje konferencijoje [26]. Tą pačią dieną rugsėjo 15 d. KMI atkurta sociologinio tyrimo grupė [22].

Kitą dešimtmetį (1973 m. gegužės mėn.) Mokslinės medicininės psichologijos ir sociologinio tyrimo laboratorijos tuometiniame Žirdies kraujagyslių fiziologijos ir patologijos moksliniame tyrimo institute (toliau – ŽKFP MTI) prie KMI (dabar Kardialogijos institutas, KMU) akūrimas buvo reikšmingas posūkis medicininės sociologijos institucionalizacijos procese [15]. ŽKFP MTI institucijos atsiradimą tiesiogiai paskatino psichologinio – sociologinio tyrimo poreikis, artikuliuotas Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau – PSO) vadovaujamoje Kauno–Roterdamo programoje (Kaunas–Rotterdam Intervention Study – KRIS), pradėtoje vykdyti 1972 m. Pastarosios institucijos atsiradimas privertė socialinės medicinos srities problemas sprendžiančius mokslininkus atkreipti didesnę dėmesį ir sociologinę teoriją, o ne akcentuoti savo tyrimuose išskirtinai biomedicininis aspektus [15]. Todėl būtent ši programa tapo naujų mokslinių tyrimų pradžia profilaktikos kryptyje medicinos psichologijos ir sveikatos so-

ciologijos srityse. Ir jau 1975 m. pasirodžiusiam straipsnyje „Medicina kaip sociologinio tyrimo objektas“ KMI filosofas A. Tytmonas pradeda aptarinėti takoskyrą tarp sociologijos medicinoje ir medicinos sociologijos: „kai kalbama apie žmogaus sveikatos ir susirgimų socialinio aspekto tyrimimą, mes turime reikalą su *medicinos* požiūriu traktuojama socialine realybe. Bet kai kalbama apie medicinos, kaip tam tikro socialinio reiškinio, tyrimimą, mes turime reikalą su *sociologijos* požiūriu tyrinėjama paėia medicina“ [31].

Ėia taip pat pažymėtinas dar vienas spartus medicininės sociologijos institucionalizacijos 1970-aisiais metais Lietuvoje faktas: 1975 m. SSRS sociologų draugijoje atsteigtas atskiras Pabaltijo (Lietuvos, Latvijos, Estijos) sociologų skyrius, kurio jungiamą sekciją sąraše buvo ir sveikatos apsaugos sociologijos sekcija [15].

Sovietmečiu Lietuvoje aiškiai vyravo vadinamoji *sociologija medicinoje*. Taigi vyravo orientacija ir kiekybinius tyrimus, kuri, nepaisant sparčių teorinių bei metodologinių pokyčių šioje srityje, aptartose ankstesniame poskyryje, Lietuvoje (kaip ir visoje SSRS) praktiškai nekito. Tokia stabilumą (konservatyvumą) medicininėje (ir bendrojoje) sociologijoje minimu laikotarpiu lėmė kelios priežastys.

Pirma, tuo laikmečiu Lietuvos (kaip ir visose kitose sąjunginio respublikose) visuomenė, mokslas bei sveikatos priežiūros sistema, kaip ir beveik visos kitos viešojo bei privataus gyvenimo sritys, buvo ypatingai stipriai ideologizuota. Tai reikšminga, jog nebuvo galima jokia kita ideologija ar socialinė teorija, išskyrus dogmatiną marksizmą su jo idealios (tarybinės) visuomenės, kuriai nebūdingos jokios socialinės problemos, koncepcija. Objektivi kokybinė sveikatos socialinio problemos ar institucijų (kaip ir jokios kitos socialinio reiškinio) analizė buvo nepalanki to meto politinei konjunktūrai ir todėl praktiškai buvo neįmanoma.

Antra, kaip minėjome, sovietinio valdymo metais iš tiesų nebuvo tinkamos tarp akademinės sociologijos plėtrai. Kaip rodo anksčiau cituoti disertacijų pavadinimai ir pats faktas, jog jokios panašaus pobūdžio disertacijų sociologijos mokslo kryptyje iki 1990 m. Lietuvoje apginta nebuvo, realiai sociologinius tyrimus medicinos srityje vykdė sveikatos profesionalai, kurie sociologiją dažniausiai siejo tik su matematine-statistine analize ir socialine epidemiologija. Todėl, kaip pažymi V. Leonavičius, „tuo laiku vykdomos su epidemiologija susijusios apklausos liko sutvarkytos empirinio duomenų lygmenyje, geriausiu atveju buvo skaičiuojami koreliaciniai kintamųjų ryšiai be sociologinės perspektyvos analizės“ [23]. Viena vertus, tokia būvą sovietinėje medicininėje sociologijoje nulėmė tuo metu vyravęs biomedicininis sveikatos modelis, kuris vertė „sveikatos politikos dėmesį koncentruoti ir medicinos technologijų plėtojimą“

mą“ [23]. Kita vertus, esamai situacijai turėjo ataką ir tai, jog Lietuvoje iš tiesų trūko sociologų profesionalų ir nebuvo tvirtos socialinių mokslų tyrinėjimų tradicijos. Tačiau nors „apie sveikatos sociologiją buvo žinoma tik per vieną kitą specializuotą knygą, patenkančią iš užsienio“ [15: 35], disertacijos, kurių temos (bent sąlyginai) gali būti priskirtos medicininės sociologijos sričiai Lietuvoje, visgi buvo gaminamos visą sovietinės santvarkos laikotarpį³.

Trečia, sovietmečiu sociologijos utilitarinė vertė buvo matoma materialinės naudos išgavime racionalizuojant ir tobulinant sociopolitinę tikrovę, pateikiant tam tikrus „empiriškai pagrįstus“ argumentus apie tos tikrovės gerąsias (dažnai – idealiąsias) puses bei socialinius „laikmečio laimėjimus“. Iš tiesų, sovietinė valdžia sociologiją visuomenei pristatydavo kaip socialinės pažangos agentą bei sovietinės santvarkos apologetą.

Taigi sovietmečiu Lietuvoje vyravo tai, ką galima pavadinti sociologija medicinoje. Tačiau 1989 m. pradėta formuoti Lietuvos nacionalinė sveikatos politika [14: 7], prasidėjusi Lietuvos mokslo ir studijų sistemos reforma, vartotojiškos, pilietinės ir demokratinės visuomenės, paremtos laisvos rinkos principu, formavimasis turėjo ataką medicininės sociologijos raidai [23; 7]. Iš tiesų po 1990 m. atsivėrus bendradarbiavimo su pasaulio (ir mokslo) bendruomene galimybės nulėmė, jog XX a. paskutiniaisiais metais Lietuvoje ėmė sparčiau ryškėti medicinos ir sveikatos sociologijos bruožai, siejami su socialine teorija, bioetika ir medicinos filosofija. Pavyzdžiui, 1990 m. Kauno medicinos akademijoje (toliau – KMA; dabar – KMU) Filosofijos ir socialinių mokslų katedroje būsimiems farmacininkams, ūvairių specialybių gydytojams, slaugos specialistams ir kt. buvo pradėta dėstyti sociologijos studijų kursą. Vėliau pirmą kartą Lietuvos sociologijos istorijoje pradedamos dėstyti specializuotos disciplinos – *Sociologija medikams* bei *Sveikatos sociologija*. 1994 m. KMA ūkurto Visuomenės sveikatos fakulteto dėstytojais ir mokslininkais ūvairias medicininės sociologijos, kaip atskiros mokslo srities, temas ūtraukia ū bendrŕ tarpdisciplininŕ sveikatos problemŕ tyrinėjimo laukŕ; KMU Biomedicininŕ tyrimŕ institutas taip pat vykdo tyrimus, susijusius su medicinine sociologija; VU Medicinos fakultete atsiranda Visuomenės sveikatos institutas, kuriame dėstomas medicinos sociologijos kursas; KU Sveikatos fakultete ūkuriamas Visuomenės sveikatos katedra, kurioje dėstoma sveikatos sociologija; 1998 m. ūiaulio universitete ūkuriamas Visuomenės sveikatos ugdymo mokslinis centras; pasirodo pirmieji vadovėliai [20].

Neatlikus nuodugnaus tyrimo, iš tiesų sunku teigti, ar po 1990 m. padaugėjo disertacijŕ, kurias būtų galima vertinti ir kaip tam tikrus medicininės sociologijos institucionalizacijos pavyzdžius. Tačiau egzis-

tuoja gana didelė tikimybė, jog atsakymas ū ūŕ klausimŕ būtų teigiamas. Taip galvoti verėia vien tai, jog 1998 m. KMU, o 2000 m. – VU apginamos visuomenės sveikatos mokslo krypties pirmosios daktaro disertacijos, nuo 1997 m. apginamos kelios sociologijos mokslo krypties disertacijos, kuriŕ pavadinimais leidžia identifikuoti ir medicininės sociologijos temas⁴.

Taip pat nesant detalios analizės negalima tvirtinti, kad po 1990 m. reikŕmingai padaugėjo moksliniŕ publikacijŕ sveikatos, medicininės sociologijos temomis tokiuose leidiniuose, kaip *Filosofija. Sociologija. Socialiniai mokslai. Sociologija: Mintis ir Veiksmas. Medicina. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. Sveikatos mokslai* ir pan. Nepaisant to, aki-vaizdu, kad Lietuvoje vis dar vyrauja empirinė sociologija medicinoje. Őia derėtŕ prisiminti tai, kas jau minėta aukŕčiau: sociologija medicinoje reikŕia sŕlyginai ribotŕ kiekybiniŕ modeliŕ bei metodŕ naudojimŕ, tuo būdu iš anksto nulemiant mechanines, stokojanėias giluminės socialiniŕ veiksnio poveikio visuomenės sveikatos raidai bei esamam būviui, ŕios srities politikai ir kitiems aspektams, iŕvadas. Tai ap-sunkina specifiniŕ problemŕ identifikavimo, jŕ sprendimŕ bei tŕ sprendimŕ realizavimo visuomenėje gali-mybės. Todėl pastebimai daŕnėjantys (daugiausia sėk-mingi) bandymai pasinaudoti medicinos sociologijoje daŕniau naudojamŕ kokybiniŕ metodŕ privalumais [17] ir mėginimai medicininio reikŕkinio paaiŕkinimo iėdkoti ne tik demografiniuose, bet ir sociokultūri-niuose kontekstuose [23] rodo, jog medicininė so-ciologija Lietuvoje ne tik turi sėkmingas plėtros ga-limybes, bet ir atspindi siekius efektyviau panaudoti mokslo laimėjimus visuotinei (ŕiuo atveju – sveika-tos srityje) gerovei pasiekti.

MEDICININĖS SOCIOLOGIJOS STUDIJŖ IR MOKSLINIŖ TYRIMŖ PERSPEKTYVOS LIETUVOJE

Kokŕ poveikŕ individo sveikatai daro jo socialinis sta-tusas Lietuvoje? Kuo remiasi pagrindinės paciento ir gydytojo tarpusavio sŕveikŕ struktūros Lietuvos informacinėje visuomenėje? Kokios medikŕ profesinės autonomijos siaurėjimo prieŕastys? Kokie esmi-niai Lietuvos ligoniniŕ, ambulatorijŕ, klinikŕ, kitŕ medicinos bei sveikatos prieŕiūros institucijŕ vidinės bei iŕorinės organizacinės aplinkos veiksniai skatina ŕias institucijas dirbti efektyviai? Kokios pagrindinės medikŕ ir pacientŕ asocijuotos interesŕ grupės daro poveikŕ sveikatos politikos formavimui ir ŕgyvendini-mui? Kuo pasiŕymi efektyvios socialinės sŕveikŕ struktūros tarp medicinos institucijŕ ir kitŕ sociali-niŕ institucijŕ (pvz., ekonomikos, ŕvietimo, politikos, ŕeimos, religijos ir pan.) Lietuvoje? ŕiandien Lietu-voje tik pradedama domėtis tokiais ir panaŕiais me-

dicininės sociologijos klausimais, kurie mūsų XXI a. visuomenėje yra ypač svarbūs, tačiau kol kas mažai nagrinėti.

Pavyzdžiui, Kauno gyventojų populiacijoje¹⁵ pastebima vidutiniškumo stiprumo priklausomybė tarp pasitenkinimo sveikata ir pasitenkinimo savo gyvenimu apskritai ($R = 0,6$, $p < 0,001$). Mes ėia nesigilinsime á diskusiją, ar pasitenkinimas gyvenimu, galintis reikšti ir ekonominės gerovės augimą, sąlygoja didesnę pasitenkinimą savo sveikata kaip ekonominių investicijų rezultatu, ar geresnė savijauta suteikia didesnę pasitenkinimą savo gyvenimu. Tačiau svarbu atkreipti dėmesá jog pasitenkinimas savo sveikatos būkle analogiškai yra susijęs ir su pasitenkinimu ne tik savo laisvalaikiu ar darbu, studijomis ir pan., bet ir draugais, šeima ir net vietos valdžia. Tai akivaizdžiai árodo sveikatos priežiūros ir rūpybos svarbą visuomenėje.

Kita vertus, pavyzdžiui, 2001 m. Bioetikos draugijos ir Pilietinio iniciatyvų centro atlikto tyrimo „Pacientų teisų praktikos šiandieninėje Lietuvos sveikatos priežiūroje“ įvadoje teigiama, kad „pacientų teisų veiksmingumo sveikatos priežiūros lauke neįtikrina nei formalios struktūros, nei visuomenėje veikiančios praktikos“ [7]. Šio tyrimo rezultatai tik suponuoja prielaidą, kad analizuotam reiškiniiui esminės átakos gali turėti pilietinės visuomenės plėtotė. Kitas pavyzdys – Lietuvos gydytojų sąjungos Sveikatos sisteminio tyrimo grupės atlikto sociologinio „kai kurių sveikatos kokybės aspektų“ tyrimo rezultatai [7]. Ėia teigiama, kad „Sveikuolių mokyklose ir sanatorijose-reabilitacijos ástaigose gydosi daugiau moterų nei vyrų. Viena priežasčių – blogesnė moterų sveikata“. Arba: „Sveikatos mokyklas renkasi jaunesni ir didesnio išsilavinimo žmonės, sugebantys objektyviau vertinti savo sveikatą ir ją veikiančius veiksnius, formuoti sveikatos tikslus“. Akivaizdu, jog šiose įvadose stokojama net elementariausios sociologinės ávalgos, kuri tyrinėjotams pirmiausia būtų pakūpdėjus apie lyčių, ávairaus amžiaus bei skirtingo išsimokslinimo grupių vertybinius ir gyvenimos, ekonominio statuso ir panašius skirtumus. Taigi šie pavyzdžiai árodo, kad, nepaisant atliekamų tyrimų medicininės sociologijos srityje gausos, mes dar turime erdvę tobulinti jų kokybę.

Ši problematika tiesiogiai susijusi ir su filosofės I. Jakuđovaitės iðkeliamu klausimu [18: 30]: *ar nevertėtø pagalvoti ir apie medicinos sociologø rengimà Lietuvoje?* Šiandien Lietuvos aukðtosios medicinos mokyklos absolventas daug þino apie þmogaus organus, audinius, ląsteles, jø biochemines struktūras ir t. t., tačiau, matant jam siūlomø / jø iðklausomø studijø programø sàraðà, kyla abejonė, ar jis pakankamai iðmano (bent) apie esmines þmogaus, kaip socialios bũtybės, šeimos institucijos, kaip pirminės jo elgsenà sàlygojančios grupės, ir

visuomenės, kaip sistemos ir/arba struktūros, nulemiančios tos institucijos (ir paties individo) pagrindines charakteristikas, sàveikas bei ryðius, ar geba juos analizuoti tam tikrame (aukðtájá išsimokslinimà turinčio specialisto) lygmenyje? Ši abejonė verčia teigti, kad Lietuvos aukðtojoje medicininėje mokykloje visgi turėtø bũti atkreiptas didesnis dėmesys á ávairiø sociologiniø (tiek bendrosios, tiek medicininės sociologijos) disciplinø vietà ir studijø, ir moksliniø tyrimø programose.

Be to, šiandien Lietuvoje svarbu ne tik (per)formuoti medicininà mąstymà sociologizacijos linkme visuomenėje bei paėioje medicinoje, ne tik plėtoti medicininės sociologijos tyrimus, bet ir, perimant pasaulinà patirtà šioje srityje, tobulinti teorijà bei kurti atitinkamà lietuviškà terminologijà.

Taigi logiška manyti, kad tikslinga sistemiiškai dirbti plėtojant medicininės sociologijos studijas bei mokslinius tyrimus Lietuvoje. Teoriškai tam galima pasinaudoti P. Browno siūlomu, šiandieninės medicininės sociologijos esmė nusakanėiu, modeliu [27]. Tai yra sujungti visus socialinės realybės lygmenis – *mikro*, apimantá individualias (tiek medikø, tiek pacientø ir aibė kitø socialiniø veikėjų grupiø) praktikas, *mezo*, kuriam priklauso organizacinė aplinka (pvz., ligoninės, pacientø priežiūros institucijos ir pan.), bei *makro*, kasdieniame pasaulyje reiškinantá visuomenės struktūrinà sistemà sudarančias institucijas (šiuo atveju – sveikatos priežiūros sistemà, ekonomikà, politikà ir pan.).

IŠVADOS

Apibendrinant galima konstatuoti, kad Lietuvoje medicininės sociologijos institucionalizacija dėl ávairiø politiniø, ekonominiø, kultūrinø ir kitokiø priežasčių plėtojasi labai lėtai. Tačiau šio proceso tendencijos atitinka ankstyvesnės medicininės sociologijos raidos tendencijas daugumoje Vakarø valstybiø, t. y. palapsniui ávairiose medicininės veiklos srityse atkreipiamas vis didesnis dėmesys á socialinius šios veiklos (tiek individo, tiek visuomenės sveikatos priežiūros srityse) aspektus, nuo taikomosios sociologijos medicinoje pereinama prie medicinos sociologijos. Ir nors medicininės sociologijos, kaip savarankiškos mokslo šakos, plėtra Lietuvoje atskirais laikotarpiais buvo stabdoma, pastarøjø metø moksliniai darbai šioje srityje demonstruoja akivaizdø artėjimà prie šiandieniniame pasaulyje minimoje mokslo srityje vyraujanėiø tyrimo temø bei metodø. Tokios tendencijos nurodo spartø Lietuvos mokslo bendruomenės artėjimà prie bendrøjø mokslo standartø, vyraujanėiø visame, globalizacijos poveiká daranėiame, pasaulyje.

Nuorodos

- ¹ Originale – The Nature of Status of Medical Sociology // American Sociological Review. 1957. N 22. P. 200–204.
- ² Institutional trends in medical sociology. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1986. N 27. P. 265–276 [Cit. in Lin].
- ³ Originale: McIntite, Charles. The Importance of the Study of Medical Sociology. *Bulletin of the American Academy of medicine*. 1894. Vol. 1. P. 425–434.
- ⁴ Originale: Blackwell, Elizabeth. *Essays in Medical Sociology*. London: Bell, 1902.
- ⁵ Originale: Werbasse, James. *Medical Sociology*. New York: Appleton, 1909.
- ⁶ Originale: Stern, Bernard. *Social Factors in Medical Progress*. New York: Columbia University Press, 1927.
- ⁷ Originale: Simmons L., Wolff H. *Social Science in Medicine*. New York: Russell Sage, 1954.
- ⁸ Originale: Suchman, Edward A. *Sociology and the Field of Public Health*. New York: Russell Sage, 1963.
- ⁹ Mechanic D.: The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*. 1962. No. 15. P. 189–194; *Medical Sociology*. New York: The Free Press, 1968; Cit. in Lin [27].
- ¹⁰ Rosenstock I. M. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966. No. 44. P. 94; Cit. in Lin [27].
- ¹¹ Goffman, 1961, Strauss, 1969, Zola, 1966; Cit. in Lin [27].
- ¹² Originale: Anderseno (1968); Cit. in Lin [27].
- ¹³ Pvz., Vilniaus universitete (tuo metu – Vilniaus valstybiniame V. Kapsuko universitete; toliau – VU) J. Lelio 1951 m. medicinos mokslo kryptyje apginta daktaro (tuo metu – kandidato á mokslo daktarus) disertacija *Sifilis Lietuvoje ir jo likvidacijos eiga LTSR*; KMI (KMU) J. Šurkaus 1960 m. medicinos mokslo kryptyje apginta pirmoji disertacija *Psichiatrijos vystymasis Lietuvoje ir 1969 m. apginta antroji disertacija Psichiatrijos mokslo istorija Lietuvoje*; D. Bieronto 1971 m. KMI (KMU) apginta medicinos mokslo krypties disertacija *Kauno miesto vaikø sergamumas ir kai kuriø socialiniø faktoriø átaaka*; A. Buëiùniënës 1980 m. Eksperimentinës ir klinikinës medicinos mokslo tyrimø institute apginta medicinos mokslo krypties disertacija *Dirbanëiø ligoniø, serganëiø reumatine mitraline stenoze, racionalaus ádarbinimo klausimai* ir kt.
- ¹⁴ Tai: F. Stepukonio disertacija *Vidutinës bûsimo gyvenimo trukmës kaip visuomenës kokybinës raidos indekso sociologinis pagrindimas ir analizë* (Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas, daktaras, sociologija, 1997 m.); R. Butkeviëienës disertacija *Ðeimø, auginanëiø vaikus su klausos negalia, socialinë charakteristika* (KTU, daktaras, sociologija, 2000 m.); J. Pivorienës disertacija *Judëjimo negalià turinëiø asmenø socialinë integracija* (Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas, daktaras, sociologija, 2001 m.).
- ¹⁵ Reprezentatyvi Kauno miesto ir Kauno rajono gyventojø apklausa (N = 900), 2003 m. pavasaris; „Pilietinës visuomenës tyrimas“, kurá finansavo JAV Demokratijos komisija (Amerikos centras, Vilnius); tyrimà surengë ir atliko Vieðosios politikos tyrimø centras, KTU.
2. Alestalo M. Variations in state responsiveness: Science system and competing theories of the state. *International Sociology*. Mar 1997. Vol. 12. No. 1. P. 73–92.
3. Annandale E. *The Sociology of Health and Medicine*. Cambridge: Polity, 2001.
4. *Atverkime Socialiniø mokslø gelmes*. C. Gulbenkiano socialiniø mokslø pertvarkymo komisijos praneðimas. Vilnius: ALK, Knygiai, 2002.
5. Ben-David J. *The Scientist's Role in Society. A Comparative Study*. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1984.
6. Berger P. L., Luckmann T. *Socialinës tikrovës konstravimas*. Vilnius: Pradai, ALK, 1999.
7. Bioetikos draugija ir Pilietiniø iniciatyvø centras. Pacientø teisø praktikos áiandieninëje Lietuvos sveikatos prieþiûroje. 2001, ALF. http://politika.osf.lt/visuomenes_sveikata/santraukos/PacientuTeisiuAnalyze.htm.
8. Blaxter M. Medical sociology at the start of the new millennium. *Social Science and Medicine*. 2000. Vol. 51. P. 1139–1142.
9. Braimoh D. Academics and African academia: a paradox of manufacturers and industries for development. *Higher Education Policy*. Sep. 1999. Vol. 12. Issue 3. P. 253–260.
10. Cannavo L. Sociological models of science knowledge. *International Sociology*. Dec. 1997. Vol. 12. No. 4. P. 475–496.
11. Cockerham W. C. Medical Sociology. *Handbook of Sociology* (Ed. N. J. Smelzer). London: Sage, 1988. P. 575–599.
12. Dahrendorf R. *Tropi iz utopii*. Moskva: Praksis, 2002.
13. Dyker D. A. Key actors in the process of innovation and technology transfer in the context of economic transition. *Science and Public Policy*. Aug. 1998. Vol. 25. No. 4. P. 239–245.
14. Grabauskas V. Sveikatos politikos plëtojimas Lietuvoje. *Pirmasis reformø deðimtmetis: sveikatos prieþiûros sektorius socialiniø-ekonominiø pokyëiø kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
15. Goðtautas A. Medicininës psychologijos ir sociologiniø tyrimø laboratorijai – 25 metai. Ið *Sociologija aukštojo mokykloje*. Kaunas: Technologija, 1999. P. 34–49.
16. Hagstrom W. O. Social control in science. *Four Sociological Traditions. Selected Readings* (Ed. R. Collins). Oxford: Oxford University Press, 1994. P. 262–270.
17. Ten Have P. *Current trends in Qualitative Medical Sociology: Some recent studies from the Netherlands*. <http://www.pscw.uva.nl/emca/presov.htm>.
18. Jakuðovaitë I. Medicinos sociologija: istorija ir dabarties problemos. *Socialiniai mokslai. Sociologija*. 1995. Nr. 2(3). P. 28–31.
19. Jurgelënas A. (pareng.). *Kai kurie sveikatos kokybës aspektai sveikuoliø mokyklose ir sanatorijos-reabilitacijos ástaigose*. Lietuvos gydytojø sąjunga, Sveikatos sisteminio tyrimø grupë. Vilnius, 1994.
20. Kalëdienë R. ir kt. *Ðiuolaikinio visuomenës sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa, 1999.
21. Kraniauskas L. *Sociologinio diskurso raida Lietuvoje (1960–2000 m.)*. Daktaro disertacijos santrauka. Vilnius, 2001.

Literatūra

1. Abbott A. Plea for female academics in Germany. *Nature*. 4 Jun 1998. Vol. 393. P. 402.

22. Laskienė S. Sociologinio tyrimo laboratorija Kauno politechnikos institute ir Kauno technologijos universitete 1967–1992 metais. *Sociologija aukštojoje mokykloje*. Kaunas: Technologija, 1999. P. 12–16.
23. Leonavičius V. *Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis. Filosofija. Sociologija*. 2003. Nr. 3. P. 35–40.
24. Leonavičius V. Sociologijos diskursas ir sociologijos studijos Lietuvos aukštosiose mokyklose. *Filosofija. Sociologija*. 2002. Nr. 1. P. 24–30.
25. Leonavičius A. Sociologinio tyrimo pradžios Kauno medicinos universitete klausimu. *Sociologija aukštojoje mokykloje*. Kaunas: Technologija, 1999. P. 30–33.
26. Leonavičius J. Sociologija aukštojoje mokykloje. *Sociologija aukštojoje mokykloje*. Kaunas: Technologija, 1999. P. 5–11.
27. Lin K. *The Shaping of A Discipline: The Case of Medical Sociology in the United States, 1950s–1980s*. 1993. <http://twrf.formosa.org/kuoming/paper3.htm>.
28. Matukonis A. *Nuo aukštųjų kursų Kaune iki Kauno technologijos universiteto*. Kaunas: Technologija, 1997.
29. Parsons T. *The Social System*. London: Routledge, 1997.
30. *Tarybų Lietuvos enciklopedija*. Vilnius: Vyriausioji enciklopedijų redakcija, 1988.
31. Tytmonas A. Medicina kaip sociologinio tyrinėjimo objektas. *Problemos*. 1975. Nr. 2(16). P. 39–44.
32. Twaddle A. C., Hessler R. M. *A Sociology of Health* (Second edition). New York: Macmillan Publishing Company, 1987.
33. Zussman R. Sociological perspectives on medical ethics and decision-making. *Annual Review of Sociology*. 1997. No. 23. P. 171–189.
34. Demaitaitis A. Nesveikata kaip socialinis reiškiny ir socialinis vaidmuo. *Medicina*. 1997. T. 33. Priedas 11.
35. Wickware P. Along the leaky pipeline. *Nature*. 13 Nov. 1997. Vol. 390.

**Algirdas Demaitaitis, Raimundas Kaminskas,
Aurelija Novelskaitė**

INSTITUTIONALIZATION OF MEDICAL SOCIOLOGY: DEVELOPMENT AND PERSPECTIVES

S u m m a r y

The paper offers a review of the main tendencies of institutionalization of medical sociology as an academic discipline in the West and in Lithuania and discusses the main themes and sub-fields within the discipline. Particular attention is given to the trends of development of medical sociology in Lithuania, starting with the Soviet period until recent days. A brief discussion of the perspectives of the development of the field is presented.

Key words: medical sociology, sociology of medicine, sociology in medicine, sociology of health, institutionalization