

Mirjana Ule

DRUŽBENI VIDIKI ZDRAVJA IN MEDICINE

UVOD

Čeprav ima v moderni družbi in moderni medicini prednost znanstveno-racionalna predelava bolezni in njenih znakov, pa je vendarle veliko vsakdanjih dokazov za to, da poleg nje obstaja še veliko bolj elementarna čustvena raven zaznavanja in doživljanja bolezni ter njenih učinkov in posledic. Posebej pri eksistencialnih izkušnjah, kot so bolečina, trpljenje, negotovost, je lahko čustveno doživljanje odločilno. Tako kot se naučimo reagirati na bolečino, se naučimo tudi njenega jezika, tega, kaj smemo in česa ne smemo pokazati pred drugimi zaradi socialnih omejitev in odgovornosti (Gottschlich 1998). In obrnjeno, če je nekdo priznano bolan, mora kazati občutke bolečine, mora govoriti o svoji bolečini, čeprav ni hudo bolan.

Bolečina je nalezljiva. S sočutjem, vživljanjem v bolečino drugega preide na nas – in tega nas je strah. Hkrati pa obstajajo dokazi za to, da možnost izražanja občutkov bolečine, torej predelava bolečine z izražanjem te bolečine, krepi imunski sistem (*op. cit.*). Izražanje občutkov in čustev, povezanih z boleznijo in bolečino, kot sta strah in negotovost, namreč pomeni predvsem, da jih pojmovno zajamemo, jih prevedemo v jezikovno formo. To omogoča distanco do trenutnih občutkov in čustev. Distanca do trenutnih občutkov in čustev ustvari prostor, da lahko aktiviramo druge vrste občutkov in čustev, npr. voljo in željo po življenju namesto strahu in bolečine ali čustvo hvaležnosti za izraženo pomoč.

Bolezen v svoji elementarni obliki je torej dogodek, ki se ne kaže samo v bioloških znakih, ki prizadenejo telo. Njen pomemben del so socialne manifestacije bolezni, ki prizade-

nejo socialne odnose, socialne vloge, socialne dejavnosti posameznika ali posameznice. Bolezen se razvija v določenem socialnem kontekstu in ta kontekst moramo upoštevati pri analizi vzrokov in posledic bolezni. Simptomi so namreč več kot znaki različnih sprememb, ki se zgodijo v telesu. Vse to pomeni, da je to, ali nekdo ima simptome bolezni, več kot telesni problem, je problem spremembe socialnega statusa, sprememb samopodobe, kakovosti življenja, odnosov. Pomembno je ne le to, kaj ljudje mislimo o zdravju in bolezni, temveč tudi, kako je naše razmišljanje povezano s predstavami o naših medsebojnih odnosih, dejavnostih in kulturi, v kateri živimo. Gre ne le za to, da ima bolezen tudi psihološke in socialne posledice. Bolezen je socialno-kulturno uokvirjena ali, kot pravi Marc Augé (1995: 27):

Paradoksalno pri bolezni je, da je hkrati najbolj individualna in najbolj socialna izkušnja in dogodek.

Prav ta družbeni učinek bolezni je tisti, zaradi katerega se vsi ukvarjamo z njo, skupaj z dejstvom, da to vendarle zadeva vprašanje kakovosti življenja in preživetja. Zato o zdravju in boleznih razpravljajo različne znanosti in različne stroke; poleg medicine predvsem socialne in družbene znanosti. Zato moramo imeti razvite tudi različne pristope pomoči in sodelovanje med njimi. Razlog za uporabo tako širokega spektra znanosti je preprost. Vprašanja, zakaj ljudje zbolijo in kako naj ohranijo zdravje in dobro počutje, sta tako pomembni, da ju nobena veda, ki se ukvarja z ljudmi, ne more prezeti.

NADZOROVALNA VLOGA MEDICINE V SODOBNIH DRUŽBAH

Zanimivo je, kako se spreminjajo pojmovanja o zdravju, bolezni, medicini s spreminjanjem vodilnih ideologij, vrednostnih sistemov, kulturnih tradicij v zgodovini. Čeprav lahko domnevamo, da različna pojmovanja bolezni pogosto izhajajo iz realnih vzrokov in okoliščin bolezni, pa ne moremo jasno izločiti te realne podlage od različnih konceptualizacij bolezni in tudi ne od različnih ideologij, ki so prevladovali v različnih družbah. Splošne teorije zdravja in bolezni so vedno temeljile na dominantnih ideologijah in verovanjih določene kulture. Zato medicinske kategorije niso nevtralne glede na te ideologije in verovanja, kajti so mesto delovanja metafor, s katerimi se v določeni družbi hvali ali obtožuje kako vedenje ali stanje človeka (Ule 2009).

Za razvoj moderne znanosti in sodobne medicine je odločilna kartezijanska predstava sveta kot velikega stroja in človeškega telesa kot natančnega mehanizma, delitev na telo in dušo, razum in čustva. Znanstvena medicina se, tako kot novoveška znanost, v celoti posveča sistematičnemu iskanju objektivnega znanja. Tako kot v številnih drugih znanostih je bila s tem izločena subjektivna, človeška sfera doživljanja. Kartezijanski dualizem, na katerem temelji vsa moderna znanost, je sestavni del novoveške ideologije gospodstva in nadziranja narave in človeka. Ta predstava se je globoko vtisnila v razvoj sodobne znanosti, tudi sodobne medicine.

Zaradi velikega pomena, ki ga imajo naravoslovni zakoni znanosti v medicini, zaradi potrebe po znanstveni objektivnosti, sodobna medicina težko prizna, da obstajajo pri zdravju in bolezni določene psihosocialne razsežnosti, ki se odtegujejo medicinsko tehnični diagnostiki. V taki medicini tudi ni prostora za intuitivne spoznavne metode, ki so bile podlaga tradicionalnih umetnosti zdravljenja. V strojnem modelu človeka ni mesta za intuicijo ali intuitivno vednost. Čeprav sodobna medicina ne more zanikati teh učinkov na zdravljenje – to kažejo tudi raziskave placebo učinka v medicini – javno zavrača vse, kar ni v skladu s prevladujočim mehanicističnim razumevanjem naravoslovno

usmerjene medicine in kar ni pojasnljivo z njenimi strogo definiranimi pogoji.

Bolnik v taki medicini ni obravnavan kot posameznik oziroma posameznica, ampak kot primer, kot objekt, na katerem se uporabljajo določene metode in pravila, ki so upravičena glede na vsakokratni znanstveni model. To pa lahko deluje le toliko časa, dokler so subjektivne razsežnosti bolezni ločene od »objektivnih«
znakov bolezni, dokler lahko obravnavamo bolezen kot nekaj ontološko neodvisnega od subjektivnih doživetij bolnika. Dualizmu subjekta in objekta pa danes nasprotujejo med drugim tudi najnovejša spoznanja naravoslovja, npr. opažanja moderne fizike o izginjanju meja med objektivnim svetom in subjektivno zavestjo o svetu. Tudi v takih »trdih«
znanostih, kot je fizika, ugotavljajo, da naravoslovje ne opisuje narave take, kot je »po sebi«, temveč v odnosu do nas samih.

Znani fizik Werner Heisenberg (1973: 60) meni:

Kar opazujemo, ni narava po sebi, temveč narava, ki je izpostavljena našemu načinu spraševanja.

Podobno lahko rečemo: kar znanstvena medicina opazuje, ni bolezen na sebi, ampak stanje, ki ga poudarijo medicinska vprašanja. Ker pa se moderna medicina opira na znanost in objektivno preverjene metode zdravljenja, na raziskovalne dosežke in študije, in ker je to znanje po večini nerazumljivo laikom in usmerjeno k terapevtskim ciljem, je medicina pridobila privilegirani položaj v primerjavi z drugimi avtoritativnimi družbenimi institucijami, kot sta pravo in cerkev.

Hkrati pa se je moderna medicina sama začela vedno bolj opirati na ugotovitve znanosti in medicinske tehnologije in pripomočke ter se vedno bolj distancirati od bolnikov in dialoga z njimi (Armstrong 2000). Za medicinsko ekspertizo je postajalo vedno manj pomembno to, kaj zdravniku pove bolnik, bolnica o svojem počutju, občutkih, čustvih, in vedno bolj to, kar je o njegovem oziroma njenem fizičnem stanju ugotovila medicina s pomočjo medicinskih preiskav in naprav. To je bil pomemben odmik od kozmologije bolezni, ki se osrediča na osebo, na objektivno osredičeno medicino.

Biomedicinsko znanje je začelo zaradi svojega privilegirane družbenega položaja definirati in konstituirati pravo naravo zdravja in bolezni v sodobnih družbah. Armstrong ugotavlja v navezavi na Foucaulta, da sta za novoveško in moderno medicino odločilni praksa in tehnika »kliničnega oz. medicinskega pogleda«, to je celota vseh tehnik in jezikov, ki jo utrjuje njena avtoriteta in ji omogočajo prodiranje v človeško telo (*op. cit.*: 56). Klinični pogled ni nevtralen, je zelo zaznamovan s političnim, kajti spremembe v načinu opisovanja in raziskovanja človekovega telesa temeljijo na določenih mehanizmih moči, ki od 18. stoletja prežemajo telo in ga držijo pod nadzorom. Hkrati pa so ljudje prenesli vso odgovornost in skrb za zdravljenje bolezni na medicinsko stroko in medicinske institucije, katerih osebje je bilo strokovno visoko kvalificirano. Vse to je zdravnikom in drugemu medicinskemu osebju podelilo veliko avtoriteto in moč nad bolniki.

Velika zahtevnost in veliki stroški za pridobitev medicinske profesionalne izobrazbe so vsaj na razvitem Zahodu odrinili od tovrstne izobrazbe revnejše sloje in prizadete manjšine in pospešili socialni elitizem medicinske stroke. Medicinske raziskave in študije so drage. Od drugih fakultet ločene medicinske fakultete pa pomenijo svojsko avtoriteto in na univerzah celo dominirajo. Prostorska in akademska ločenost medicinskih fakultet od preostale univerze je oddaljevala študente medicine od drugih skupin študentov in jim večala občutek ekskluzivnosti. Povečevala pa je tudi izgubo stika z drugimi znanostmi, predvsem družbenimi, ter vplivala na vse večji tehnicizem moderne medicine in opiranje na farmakološko industrijo. Te spremembe so pospeševale rast medicinsko-industrijskega kompleksa.

Sodobna medicina živi od popravljanja »napak« narave in biologije. V tej klimi so spregledani »zunanj« dejavniki bolezni in različnih »odklonov«, npr. okoljski, socialni, politični dejavniki, ki bolj kot biološki dejavniki povzročajo širjenje različnih bolezni. Moralna odgovornost posameznikov za svoje zdravje je odcepljena od območja, od koder izhaja večina vzrokov bolezni: socialni, ekonomski problemi, izkoriščanje, represija, diskriminacija, revščina, seksizem in rasizem.

NORMATIVNI IN MORALNI VIDIKI ZDRAVJA IN BOLEZNI

Socialne in družbene vede raziskujejo načine, na katere se bolni ljudje spoprijemajo z boleznijo, z osebnimi odločitvami in moralnimi dilemami, ki so s tem povezane (Ule 2009). Pravzaprav to zadeva vse vidike življenja in odnosov človeka do življenja. Tega dejstva ni prva odkrila sociologija, ampak medicina oziroma socialna higiena; veja medicine, ki je že v 19. stoletju dokaj uspešno odkrivala socialne vzroke najbolj razširjenih in nevarnih bolezni tedanjega časa; tuberkuloze, sifilisa, kuge (Turner 2000). Zanimivo je, da je prav odkrivanje socialnih izvorov bolezni omogočalo vpogled v socialno stratifikacijo takratne družbe in dajalo povod za vladne intervencije in družbeni nadzor nad določenimi skupinami, predvsem revnejšega in bolj ogroženega prebivalstva. Sprejetje zakonov o javnem zdravju na začetku 20. stoletja je bil po mnenju Claudine Herzlich (1995: 158) odločilno za to, kar pozneje poimenujemo »medikalizacija družbe«.

Čeprav je medicina sama odkrila socialne vzroke bolezni, pa so socialne spremenljivke za medicino še vedno sekundarne. Za medicino sta še vedno odločilna opis učinka bolezenske klice na individualno telo in predstava, da lahko abstrahiramo bolezen kot fiziološki in biološki proces od bolnika. To je bila posledica prevlade biomedicinskega modela bolezni in zdravljenja v 20. stoletju, ki temelji na naravoslovni znanstveni paradigmi, v skladu s katero lahko dozdevno abstrahiramo objekt preučevanja od človeškega subjekta in njegovega doživljanja. Problematično v tem pojmovanju je, da se je bolezen kot biofizični proces spreminjala v naravni subjekt. Kot poudarja Janine Pierret (1995), se je tu pozabljal, da bolezen ni subjekt po sebi, temveč je poseben način določanja družbenih razlik med normalnim in patološkim. Tak pristop je oteževal vpogled v kakršenkoli drug pristop do bolezni. Hkrati je prikrival družbeno razsežnost bolezni in socialne pomene bolezni.

Zasluga Foucaulta (1988), tega preučevalca medicine, je, da je prepoznal, da so spremembe v formah medicinske vednosti (o

fizičnih boleznih) povezane s formami moči. Tako so po njegovem mnenju vprašanja, kot je, »kaj je fizična bolezen«, tesno povezana z vprašanjem »kaj je funkcija medicinske vednosti v sodobnih družbenih kontekstih in v kontekstih medicinske profesionalizacije« (Turner 1996: 200). Jezik fizičnih simptomov boleznih že vsebuje presojo, kaj je zaželeno in kaj nezaželeno, in medicinska stroka ima v sodobnih družbah zelo veliko institucionalne moči in vzvode za to, da določa tudi to, kaj je normativno sprejemljivo, kaj je kakovostno življenje in kaj ne. Fizične bolezni so občutljive za odnos med naturo in kulturo, občutljive pa so tudi za razredne in spolne odnose. Z umeščanjem fizičnih simptomov boleznih k naturi nehote prikrijemo vpliv medicinske vednosti na vsakdanje življenje in povezanost medicinske vednosti s prevladujočimi družbenimi vrednotami na vseh stopnjah od mikro- do makroravni socialnega življenja.

Argument, da fizične simptome dobimo s klasifikacijo, takoj sproži vprašanje ontološkega statusa telesa samega. Občutenje telesa je namreč zelo povezano z občutkom suverenosti nad njim. Sami sebe vidimo kot nenehen, nedovršen projekt, ki zahteva stalno delo in napor oblikovanja in izboljševanja. Skušamo vnašati red in gotovost v to, kar občutimo na sebi in okrog nas kot neurejeno, negotovo. Foucault pravi tem naporom »tehnologije sebstva« (Foucault 1988). Vsebujejo prostovoljno ponotranjanje norm glede primerne vedenja, da bi dosegli kar najboljše sebstvo, samospoznanje, samoobvladovanje in čim boljšo skrb za samega sebe. Za ljudi v pozni moderni je telo postalo zunanji znak njihovih sebstev. Prav v človekovi skrbi za svoje zdravje je želja po nadzoru nad samim seboj najočitnejša.

Diskurz samonadzora motivira ljudi, da se prostovoljno in preventivno podvržemo medicinskemu pogledu in se angažiramo v tehnologijah sebstva. Dobro zdravje in »normalno delovanje« telesa veljata za rezultat skrbnega samonadzora in samodiscipline. Zato imamo pitje alkohola, kajenje, jemanje drog za nevarna početja, ki ogrožajo našo samopodobo in samovrednotenje, saj smo zaradi njih bolj odvisni in manj samoobvladljivi. Medicinsko

znanje se tako ponotranja in reproducira v vsakdanjem diskurzu. Pomeni poseben način doživljanja našega telesa, identitete sebstva in sveta.

Povezanost medicinskih predstav o normalnosti z vladajočimi normami in ideologijo je danes zelo jasna na primeru staranja. Mnogi razumejo staranje kot odklon od normalnosti in jo skušajo na vsak način zavreti, prekriti, odložiti. Podobno velja za pojav menopavze; velja za nepovrnljivo izgubo in onemoglost. Medikalizaciji staranja in življenja na sploh se zadnja leta pridružuje še »genetikalizacija«, prizadevanja za razlikovanje med ljudmi na podlagi genetike in za razlago nereda v vedanju ljudi in fizioloških variacij s pomočjo genetskih abnormalnosti.

Zdi se, da smo v svetu genetike v določenem pogledu vsi rizični in torej vsi potencialno patološki (Beardsley 1996). Tako medikalizacija staranja kot tudi širjenje genskega testiranja in zdravljenja jasno kažeta, kako močni politični in podjetniški interesi skrbijo za razlikovanje med normalnim in patološkim. Medikalizacijo in genetikalizacijo tako spodbujajo močne farmacevtske in medicinsko-tehnične družbe, ki ponujajo orodja, zdravila, krepčila, hormonske dodatke, sredstva za hitro gensko analizo ipd. Normalno ne pomeni več »povprečno«, temveč nekaj, kar je družbena norma. Če kaj odstopa od nje, so brž na voljo sredstva za izboljšavo ali odstranitev motenj/deviacij.

Mnogi družbeni analitiki so kritizirali takšno pojmovanje in problematizirajo domnevno nevtralnost biomedicinskih ugotovitev (Lock 2000). Poudarjajo, da ni mogoče definirati biološke norme ali biološke deviacije od te norme, ker je ta norma vendarle vselej družbeno in kulturno definirana. Kot trdi Georges Canguilhem (1987: 133), nas ne sme zadovoljiti primerjava z normo, ki izhaja iz povprečja, ker je treba narediti primerjavo z razmerami preučevanega posameznika. Moramo se vprašati »normalno za kaj« ali »normalno za koga«. Če se torej strinjamo, da normalno nima togosti kolektivne prisile, marveč gibkost norme, ki se spreminja v odnosu do posameznih pogojev, postane meja med normalnim in patološkim veliko bolj zabrisana.

ZDRAVJE KOT SODOBNA SUPER VREDNOTA IN PROBLEM NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Družbeni vidiki zdravja so prišli v ospredje akademskih razprav in javnih politik v zadnjih dveh desetletjih, ko so raziskave pokazale, kako pomembno postaja zdravje v življenju ljudi. Zdravje v sodobnih družbah postaja vse bolj cilj sam po sebi in ne sredstvo, nujno za doseganje drugih življenjskih ciljev. Zdravje je postalo življenjski projekt, za katerega mora vsak brezpogojno in brez odmora skrbeti. Urjenje teles, zdrava hrana, odpoved kajenju, pijači so ključne navade za ohranjanje dobrega zdravja in normalnega življenja. So pa tudi znamenje discipliniranja in samonadzora nad telesom in življenjskimi navadami posameznika. To dvoje pa je v modernih družbah zelo cenjeno. Predvsem v višjih in srednjih slojih je prosti čas postal čas za ukvarjanje s svojim zdravjem in svojim telesom. S takšnim početjem se posamezniki uvrščajo v določen simbolni red. Zdravje je postalo metafora za posplošeno človeško blaginjo.

Robert Crawford (1993: 137) celo domneva, da je danes zdravje postalo odločilni del moralnega diskurza, da je zdravje postalo moralna kategorija. Samonadzor, samodisciplina, samozanikanje in moč volje so potrebni ne le zato, da bi dosegli zdravje, temveč konstituira simbolno substanco, implicitni pomen doseganja zdravja. Lahko rečemo, da o zdravju razmišljamo kot o samonadzoru. »Zdravje« je pojem, ki izraža naša kulturna pojmovanja telesnega, duševnega in družbenega zadovoljstva.

Zato ni nenavadno, da vse javnomnenjske raziskave v Sloveniji in drugod kažejo, da je zdravje ena najpomembnejših vrednot, ne samo za odrasle, ampak tudi za mlade in celo otroke (Ule 2008: 181–183, Toš 2009). Raziskave javnega mnenja že več kot desetletje ugotavljajo, da zdravje postaja neke vrste super vrednota, ki zajema celo vrst drugih vrednot, na primer visok občutek kvalitete življenja, sreče in smisla, ugodno samopodobo, zaupanje v prihodnost. Po podatkih slovenske javnomnenjske raziskave, za prebivalce Slovenije zdravje poleg družine velja za temeljno vrednoto (Toš, Malnar 2002: 89). V rezultatih

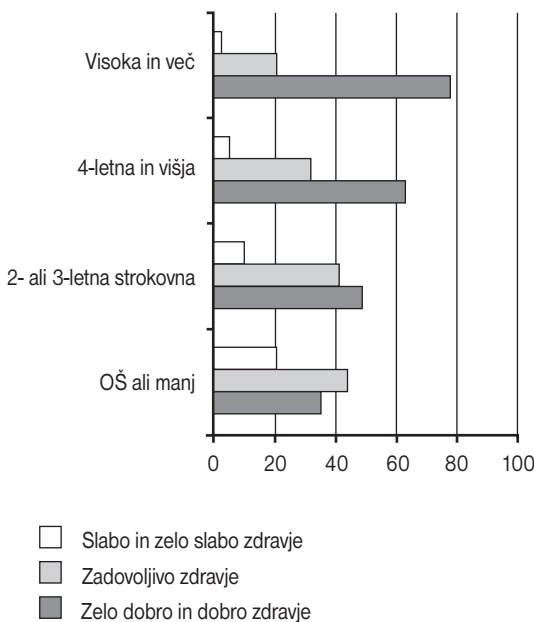
iste raziskave lahko opazimo tudi, da večina vprašanih posameznikov meni, da za svoje zdravje razmeroma dobro skrbi, hkrati pa jih večina izraža načelno pripravljenost, da bi za svoje zdravje naredili še več. Opažamo tudi, da je pri izrazito zdravstveno »ozaveščenih« posameznikih pogostejše (preventivno) obiskovanje zdravnika (*op. cit.*: 94). Zdi se, da preventivno obiskovanje zdravnika za ljudi postaja sestavni del zdravega življenjskega stila.

Poglavitni kazalec zdravja v raziskavah družbenih ved je samoocena zdravja, ki jo posredujejo ljudje sami v anketnih raziskavah. Gre torej za laično in holistično samooceno, ki se je v številnih dosedanjih raziskavah pokazala kot izjemno učinkovita mera zdravstvenega stanja posameznikov (Malnar, Kurdija 2012). Razlogov za to je več. Samoocena zdravja zajame celoten sklop bolezni, ki jih posameznik ima, po možnosti tudi simptome bolezni, ki še ni bila diagnosticirana in je navzoča v predklinični ali speči obliki. Samoocena zdravje posredno kaže tudi družinsko zgodovino in osebno oceno dolgoživosti, ki temelji ne le na anketirančevem trenutnem zdravju, pač pa tudi na poznavanju družinskih dejavnikov tveganja (*op. cit.*). Ali, kot ugotavlja Kaplan (2001), ocena svojega zdravja kot slabega nam v en kazalec poveže vsa škodljiva psihosocialna stanja, kot so družbena izolacija, negativni življenjski dogodki, depresija, z delom povezani stres itd. Da nam ključ za razumevanje psihosocialnih vplivov na zdravje in na preprost in neposreden način zajamemo celotno doživljanje zdravja anketiranca.

Primerjalne študije razlik v samooceni zdravja v Evropi govorijo o tem, da se zdravstveno stanje ljudi izboljšuje pri določeni populaciji, ne pri vseh. Rezultati kažejo na ohranjanje velikih razrednih neenakosti na območju celotne EU (Mackenbach *et al.* 2007) in so v nasprotju z razpravami, ki na podlagi podatkov o višanju povprečja pričakovanega trajanja življenja ljudi govorijo o boljšem zdravju prebivalcev razvitih družb za vse.

Tudi analiza 30 letnih trendov po izobrazbenih in dohodkovnih skupinah iz raziskav »Slovensko javno mnenje« (Toš 2009) zelo jasno pokaže trdovratne neenakosti v zdravju, saj je

Graf 1: Povezanost med samooceno zdravja in zadnjo končano šolo (v %).



Vir: Toš 2009.

v celotnem opazovanem obdobju samoocena zdravja v nižjih izobrazbenih in dohodkovnih skupinah značilno nižja (Malnar, Kurdija 2012). Primerjalna analiza rezultatov javnega mnenja v Sloveniji kaže, da se z višanj« (Toš 2009) kar 20 % anketirancev z najnižjo izobrazbo ocenjuje svoje zdravje kot slabo ali zelo slabo. Nasprotno pa le 1,8 % tistih z visoko izobrazbo ocenjuje svoje zdravje kot slabo. Kar 78 % tistih z visoko izobrazbo ocenjuje svoje zdravje kot »dobro in zelo dobro« in le 35 % tistih z najnižjo izobrazbo ocenjuje svoje zdravje kot dobro.

Tudi podatki o umrljivosti kažejo, da je prezgodnjih smrti zaradi bolezni več med manj izobraženimi. Najnovejši podatki o samomorih in prometnih nesrečah kažejo, kako hitro se zdravje odziva na slabšanje gospodarskega položaja (Friedly 2012). Spremembe smrtnosti sovpadajo s spremembami brezposelnosti in negotovostjo, povezano s pričakovanjem izgube zaposlitve. V Evropi se je stopnja samomorilnosti od leta 2007 zelo povečala, z največjim povečanjem v državah, ki jih je recesija najbolj prizadela (*op. cit.*). Ker so vzroki smrti in bolezni odvisni od družbenih

vzorcev, bo odprava enega dejavnika tveganja (npr. kajenja) preprosto nadomeščena z drugim (npr. debelostjo), razen če se odpravijo temeljne neenakosti. Povišanje cene alkohola se na splošno priporoča kot ukrep, ki temelji na dokazih in je namenjen zmanjšanju z alkoholom povezane škode, vendar če so usodni vzorci uživanja alkohola odziv na revščino in kulturni brezup, se bodo našle cenejše in še bolj škodljive alternative.

Izobrazba, dohodek in zaposlitveni status so trije ključni dejavniki, ki vplivajo na subjektivno oceno zdravja. Vendar pa ni za vse socialno prikrajšane značilno slabo zdravje, zato so zanimive tudi študije dejavnikov »odpornosti«, ki posamezniku omogočijo, da se neugodnim socialnim okoliščinam postavi po robu. Na individualni ravni so taki dejavniki predvsem razvejenost in kakovost posameznikovih družbenih vezi in stopnja njegovega zaupanje soljudem. Med najpomembnejše vezi sodi na primer partnerstvo, saj praviloma zmanjšuje stresse in zagotavlja čustveno oporo (Olsen, Dahl 2007). Pri ljudeh, ki so socialno izolirani, je tveganje umrljivosti praviloma večje, boljše zdravje pa opažajo pri tistih, ki so bolj vključeni v različne družabne dejavnosti in skupnost nasploh. Razlage segajo od psihološke opore do tega, da vključenost v omrežja spodbuja bolj zdrav življenjski slog in omogoča dostop do boljših zdravstvenih storitev.

Znani analitik javnega zdravja Marmot (2010) dodaja, da je reduciranje neenakosti v zdravju stvar pravičnosti. Družbeni gradient v zdravju je dokazan. Nižje kot je oseba na lestvici družbenega statusa, slabše je njeno zdravje. To kaže, da družbene neenakosti vplivajo na neenakosti v zdravju. Izjemno zanimiva je tudi ugotovitev primerjalnih raziskav, da je v družbah, ki določen prag blaginje presežejo, postanejo namreč ključni dejavnik za zdravje prebivalstva relativne družbene neenakosti, saj primerjave zdravja populacij razvitih držav pokažejo, da najbolj zdrave niso tiste z najvišjimi vrednostmi BDP, pač pa najbolj egalitarne med njimi (Ule, Kamin 2012). Tudi v družbah blaginje namreč statistika pokaže višjo stopnjo obolevnosti in smrtnosti za skoraj vsemi vrstami bolezni v nižjih socialnih slojih,

večjo navzočnost kroničnih bolezni, krajšo življenjsko dobo, nižjo porodno težo ipd. Družbene neenakosti vplivajo na zdravje predvsem s tem, da povzročajo socialno dezintegracijo in povečujejo občutke relativne prikrajšanosti. Večje kot so, bolj stresno jih doživljajo tisti nizko na dohodkovni lestvici. Družboslovje je tako dalo pomemben prispevek k razumevanju razlik v zdravju, saj individualne kazalce, kot so socialno ekonomski položaj, vpetost v družbena omrežja in navzočnost socialne opore, zdaj redno vključujejo v študije umrljivosti in obolenosti.

NOVA POLITIKA JAVNEGA ZDRAVJA

Ritualizirani odgovor na ekonomsko krizo najde ustrezno simbolno polje v zdravju in dobri telesni kondiciji. Ljudje se vedno bolj ukvarjajo s samim seboj, telesom, zdravjem in vedno manj s stvarmi zunaj sebe. S pomočjo zdravja kot norme se ljudi uči upravljati z življenjem tako, kot da moramo zdraviti življenje, ne pa telo. Pri tem so danes predstave o popolni blaginji prežete s predstavami in ideali, ki jih promovira sodobna potrošniška družba. Ukvarjanje z zdravjem je torej pridobilo osebni in socialni pomen. Zato so s kazalniki zdravja tudi epidemiologi začeli povezovati druge probleme, ki ustrezajo konceptu novega javnega zdravja, predvsem življenjski slog in (ne)ustrezno vedenje posameznikov, in sicer tako, da javno zdravstvo v imenu preprečevanja tveganj za zdravje kar naprej širi področje svojih intervencijskih pooblastil.

To podpirajo tudi nove politike javnega zdravja oziroma zdravstva. Raziskovalci in strokovnjaki za javno zdravje ugotavljajo, da se koncept javnega zdravstva, ki ga poročilo Acheson Report (Svetovna zdravstvena organizacija 1998: 3) opredeljuje za »znanost in umetnost preprečevanja bolezni, podaljševanja življenja in promocije zdravja prek organiziranega delovanja v družbi«, spreminja. Spreminja se predvsem glede obsega svojih dejavnosti, značilnih pristopov k opredelitvi in analizi determinant ter kazalnikov zdravja in glede metod za reševanje problemov javnega zdravja oziroma zdravstva.

Zaradi teh sprememb se v strokovni literaturi v zadnjih treh desetletjih o javnem zdravju pogosto razpravlja kot o »novem javnem zdravju oziroma zdravstvu« (CSDH 2008). Novo javno zdravstvo se zavzema za uveljavitev takšne oblike upravljanja z zdravjem, ki bi ustrezala družbenim in političnim okoliščinam, v katerih v ospredje prehajajo neoliberalna načela kakovosti življenja in samoodgovornosti ljudi (Morgan *et al.* 2010, Collins, McCartney 2011).

V Nacionalnem programu varovanja zdravja Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004 (2000) je v uvodu zapisano, da so nezdravi posamezniki za državo v razmerah nenehnih in negotovih sprememb ne le predragi, ampak ogrožajo njen družbeni, kulturni in gospodarski razvoj. Zato si mora država prizadevati za tak zdravstveni sistem, ki bo učinkovit z vidika tako delovanja kot rezultatov upravljanja z zdravjem populacije.

Dobri rezultati naj ne bi bili vidni zgolj v odsotnosti bolezni, temveč tudi v boljšem zdravju in boljšem počutju državljanov, posledica tega pa naj bi bila njihova večja storilnost. S tega vidika predpostavke o učinkovitosti novega javnega zdravstva niso povezane zgolj s smotno porabo sredstev v strukturah zdravstvenega sistema. V veliki meri zadevajo tudi optimizacijo človekovega delovanja. Ta naj bi se z maksimizacijo svojega zdravja lažje in hitreje odzival na vse hitrejša družbene spremembe, vlagal več energije v delo in dolgoročno pripomogel k večji konkurenčni prednosti države. Hkrati pa bi pomenil manjšo obremenitev za zdravstveni sistem, ki se spopada z vse večjimi stroški delovanja.

Tudi Bela knjiga EU z naslovom »Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013«, ki so jo predsedniki vlad in držav EU potrdili v Lizboni oktobra 2007, poudarja krepitev političnega pomena zdravja (Bela knjiga 2007). Dokument temelji na tezi, da je zdravje najpomembnejše za življenje ljudi, zato ga je treba podpirati z učinkovitimi politikami in ukrepi v državah članicah. Poudarja, da se pojavljajo novi izzivi v zvezi z zdravjem prebivalstva, ki zahtevajo nov strateški pristop. Predvsem demografske spremembe in

staranje prebivalstva povzročajo spremembe bolezenskih vzorcev in pritisk na vzdržnost zdravstvenih sistemov EU.

Bela knjiga daje prednost podpori zdravemu staranju; zdravje spodbuja v celotnem življenjskem obdobju. Kot ključno izhodišče in vrednoto omenja pravice državljanov. To vključuje sodelovanje in vpliv pri odločanju ter kompetence, potrebne za zdravo življenje, med drugim tudi »zdravstveno pismenost«. Zdravstveno varstvo postaja vedno bolj usmerjeno na bolnika in prilagojeno posamezniku, pri tem pa je bolnik aktivnejši subjekt kot pa zgolj objekt zdravstvene oskrbe.

Nove politike javnega zdravstva poudarjajo ne le zdravnika in njegove naloge, temveč široko mrežo, ki zajema vse od integriranega in celostnega sistema formalnega zdravstvenega varstva do neformalnih mrež skrbi za zdravje. Bolnik je le eden od članov te mreže nadzorovanj, ki s svojim zdravim ved njem »proizvaja« zdravje. Hkrati pa sta bolnik in bolnica dobila še druge vloge, postala sta tudi potrošnika ali objekta medicinskega podjetništva. Sta ne več le objekta zdravstvene obravnave v strogo anatomskih mejah, ampak sta obravnavana tudi v okviru njune biografije in socialnih odnosov. Te spremembe so zelo vplivale na dojemanje zdravja in bolezni. Zdravje in bolezen nista več polarni nasprotji, temveč le dva pola v kontinuumu razlik. Armstrong (2000: 66) nekoliko ironično sklepa, da je nova politika javnega zdravja s pomočjo množičnega vpliva na ljudi, prepričevanja, spreminjanja vedenjskih navad ljudi dosegla stalen nadzor nad ljudmi in s tem uresničila razsvetljenske sanje, v katerih naj bi ljudje dosegli osvoboditev v totalitarnem režimu zdravja.

Nova politika javnega zdravja zahteva torej od ljudi več osebne skrbi in odgovornosti. Uveljavilo se je splošno mnenje, da ima vsak zdravstvene probleme, vsak v vsakdanjem življenju proizvaja tveganja za zdravje. Zato se je pozornost zdravstvenih delavcev od opazovanja bolezenskih znakov in poteka bolezni preusmerila k »bolezenskemu vedenju« posameznika in posameznice ali k tveganemu vedenju, ki zajema obdobje pred akutno boleznijo, med njo in po njej.

Predvsem so se spremembe pojavile na področju zdravstvenega posredovanja in zdravstvene oskrbe. Ena od tehnologij nadzora zdravja je tudi oblagovljenje zdravja in vstopanje ideologije zdravja v vsakodnevne potrošne prakse (Rose 1993). Zdravje je postalo pomembna potrošniška dobrina. To med drugim pomeni tudi postopno odcepljanje ljudi od avtoritete medicine v stvareh varovanja zdravja in zdravljenja ter približevanje potrošniškemu oz. klientskemu pristopu do zdravstvenih storitev (Radley 1995).

Medijska promocija zdravja je okrepila pomen ukvarjanja z zdravjem in skrbi človeka za samega sebe. To velja tudi za javno zdravstvo, v katerem se vloga bolnika postopno spreminja v vlogo potrošnika (Lupton 1997). Ker so doživljanje bolezni, bolečine in nemoči na eni strani ter zdravljenje na drugi strani izrazito čustvena stanja, je lahko, kot pravi Lupton (*op. cit.*: 380), prevzemanje potrošniškega pristopa v delovanju zdravstvenega sistema celo neproduktivno, saj spodkopava zaupanje in vero v zdravstveno oskrbo, ta pa sta pri zdravljenju odločilna. Spremembe odnosov moči med zdravstvenim sistemom in posameznikom se med drugim kažejo v krepitvi potrošniške vloge posameznika, saj postaja manj poslušen, bolj izbirčen, zahteven in kritičen do storitev javnega zdravstva.

Področje preventive in varovanja zdravja je zelo interdisciplinarno področje, zato se z zavzemanjem za preventivo uradna medicina podaja na mejna področja drugih vednosti in strok. Zdravje in kakovost življenja sta le družbena fenomena; ne prenašata mehanicističnih vzorcev razmišljanja in delovanja, ki jih pogosto srečamo v sodobni znanstveni medicini. Kdor bi tu poskušal vsiljevati svojo vednost kot univerzalno modrost, lahko tvega le velik odpor. Zato se ni čuditi, da v zdravstvene prakse čedalje bolj posega tudi vse več »nezdravstvenih« institucij: državne službe, ministrstva, parlament, pravne službe, socialne službe, zavarovalnice, varuhi pravic, etične komisije. To pomeni, da zdravstvo, predvsem pa biomedicina sama nista več »suverena« vladarja nad področjem zdravja. Zdravstvo mora sprejeti enakopravno sodelovanje z drugimi institucijami, službami, znanji in praksami.

SKLEP

Sodobna sociološka kritika medikalizacije družbe govori o trendu, v katerem se vse večji del razlag in izkušenj individualnega ali družbenega vedënja opira na medicinske razlage in medicinsko terminologijo (White 2002). Gre za trend, v katerem je vse več socialnih vprašanj, tudi tistih, ki so temeljno političnega in ekonomskega izvora, skozi prizmo znanstvene medicine preoblikovanih v »bolezni« oziroma v zdravstvena vprašanja, in za trend, v katerem ima institucija medicine odločilno vlogo pri tem, kako dojemamo in živimo svoje telo ipd.

Ideologija močno poudarjene individualne odgovornosti za zdravje odlično ustreza dejanskim mejam uspešnosti in učinkovitosti medicine. Zanika tudi krivdo tvorcev zdravstvene politike, ker niso vsem državljanom zagotovili enakopravnega dostopa do zdravstvenih storitev in zdravil, zmanjšuje odgovornost hudih onesnaževalcev okolja, pripomore k povečevanju zavarovalnih premij, vzdržuje razredno in spolno strukturo dela ter ne nazadnje vedno znova odvräča pozornost od tega, da sta stopnja smrtnosti in obolezlosti za velikim številom bolezní obratno sorazmerni z družbenim statusom posameznika (Ule 2009).

V zvezi s tem Metcalfe (1993) opozarja, da podrejanje dominantnim normam zdravja ni odvisno zgolj od posameznikove volje. Tisti, ki se bolj prilagajajo zdravstvenim normam, so tisti, ki imajo več sredstev za spremembo življenjskega stila, za kupovanje zdrave hrane, telovadbo, masaže, terapije ipd. Denimo, predebeli ljudje, ki so v razvitih zahodnih družbah eden izmed temeljnih zdravstvenih problemov, so večinoma predstavniki nižjih družbenih razredov. Po podatkih raziskave »Slovensko javno mnenje« imajo ženske, stare od 31 do 55 let, z osnovnošolsko izobrazbo v povprečju 9 kilogramov večjo telesno težo kot ženske z visokošolsko izobrazbo (Toš, Malnar 2002: 27). Raziskava švedskega zdravstvenega inštituta o preveliki telesni teži prebivalcev na Švedskem je pokazala, da je predebelih otrok v nižjem družbenem razredu 20 odstotkov, med boljše ekonomsko preskrbljenimi pa le 5 odstotkov (Persson 2003: 13). Slabo zdravje kot dejavnik individualnega neuspeha še dodatno stigmati-

zira že tako deprivilegirane posameznike nižjih družbenih razredov.

Zdi se, da so politike javnega zdravja pred velikimi dilemami, kako zmanjševati neenakosti v zdravju in kako razumeti vlogo javnega zdravja v Evropi (Friedly 2012). Pred politiko javnega zdravja je več dilem: nanašajo se na človekovo pravico do zdravja in zdravljenja, na probleme socialne pravičnosti, na to, kako naj se javno zdravstvo odzove na vedno večji pomen psihosocialnih determinant in ogroženosti.

Hkrati so primerjave zdravja populacij v državah razvitega sveta (vse z visokim absolutnim standardom) pokazale, da imajo najbolj zdrave populacije tiste razvite države, ki so najbolj egalitarne, ne pa tiste, ki so glede na BDP najbogatejše. V družbah, ki določen prag blaginje presežejo, postanejo ključni dejavniki zdravja relativne družbene razlike; ne več absolutni življenjski standard posameznika, pač pa njegov standard glede na druge v družbi.

VIRI

- ARMSTRONG, D. (2000), *Social theorizing about health and illness*. V: Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw S. C. (ur.), *Social studies in health and medicine*. London: Sage (87–113).
- AUGÉ, M. (1995), *Biological order, social order: Illness, a primary form of event*. V: Augé, M., Herzlich, C. (ur.), *The meaning of illness*. Luxemburg: Harwood academic pbl. (24–53).
- BEARDSLEY, T. (1996), Vital data. *Scientific American*, 274: 100–105.
- Bela knjiga (2007), Skupaj za zdravje, strateški pristop EU za obdobje 2008–2013. Bruselj: Komisija evropskih skupnosti.
- CANGUILHEM, G. (1987), *Normalno in patološko*. Ljubljana: Studia humanitatis.
- COLLINS, C., McCARTNEY, G. (2011), The impact of neoliberal 'political attack' on health: The case of the 'Scottish effect'. *International Journal of Health Services*, 41, 3: 501–523.
- CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija. Dostopno na: <http://whqlibdoc.who.int/>

- publications/2008/9789241563703_eng.pdf (17. 1. 2012).
- CRAWFORD, R. (1993), *A cultural account of »health«: Control, release, and the social body*. V: Beattie, A., Gott, M., Jones, L., Sidell, M. (ur.), *Health and wellbeing: A reader*. London: Macmillan.
- FOUCAULT, M. (1988), *Technologies of the Self*. V: Martin, L., Gutman, H., Hutton, P. (ur.), *Technologies of the Self*. London: Tavistock (66–82).
- FRIEDLY, L. (2012), Govor dovoljen. Politični glas javnega zdravja. *Zdravstveno varstvo*, 51, 1: 5–10.
- GOTTSCHECH, M. (1998), *Sprachloses Leid: Wege zu einer kommunikativen Medizin*. New York: Springer.
- HEISENBERG, W. (1973), *Physik und Philosophie*. Frankfurt/M: Ulstein.
- Herzlich, C. (1995), *Modern medicine and the quest for meaning. Illness as a social signifier*. V: Augé, M., Herzlich, C. (ur.) (1995): *The meaning of illness*. Luxemburg: Harwood academic pbl. (11–24).
- KAPLAN, G. A. (2001): Socioeconomic Status in Health. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Science*, 14554–14558.
- LOCK, M. (2000), *Accounting for disease and distress: Morals of the normal and abnormal*. V: Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S. C. (ur.), *Social studies in health and medicine*. London: Sage (147–178).
- LUPTON, D. (1997), Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social science and medicine*, 45, 3: 373–381.
- MACKENBACH, J., MEERDING, W. J., KUNST, A. (2007), *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luksemburg: Evropska komisija.
- MALNAR, B., KURDIJA, S. (2012), Trendi ocen subjektivnega zdravja v obdobju 1981–2011 kot kazalec vzrajajočih družbenih neenakosti. *Zdravstveno varstvo*, 51, 1: 11–20.
- MARMOT, M. (2010), *Fair society, healthy lives. The Marmot Review: Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: University College London.
- METCALFE, A. (1993), Living in a clinic: The power of public health promotions. *Anthropological Journal of Australia*, 4, 1: 31–44.
- MORGAN, A., DAVIES, M., ZIGLIO, E. (ur.) (2010), *Health assets in a global context: Theory, methods, action*. London: Springer.
- Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004 (2000). Dostopno na: <http://www2.gov.si/zak> (17. 1. 2012).
- OLSEN, K. M., DAHL, S. (2007), Health differences between European countries. *Social Science & Medicine*, 64: 1665–1678.
- PERSSON, A. (2003), Fetman. *DN 2004*, 10–13.
- PIERRET, J. (1995), *The social meanings of health*. V: Augé, M., Herzlich, C. (ur.), *The meaning of illness*. Luxemburg: Harwood academic pbl. (56–82).
- RADLEY, A. (1995), *Making sense of illness*. London: Sage.
- Rose, N. (1993), Government, authority and expertise in advanced liberalism. *Economy and Society*, 22, 3: 283–299.
- Svetovna zdravstvena organizacija (1998), *The World Health Report: 1998: Executive Summary: Life in the 21st century: A vision for all*. Dostopno na: <http://www.who.int/whr/2001/archives/1998/exum98e.htm> (17. 1. 2012).
- Toš, N. (2009), *Vrednote v prehodu IV: Slovensko javno mnenje 2004–2009*. Ljubljana: Založba FDV.
- Toš, N., MALNAR, B. (ur.) (2002), *Družbeni vidiki zdravja*. Ljubljana: Dokumenti SJM, FDV-IDV.
- TURNER, B. S. (1996), *The body and society: Explorations in social theory*. London: Sage.
- (2000), *The history of changing concepts of health and illness: Outline of general model of illness categories*. V: Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S. C. (ur.), *Social studies in health and medicine*. London: Sage (33–57).
- ULE, M. (2008), *Za vedno mladi? Socialna psihologija odrasčanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- (2009), *Spregledana razmerja: O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej (druga izdaja).
- ULE, M., KAMIN, T. (2012), Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju. *Zdravstveno varstvo*, 51, 1: 1–4.
- WHITE, K. (2002), *An introduction to the sociology of health and illness*. London. Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.