

SOCIOLOGIE MEDICALĂ – NOTE DE CURS

1. APARIȚIA SOCIOLOGIEI. OBIECTUL SI PROBLEMATICA SOCIOLOGIEI.

August Comte este creditat drept inventatorul termenului de sociologie, el folosind pentru prima oară acest termen în 1838, în cea de-a 47-a lecție din volumul IV. Inițial, el folosisese termenul de fizică socială pentru noua știință. Etimologia termenului este hibridă, provenind de la cuvântul latinesc „socio” (social) și de la cel grec „logos” (știință), sociologia fiind definită de către cea mai mare parte a cercetătorilor drept studiul științific al vieții sociale a oamenilor“. În cadrul sociologiei au existat și există o multitudine de orientări teoretice și doctrinare determinate de complexitatea societății, obiectul ei de studiu.

În ceea ce privește perioada constituirii sociologiei ca știință, există mai multe opinii. Astfel, unii cercetători consideră că sociologia își găsește originile în scrierile filosofice ale lui Platon și Aristotel. De asemenea s-a considerat că sociologia a apărut ca știință în cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea, întemeietorii săi fiind considerați Auguste Comte, Emile Durkheim, Gustave Tarde și H. Spencer. O altă orientare consideră sociologia drept rezultat al puseului empirist din științele sociale americane în perioada postbelică, în timp ce, în fine, un alt punct de vedere propune o sociologie încă neconstituită ca știință de sine stătătoare.

Cea mai mare parte a istoricilor acestei discipline au căzut de acord asupra celui de-al doilea punct de vedere, conform căruia sociologia s-a născut în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, ca o necesitate impusă de dezvoltarea societății industriale moderne și de problemele socio-umane induse de aceasta.

Apariția sociologiei. Condiții socio-structurale și epistemologice.

Sociologia a apărut în contextul dezvoltării impetuoase a gândirii umane și totodată a studiilor sociale impuse de revoluția industrială și de afirmarea societății capitaliste în secolul al XIX-lea. Modificarea relațiilor sociale și economice, necesitatea elaborării unor teorii privind folosirea resurselor umane în economia capitalistă pentru obținerea unui maxim de randament au condus la apariția sociologiei ca știință ce avea drept obiective majore organizarea pe baze raționale a vieții sociale și soluționarea disfuncționalităților sociale.

Dezvoltarea spectaculoasă a științelor naturii în aceeași perioadă a creat și condițiile epistemologice ale apariției sociologiei ca știință de sine stătătoare. Înainte de acest moment în filosofia socială au mai fost efectuate studii asupra societății, dar într-o modalitate deductiv – speculativă, care propunea modele de indivizi, fenomene sociale și societate în ansamblu, modele bazate pe anumite norme deduse a priori, speculativ, din rațiune.

Noul model științific propus aducea o perspectivă nouă, constatativă, descriptivă și explicativă cu privire la om și societate. Obiectivul noii științe erau definirea a ceea ce sunt omul și societatea și nu a ceea ce trebuie să fie. Conform acestei noi orientări, fenomenele și procesele sociale trebuie tratate ca fapte, adică descrise, consemnate și explicate cauzal. Sociologia a aplicat astfel în studiul socialului metodele propuse de științele naturii, programul lui August Comte stabilind drept sarcina fundamentală a sociologiei studiul pozitiv al faptelor sociale și evidențierea pe această cale a legilor fundamentale proprii vieții sociale. Emile Durkheim va fi în schimb cel care va formula regulile și principiile metodologice ale sociologiei, realizând în același timp și cercetări efective în care a aplicat metoda elaborată.

Inițiatorii sociologiei ca știință

Emile Durkheim (1858 – 1917)

Născut la Epinal, își face studiile la Paris, după care activează ca profesor la Bordeaux și la Sorbona. În 1894 publică „Les regles de la methode sociologique”, iar în 1897, „Le suicide”. Din punctul său de vedere, sociologia trebuie să îndeplinească două condiții pentru a se constitui ca știință:

- să își definească obiectul propriu de cercetare: faptele sociale deosebite de obiectul altor științe.
- faptele sociale trebuie observate și explicate cu aceeași rigurozitate metodologică.

Cea dintâi problemă care se pune sociologului este de a defini faptul social, în acest sens trebuind să aibă două caracteristici: să fie exterior individului și să se impună individului cu o forță coercitivă. „Este fapt social orice fel de a face, fixat sau nu, capabil să exercite asupra individului o constrângere exterioară, sau care este general pentru o întreagă societate dată, având totuși o existență proprie, independentă de manifestările sale individuale.” (Durkheim). Astfel, faptul social se delimitează în mod clar de faptul

biologic, fiind reprezentare sau acțiune și de faptul psihic, fiind exterior individului, impunându-i-se cu o forță de constrângere. Faptele sociale sunt se diferențiază și în fapte normale și fapte patologice, această clasificare având la bază tot criterii statistice. Faptele normale sunt caracteristice majorității indivizilor în timp ce faptele patologice sau anomice apar la un număr relativ restrâns de indivizi și au o condiționare spațio-temporală. Astfel, anumite fenomene considerate patologice, precum crima sau suicidul, devin normale din punctul de vedere al lui Durkheim, o societate fără crime sau sinucideri fiind imposibilă, iar aceste fapte trecând în rândul normalității.

După definire și clasificare, faptele sociale trebuie supuse metodei de cercetare, prima regulă fiind aceea de a considera faptele drept lucruri, pentru a deveni obiectivi în studiu, eliminând subiectivismul caracteristic gândirii speculative, psihologismului și ideologismului. De asemeni, explicația faptului social trebuie să fie de ordin cauzal, această cauză fiind tot din mediul social și nu din cel psihologic sau biologic, iar funcția pe care o îndeplinește trebuie să fie tot din mediul vieții sociale. O altă necesitate pe care metoda o impune este cercetarea din punct de vedere statistic a faptelor sociale, precum și stabilirea de corelații între diversele tipuri de fapte sociale. El va aplica aceste reguli în celebrul studiu asupra suicidului, „Le Suicide“.

Max Weber (1864 – 1920)

Născut la Erfurt, face studii de drept, economie, istorie și filosofie, după care activează ca profesor la Freiburg, Heidelberg și Munchen. În lucrările sale abordează trei teme majore:

- natura dominației
- caracteristicile raționalității
- raporturile dintre idei și interesele materiale (ideile religioase și activitatea economică).

În definirea sociologiei, Weber va pleca de la distincția dintre judecățile de valoare și judecățile de raportare la valori. Primele nu intră în corpul științei, în timp ce celelalte servesc la selecția și ierarhizarea faptelor sociale devenite subiect al științei. A doua etapă a metodei propuse de Weber constă în explicația cauzală a faptelor sociale, care trebuie să fie universal valabilă. La acest nivel, cercetătorul trebuie să se supună principiului neutralității axiologice, trebuind să dea dovadă de obiectivitate, verificabilitate independentă și consistență logică.

În viziunea lui Weber, sociologia este o știință care își propune să înțeleagă prin interpretare activitatea socială și prin aceasta să explice cauzal desfășurarea și efectele activității sociale. Astfel, sociologia este o știință comprehensivă și explicativă a faptelor sociale. Ea are obligația înțelegerii acestor fapte și apoi a explicării lor prin interpretare. Sarcina sociologiei este de a reduce formele cooperării umane la o activitate comprehensibilă.

Talcott Parsons (1902 – 1979)

Născut în Colorado Springs, urmează cursurile unor prestigioase universități americane și europene, după care va activa ca profesor la Universitatea Harvard. Este principalul reprezentant al structuralismului funcționalist din sociologia americană, în viziunea sa, sistemul social constând dintr-o pluritate de actori individuali incluși într-un proces de interacțiune și motivați de obținerea unor satisfacții optime. El a introdus și conceptele de rol și status social, statusul reprezentând poziția individului în cadrul sistemului social, în timp ce rolul definește latura dinamică a acestuia, activarea sa în viața socială. Astfel, acțiunea umană este modelată de norme, valori și simboluri sociale care delimitează comportamentul adecvat și permis al actorilor implicați în viața socială.

Conform lui Parsons, sistemul social se confruntă cu nevoia de integrare socială a indivizilor și menținerea echilibrului funcțional, în acest scop reliefând patru funcții: funcția de integrare, de adaptare, de atingere a scopului și de păstrare a structurilor sociale și atenuare a tensiunilor. Echilibrul funcțional poate fi păstrat prin socializarea valorilor și prin controlul social asupra indivizilor.

Sociologiile de ramură

Sociologia își are prin definiție direcționate acțiunile către viața socială a oamenilor, studiind formele de viață colectivă, normele, valorile, instituțiile, tradițiile și modurile de comportament, geneza acestora, precum și modul în care acestea influențează indivizii și existența lor socială. Sociologia studiază astfel manifestări sociale de tipologii diferite (economice, politice, religioase, juridice, etice, filosofice, științifice), tratate separat, dar raportate prin conexiunile dintre ele la realitatea socială.

Astfel, sociologia a manifestat deschidere față de alte discipline sociale, dar deosebindu-se de acestea prin modalitatea de tratare a faptelor și proceselor,

integrându-le în ansamblul vieții sociale. Structura și dinamica vieții sociale, obiectul de studiu al sociologiei, cuprind un domeniu de probleme extrem de vast, fapt ce a condus la apariția sociologiilor de ramură, cu caracter aplicativ și explicativ, numărul crescând în mod impresionant.

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

Sociologii care studiază instituții sociale:

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

Sociologii care studiază tipuri de colectivități:

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

Sociologii care studiază fenomene și procese sociale:

- sociologia comportamentului demografic

- sociologia diferențierii și stratificării sociale
- sociologia comportamentului deviant
- sociologia mass - media
- sociologia cunoașterii
- sociologia informației
- sociologia timpului liber
- sociologia clinică
- sociologia controlului social
- sociologia revoluției.

Sociologiile de ramură sunt dublate și de discipline particulare referitoare la aceleași subsisteme, concentrate pe logica particulară a domeniului respectiv, realizându-se astfel o utilă complementaritate. Prin dezvoltarea deosebită a sociologiei în perioada interbelică, demersurile sale teoretice s-au înscris în cerințele științei:

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

Aceasta este și perioada în care sociologia se instituționalizează. Primele catedre de sociologie au apărut chiar din secolul al XIX-lea (1892, Universitatea din Chicago – profesor Albion Small, 1893, Universitatea Imperială din Tokyo, 1906, Universitatea Sorbona – prof. Emile Durkheim). Totodată, în 1894 se înființează Institutul Internațional de Sociologie – Paris, în 1905, American Sociological Association – Baltimore, în 1924, Nippon Shakai Gakkai (Asociația Sociologilor Japonezi), iar în 1948 International Sociological Association, cu sediul la Oslo. Primul congres mondial de sociologie a avut loc în 1949 la Zurich, sub auspiciile ISA. Conform Codului deontologic al sociologilor britanici, există următoarele norme:

- integritatea profesională, care presupune
 - garantarea respectului intereselor specifice persoanelor afectate de cercetarea sociologică
 - prezentarea rezultatelor cercetării cu maximă rigoare și sinceritate
 - obligația de a-și recunoaște limitele competenței profesionale

- apărarea reputației disciplinei pe care o ilustrează, în relațiile cu mass – media
- convingerea întemeiată că cercetarea întreprinsă este valoroasă din punct de vedere științific și social
- utilizarea metodelor și tehnicilor de cercetare adecvate
- relații și responsabilități față de participanții la cercetare, conform cărora sociologii trebuie:
 - să fie convinși că studiul întreprins este necesar pentru progresul cercetării sociologice și pentru bunăstarea oamenilor
 - să dovedească responsabilitate pentru modul de utilizare a rezultatelor cercetării
 - să evite acțiunile prin care poate afecta colegii și totodată prestigiul sociologiei ca știință
 - să se asigure că bunăstarea fizică, psihică și socială a subiecților nu este afectată în mod negativ de cercetarea sociologică
 - să stabilească un echilibru optim între interese opuse
 - să stabilească relații de încredere și să obțină consimțământul favorabil investigației sociologice
 - să explice clar obiectivele cercetării sociologice și sursele de finanțare a cercetării, scopul și modalitățile de valorificare a rezultatelor cercetării
 - să explice gradul de anonimitate și confidențialitate, dreptul lor de a refuza înregistrarea datelor personale pe suport audio – video
 - să anticipeze și să evite efectele nefavorabile ale cercetării asupra participanților la cercetarea sociologică
 - să reducă la minimum neplăcerile provocate de cercetarea participanților, mai ales asupra persoanelor vulnerabile
 - să nu violeze regula consimțământului informat, în cazul cercetărilor camuflate să evite manipularea experimentală a subiecților fără informarea acestora și să obțină acordul lor pentru publicarea rezultatelor cercetării.
- anonimitatea, intimitatea și confidențialitatea care presupune
 - respectarea anonimitatea și intimității subiecților

- să păstreze confidențiale informațiile privitoare la viața personală a participanților la cercetare
- să-și ia măsuri pentru păstrarea în deplină siguranță a informațiilor confidențiale furnizate de participanții la cercetare
- să se asigure că regula garantării confidențialității și anonimității este respectată și de către ceilalți sociologi angrenați în cercetări
- să își respecte angajamentul de garantare a confidențialității și anonimității, inclusiv în fața presiunilor sistemului juridic.

2. SOCIOLOGIA MEDICALA. SUBRAMURA IMPORTANTA A SOCIOLOGIEI.

Apariția sociologiei medicale se bazează atât pe pluridimensionalitatea fenomenului „sănătate”, cât și pe ambiția sociologiei care se drește, în conformitate cu dezideratele enunțate de întemeietorii săi, o știință a „bunăstării” și a „libertății” umane. Sociologia medicală a debutat practic odată cu publicarea lucrării „Le suicide. Etude de sociologie” (1897) a lui Durkheim, în care el distinge două tipuri de solidaritate: mecanică și organică.

Solidaritatea mecanică este, ca formă de integrare socială caracteristică societăților primitive, definite de o minimă diviziune a muncii, omogenitate a rolurilor sociale, experiențe de viață comună și o conștiință colectivă puternică. *Solidaritatea organică* este specifică societății moderne industriale cu o diviziune a muncii sociale complexă, care presupune prin specializare și interdependența între indivizi. Membrii societății sunt diferiți, fiecare având propria personalitate, iar conștiința colectivă restrângându-se în favoarea celei individuale. Fiecare parte a sistemului are propria mișcare, diviziunea complexă a muncii asigurând armonia și coeziunea ansamblului. Indivizii cooperează pentru realizarea unor scopuri pe care nu le pot atinge singuri, datorită diferențelor de rol și a interdependenței impuse de diferențelor de status.

Dezagregarea relațiilor sociale – *anomia* - are consecințe negative pentru societate, dar și pentru persoane, acestea putând fi îminse către comiterea sucidului. Folosind date statistice, demografice din surse autorizate, Durkheim contrazice teoriile potrivit cărora rata sucidului este influențată de factori geografici, climatici, biologici, rasiali sau psihologici. El a susținut că sucidul este un fapt social obiectiv și poate fi explicat numai prin factori sociali. Analizând fenomenul sinuciderii (fenomen medical și social) Durkheim a demonstrat că acesta variază în funcție de un alt fapt social, integrarea și coeziunea socială, apărând astfel cerința metodologică de a explica un fapt social tot prin factori de natură socială.

Primele teorii de sociologie medicală au apărut în anii '50 fiind elaborate de cercetători celebri precum Parsons, Merton sau Kendall. Ei au abordat din perspectivă sociologică aspecte ale instituțiilor de îngrijire a sănătății, ale rolurilor profesionale, organizarea instituțiilor de învățământ medical, au definit conceptele de boală și sănătate și au precizat și principalele drepturi și obligații ale statusurilor și rolurilor de pacient și medic.

Sociologia medicală are drept obiect de studiu fundamentele sociale ale sănătății și îmbolnăvirii, interdependența dintre factorii sociali și starea de sănătate sau de boală a populației, precum și incidența stării de sănătate sau de boală asupra vieții sociale a indivizilor și a grupurilor umane.

Sociologia medicinei studiază factori precum structura organizatorică, relațiile dintre roluri, sistemul de valori, ritualurile și funcțiile medicinei ca un sistem de conduite (R. Strauss, 1955)

Sociologia în medicină integrează conceptele, principiile și cercetările sociologice în medicină, inclusiv educația sociologică a studenților mediciști, studiul comportamentului sanitar și al epidemiologiei sociale, studiul proceselor de dezvoltare ale unei boli sau ale factorilor care influențează atitudinea pacienților față de boală (R. Strauss, 1972)

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

Toate aceste definiții sunt complementare, vizează aspecte particulare ale sistemelor de sănătate și se circumscriu sociologiei medicale.

Între *obiectivele sociologiei medicale* se numără:

- distribuirea bolilor în societate, în funcție de sistemul social, mediul familial, religie, sex, clase sociale, profesie.
- factorii sociali și culturali legați de natura și gravitatea bolii
- tipul de tratament adoptat
- elementele sociale care intervin în procesul terapeutic
- etiologia socială și ecologia bolii
- comportamentele sociale ale terapiei și readaptării
- medicina ca instituție socială
- sociologia învățământului social
- studiul variabilelor culturale ale manifestării sănătății și bolii
- relațiile medicale și sociale în grupurile mici
- bazele economice ale serviciilor medicale
- influența industriilor medicale asupra stării de sănătate a populației
- conexiunea dintre structura socială și boală

- influența factorilor economico-sociali asupra stării de sănătate și răspunsul societății la sănătate și îmbolnăvire.

Aceste obiective interferează cu cele ale epidemiologiei și sănătății publice, dar există diferențe remarcabile în ceea ce privește metodele și tehnicile utilizate de fiecare disciplină în parte, precum și direcțiile și obiectivele cercetării.

Factorii medicali și sociali ai dezvoltării sociologiei medicale

Sociologia medicală se va dezvolta în special în SUA, unde cercetarea organizațiilor medicale a reprezentat o prioritate pentru sociologie. Ulterior, după anii '70, și în țările europene se va dezvolta acest sector științific. Între factorii care au influențat evoluția sociologiei medicale se numără:

- evoluția practicii medicale
- transformarea instituțiilor de îngrijire a sănătății
- creșterea prețului sănătății și introducerea sistemelor de asigurare a sănătății
- organizarea studiilor de medicină
- modificarea tabloului morbidității
- implicarea guvernamentală sporită în domeniul sănătății și apariția surselor de finanțare pentru cercetarea sociologică a sistemelor sanitare.

Obiectivele sociologiei medicale

Obiectivul medical

Sociologia medicală informează asupra proceselor sociale care interferează cu echilibrul fizic sau mental al indivizilor, aducându-și aportul la realizarea studiilor de epidemiologie socială, la studiul concepțiilor despre sănătate, și al comportamentului sanitar, în organizarea activității sanitare și elaborarea politicii sanitare.

Obiectivul economic

Sociologia medicală efectuează cercetări asupra costurilor îngrijirii medicale, consumul de medicamente, cheltuielile individuale și de la buget referitoare la sănătate, oferind cunoștințe utile asupra comportamentelor sociale care influențează producerea și consumul prestației sanitare.

Obiectivul sociologic

Analizând problemele de sănătate, sociologia medicală vizează cunoașterea societății, domeniul medical reflectând în mod specific comportamentul individual și al grupurilor sociale. Studiind raportul sănătate – boală – societate, sociologia medicală încearcă să dezvăluie acest loc particular al vieții sociale.

Problematica sociologiei medicale

Între temele dominante ale sociologiei medicale se numără:

- conceptele sociologice de sănătate și boală
- schimbarea socială și dinamica timpurilor de morbiditate
- cauze sociale ale îmbolnăvirilor
- comportamentul bolnavului în spital și în societate
- relațiile dintre medic și pacient
- spitalul și pacienții
- moartea și starea de muribund
- comunicarea în practica medicală
- inegalitatea accesului la serviciile sanitare
- etnicitate, sănătate, asistență medicală
- familia și îmbolnăvirea
- femeile ca paciente și asistente ale bolnavilor
- persoanele în vârstă și sănătatea
- medicina și controlul social
- devianță, etichetare și stigmat social
- sistemul sanitar național în perspectivă internațională (comparativă)
- profesiile medicale și rolul lor în domeniul apărării și promovării sănătății publice
- măsurarea stării de sănătate
- evaluarea asistenței medicale.

3. CURENTE ÎN EVOLUȚIA SOCIOLOGIEI MEDICALE.

În sociologia medicală actuală există trei curente majore, ilustrate prin trei perspective teoretico-metodologice. Astfel, concepțiile cu privire la locul și rolul sănătății, bolii și al sistemului medical în cadrul social diferă în funcție de perspectiva adoptată.

- a) *Perspectiva (paradigma) funcționalistă* – i-a avut ca reprezentanți de marcă pe Durkheim, Weber, Parsons și Merton, care susțineau că sănătatea este esențială pentru perpetuarea speciei umane și viața socială organizată. Pentru a funcționa în parametri optimi, societatea trebuie să asigure existența unor persoane productive care să efulueze sarcinile vitale. În caz contrar, se produc disfuncționalități în ceea ce privește bunul mers al vieții sociale, al bunăstării populației, precum și al alocării de resurse în sectoarele neproductive. Conform funcționaliștilor, instituțiile medicale își au rolul bine definit de a diagnostica, a trata și a încerca să vindece o afecțiune, de asemenea trebuie să prevină apariția bolii folosind programele de asistență primară și să activeze în cercetarea științifică în scopul eficientizării actului medical. Totodată ele devin și instituții de control social, prin abilitatea de a defini comportamentele umane drept normale ori deviate. Talcott Parsons a definit rolul de bolnav, printr-un set de așteptări culturale ce definesc comportamentele adecvate ori inadecvate ale persoanelor bolnave. Astfel, el consideră că boala afectează negativ viața socială, impunându-se astfel un control al societății, rolul de bolnav având numeroase trăsături comune cu rolul de deviant.
- b) *Perspectiva (paradigma) conflictualistă* – între susținătorii săi se numără Marx, Mills, Waitzkin și Therborn și pornește de la presuposiția că serviciile de îngrijire medicală nu sunt accesibile pentru toți membrii societății, fără discriminare. Astfel, serviciile de sănătate sunt condiționate și de capacitatea financiară a individului, existând și aici o stratificare socială generatoare de inechități. Ei acuză rețele private de instituții medicale, orientate spre profit, pentru faptul că nu acordă îngrijiri și celor de nu își pot permite financiar aceste servicii. Totodată, clinicile private sunt acuzate și de faptul că nu acordă atenție învățământului medical, susținut din bani publici în spitalele universitare,

cheltuielile acestora din urmă fiind mai mari cu 30%, față de cele ale unui spital obișnuit.

- c) *Perspectiva (paradigma) interacționistă* – promovată de Mead, Cole, Goffman, Schutz și Garfinkel, pretinde că boala este o etichetă atribuită unei afecțiuni. Astfel, definiția bolii este negociată, validată prin confirmare sau infirmarea sa de către alte persoane în procesul interacțiunii sociale simbolice. Prin larga lor răspândire, unele afecțiuni nu sunt considerate anormale, iar în alte cazuri, medici consideră anumite afecțiuni drept boli, deși există puține argumente în ceea ce privește existența unor cauze biologice certe și totodată a unui tratament adecvat. De asemeni, descoperirea unui produs medicamentos înainte ca afecțiunea pe care o tratează să fie considerată boală, a condus la etichetarea respectivei afecțiuni. În prezent se manifestă și procesul de medicalizare a devianței prin care tipuri comportamentale considerate imorale în trecut sunt privite acum drept stări patologice. Din perspectiva interacționistă, comportamentele sau reglementările sociale îi îndeamnă pe oameni să se conformeze normelor sociale, să gândească, să acționeze și să perceapă lucrurile în modalități acceptabile în cadrul unei culturi. Un rol important în cadrul acestei perspective îl joacă și teoria sociologică a etichetării, a rolului reacțiilor sociale față de devianță. Adepții acestei teorii susțin că nu actul sau comportamentul unei persoane este deviant, ci devianța este determinată de reacția socială la devianță.

În ceea ce privește metodologia sociologică se disting două paradigme dominante în sociologia medicală:

- a) *Perspectiva (paradigma) pozitivistă* propune o metodologie bazată pe modelul științelor naturii, în care sursele fundamentale ale cunoașterii sunt inducția teoretică sau testarea teoriilor prin intermediul experienței. Există astfel o distincție clară între judecățile de constatare și judecățile de valoare. Astfel, faptele sociale sunt explicate prin alte fapte sociale, iar cunoașterea socială trebuie să asigure obiectivitatea discursului sociologic, evitând explicațiile axiologice și bazându-se pe legi și generalizări empirice. În sociologia medicală, pozitiviștii au studiat influența variabilelor sociale asupra originii bolii.
- b) *Perspectiva (paradigma) interpretativă* are la bază scrierile lui Max Weber, punând accentul pe specificul subiectiv, ireductibil al faptelor sociale și

conducând la necesitatea concentrării asupra analizării semnificațiilor vehiculate de actorii sociali în interacțiunile sociale. Se pune astfel accent pe distincția dintre studiul naturii și studiul culturii, în sociologia medicală avându-se în vedere distincția dintre fenomenul biofizic al bolii (disease) și fenomenul social al îmbolnăvirii (illness). În timp ce boala apare independent de natura umană, fiind studiată de știința bio-medicală, analizarea reacției la boală a grupurilor sociale și trăirii în plan psihic a stării de boală aparțin psihologiei sociale și sociologiei. Astfel, se insistă asupra etichetării bolii și a bolnavului și asupra caracterului stigmatizant al acestei etichetări.

În rândul sociologilor medicali, părerile sunt împărțite, existând fie adepți ai uneia dintre cele două paradigme, fie neutri care consideră ca ambele perspective au valoarea lor explicativă, pentru diferite probleme. De asemenea, au existat și voci care au promovat integrarea lor în folosul științei, ele neexcluzându-se reciproc.

4. BOALA ȘI SĂNĂTATEA. ASPECTE SOCIO-MEDICALE.

Conceptele de boală și sănătate sunt concepte evaluative, fiind circumscrise de dezvoltarea cunoașterii biomedicale, de orientările intelectuale ale culturii, de sistemul axiologic al societății. Astfel vor exista diferențe notabile în ceea ce privește statutul bolnavului și natura stării, considerată normală sau patologică, în funcție de tipul de societate și nivelul de dezvoltare la care a ajuns aceasta.

În prezent, medicii definesc boala în urma aplicării unor standarde riguroase și a analizării temeinice a pacientului, definind starea de boală, creând rolul său social și astfel legitimând comportamentul bolnavului. Există însă și factori care afectează negativ acest proces medico-social: divergențe de opinii asupra diagnosticului, prognosticului, profilaxiei și tratamentului anumitor afecțiuni, un adevărat fenomen al modei în tratarea unor boli, precum și alte implicări ale socialului și medicalului în actul medical.

Boala și sănătatea nu pot fi deci definiție decât prin raportare la ființa umană privită entitate biologică, psihică și socială în același timp.

Conceptul de sănătate este, la fel ca și cel de boală, unul plurisemantic, semnificația sa înregistrând nuanțări în funcție de grupuri, clase sociale sau populații. În domeniul medical, sănătatea este privită de către patolog ca o stare de integritate, de

către clinician ca lipsă de simptome și de bolnav ca o stare de bien-etre (A. Athanasiu, 1983). Sănătatea presupune mai multe dimensiuni (C. Herzlich):

- absența bolii
- o constituție genetică bună, respectiv un capital biologic înăscut
- o stare de echilibru a organismului dată de adaptarea individului la mediul de viață

Factorii care influențează starea de sănătate sunt (J. Bond, S. Bond, 1994):

- biologia umană: moștenire genetică, procese de maturizare, îmbătrânire, tulburări cronice, degenerative, geriatrie
- mediul: apa potabilă, medicamente, poluare, salubritate, boli transmisibile, schimbări sociale rapide
- stilul de viață: hrană, activități fizice, sedentarism, tabagism, alcoolism
- organizarea asistenței medicale: cantitatea și calitatea resurselor medicale, accesul la ele, relația dintre persoane și resurse în asistența medicală.

Din punct de vedere biologic, sănătatea poate fi definită drept acea stare a unui organism neatins de boală, în care toate organele, aparatele și sistemele funcționează normal (organism în homeostazie).

Din punct de vedere psihic, sănătatea poate fi înțeleasă drept armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții asimilate de individ, reprezentând starea organismului în care capacitatea sa de a munci, a studia sau a desfășura activitățile preferate este optimă.

Există și anumite *criterii ale sănătății mintale* (A. Ellis, W. Dryden, 1997):

1. conștiința clară a interesului personal
2. conștiința limpede a interesului social
3. auto-orientarea (capacitatea de a se conduce și orienta singur în viață)
4. nivelul înalt de toleranță a frustrării
5. acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajustare la incertitudine
6. angajarea în activități creatoare
7. gândirea științifică, realistă și obiectivă
8. auto-acceptarea
9. angajarea moderată și prudentă în activități riscante
10. realismul și gândirea utopică
11. asumarea responsabilității pentru tulburările emoționale proprii

12. flexibilitatea în gândire și acțiune
13. îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă.

Conceptul de personalitate autorealizată propus de A.H. Maslow (1976) presupune forma supremă a sănătății psihice și are următoarele caracteristici:

1. orientarea realistă în viață
2. acceptarea de sine, a altora și a lumii înconjurătoare așa cum sunt ele
3. înaltul grad de spontaneitate
4. centrarea pe probleme și nu pe trăiri subiective
5. atitudinea de detașare și nevoia de intimitate
6. autonomia și independența
7. aprecierea elastică a oamenilor și lucrurilor, lipsită de stereotipii
8. existența experiențelor spirituale sau mistice profunde, dar nu neapărat cu caracter religios
9. existența unor relații afective intime profunde și cu mare încărcătură emoțională, practicate cu puține persoane și a unora superficiale cu un număr mare de persoane
10. identificarea cu omenirea și existența unor interese sociale puternice
11. împărtășirea atitudinii și valorilor democratice
12. neconfuzia mijloacelor cu scopurile
13. existența unui simț al umorului superior, detașat filosofic, neostil și nevindicativ
14. existența unui mare potențial creator
15. opoziția față de conformismul cultural
16. transcenderea mediului de viață și neconformismul față de acesta.

Din punct de vedere social sănătatea este starea organismului în care capacitățile individuale sunt optime pentru ca persoana să își îndeplinească în mod optim rolurile sociale (de prieten, vecin, cetățean, soț, părinte, cetățean etc.). Parsons definește sănătatea drept capacitatea optimă a unui individ de a îndeplini eficient rolurile și sarcinile pentru care a fost socializat.

Sănătatea pozitivă are două componente (Downie, 1992):

1. bunăstarea fizică, psihică și socială
2. fitness – forma fizică optimă incluzând cei patru S (în engleză)
 - strenght – forță fizică

- stamina – vigoare (rezistență fizică)
- suppleness - suplețe fizică
- skills – îndemânare (abilitate) fizică

Conform OMS (1946), sănătatea reprezintă starea de completă bunăstare fizică, mentală și socială, care nu se reduce la absența bolii sau a infirmității. Deținerea celei mai bune stări de sănătate de care este capabilă persoana umană este unul dintre drepturile fundamentale ale omului. Conceptul de sănătate a fost operaționalizat pentru a fi aplicat diverselor comunități socio-culturale, evaluările fiind făcute pe baza unor indici precum: morbiditatea, mortalitatea (generală și specifică), disconfortul, insatisfacția, deficiențele, invaliditățile, handicapul, indicele de dezvoltare umană.

Conceptul de boală are și el mai multe dimensiuni. Din punct de vedere biologic, boala este o stare a organismului sau a unei părți din organism în care funcțiile sunt afectate sau deranjate de factori interni sau externi. Din perspectivă plurifactorială, boala poate fi definită drept o stare finală, rezultat al unei combinații a factorilor ecologici și comprotamentali aflați în interacțiune cu predispozițiile genetice, care plasează statistic individul într-o situație de risc mărit, ca urmare a unei alimentații neraționale, dezechilibrate, de lungă durată, expunerii cronice la agenții patogeni ai locului de muncă, stresului vieții sau altor factori (R. Fitzpatrick, 1986).

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

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

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

- illness – realitatea subiectivă a bolii, ceea ce percepe bolnavul și nu suferința corporală, ci percepția individuală a unei schimbări negative în bunăstarea sa și în activitățile sale sociale.
- disease – realitatea biofizică a bolii, adică anomalia funcțională a structurii sau fiziologiei organismului.

- sickness – realitatea socioculturală a bolii, adică modelarea rolului social al bolnavului, formele de adaptabilitate socială a maladiei ori atribuirea etichetei de bolnav persoanei suferinde.

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

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

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

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

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

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

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

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

R.M. Coe, 1970 propune următoarele tipuri:

- infecto-contagioase
- cronice
- mintale

D. Field a luat în considerare patru criterii:

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

și a evidențiat astfel patru tipuri de boli:

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

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

1. boli infecțioase și parazitare
2. tumori

3. bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și tulburări ale mecanismului de imunitate
4. boli endocrine, de nutriție și metabolism
5. tulburări mentale și de comportament
6. bolile sistemului nervos
7. bolile urechii și apofizei mastoide
8. bolile ochiului și anexelor sale
9. bolile aparatului circulator
10. bolile aparatului respirator
11. bolile aparatului digestiv
12. boli ale pielii și ale țesutului celular subcutanat
13. bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv
14. bolile aparatului genito-urinar
15. sarcina, nașterea și lăuzia
16. unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală
17. malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale
18. simptome, semne și rezultate imprecise definite ale investigațiilor clinice și de laborator
19. leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe
20. cauze externe de morbiditate și mortalitate
21. factori influențând starea de sănătate și motivele recurgerii la serviciile de sănătate.

5. RELAȚIA MEDIC – PACIENT. ASPECTE PSIHO-SOCIALE.

Relația medic – pacient este una extrem de complexă, vizând aspecte culturale, psihologice și sociale, care vor influența comportamentul fiecăruia dintre cei doi actori. Această relație este una care se stabilește între membrii a două grupuri sociale distincte în ceea ce privește prestigiul, puterea și orientările lor: un grup ce oferă îngrijiri specializate unui alt grup care solicită aceste îngrijiri de sănătate. Totodată, această relație se desfășoară într-un cadru instituționalizat, după un anumit ritual. Astfel, în această relație se conturează extrem de bine conceptele de status și rol social.

Statusul social - reprezintă poziția ocupată de o persoană sau un grup de persoane în societate, având determinare atât pe orizontală, în ceea ce privește rețeaua de contacte și schimburi cu persoane având același nivel social, cât și pe verticală, vizând relațiile cu persoane aflate în poziții superioare sau inferioare în ierarhia socială. Statusul social a primit din aceste puncte de vedere mai multe definiții și caracterizări:

- ansamblu de relații egalitare și ierarhice pe care individul le are cu alți membri din grupul din care face parte
- prestigiu social (M. Weber, 1921)
- colecție de drepturi și de datorii generate de locul ocupat de fiecare individ în societate (R. Linton, 1936)
- statusurile atribuite (vârstă, sex, rasă) diferă de cele achiziționate (profesie, poziție economică, stare civilă), pentru care individul a optat și a depus anumite eforturi (T. Parsons, 1951)

Statusul de vârstă, cel profesional și cel cultural evoluează împreună în copilărie, ulterior distanțându-se și dezvoltându-se separat. Există de asemenea, distincții, între statusul actual și cel latent, posibil de actualizat în alte contexte sociale. Fiecare persoană posedă mai multe statusuri, grupate astfel:

- Statusul biologic
- Statusul familial
- Statusul extrafamilial

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

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

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

Statusul formal face diferența între gradul de autoritate conferit de organizație angajaților și se exteriorizează printr-un set de simboluri:

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

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

- angajații în vârstă și cu mai mare experiență sunt percepuți cu un status mai înalt decât ceilalți colegi
- cei care au capacități speciale au de asemeni un status mai înalt
- femeile și persoanele aparținând unor grupuri minoritare sunt valorizați mai puțin

Dobândirea unui status profesional mai înalt se face pe mai multe căi:

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

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

Rolul social reprezintă model de comportare asociat unui status, punerea în act a drepturilor și datoriilor prevăzute de statusurile indivizilor și grupurilor într-un

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Statusurile sociale și rolurile sociale în relația medic – pacient

În societatea actuală, medicul are un status extrem de înalt, diferențiindu-se prin nivelul de formație abstractă și specializată, prin orientarea spre profesie, prin recunoașterea autorității depline asupra bolii și monopolul asupra tratamentului. Monopolul asupra activității proprii îi diferențiază net pe medici de alți profesioniști, dobândind astfel și o autonomie extremă asupra controlului și exercițiului meseriei.

Statusul social al medicului este perceput de către masa largă de persoane în asociere cu valori precum: putere, cunoaștere, devotament, eroism, putere de sacrificiu. Intervenind în situațiile de criză, medicul apare într-o triplă ipostază, de om care:

- alină suferința
- vindecă boala
- salvează viața bolnavului

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

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

- competența tehnică determinată de conținutul tehnic al științei medicale și prioritară în înfăptuirea eficientă a actului medical. Este asimilată încă de la începutul studiilor și se probează prin concursuri și examene și atestată de titlul profesional. Unul dintre atributele sale, întâlnit cel mai des în cazul medicilor generaliști, este minima competență în maximum de domenii medicale. Competența tehnică presupune și cunoașterea unor noțiuni non-medicale, care au însă implicații profesionale ori socio-administrative pentru bolnav (drepturi materiale și legale, pensionări, protecție împotriva noxelor, etc.)
- universalismul care presupune existența unei relații cu pacientul bazate pe reguli formale și nu pe legături personale, neputând face nici un fel de discriminare în acest sens. Există însă și excepțiile care confirmă regula:
 - medicina de campanie în care asistența medicală se acordă cu precădere gradelor superioare
 - presiunile de natură socială cu privire la îngrijirea unor personaje cheie în viața politică ori socio-economică
 - cabinetele și clinicile particulare
- specificitatea funcțională privind îngrijirea sănătății și rezolvarea cazurilor de boală, care presupune acțiunea cu mijloace și tehnici specifice (tehnice, psihologice, psihiatrice, etc.) și fără a interveni în alte aspecte ale vieții pacientului.

- neutralitatea afectivă care impune existența unei relații obiective și fără implicare emoțională. Dacă relația medic – pacient presupune existența unui anumit grad de acces din partea medicului la intimitatea corporală și psihică a pacientului, acest proces nu trebuie să fie unul care să acționeze și în sens invers. Chiar dacă în aceste raporturi medicul devine un surrogat de părinte, frate sau prieten, el nu trebuie să se confunde cu aceștia și nici să judece ori să condamne bolnavul indiferent de culpa acestuia.
- orientarea spre colectivitate este obiectivul ideologiei medicale, care pune accent pe devotamentul față de colectivitate și mai puțin pe urmărirea unor profituri materiale. Profesiunea de medic presupune, ca și alte profesii, reușita dar, spre deosebire de acestea în care orientarea valorilor se face spre sine, aici este spre alții. În plus, moralitatea medicului este crucială în chiar legitimarea stării de bolnav a pacientului.

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

- situația marginală a bolnavului din care rezultă instabilitate emoțională și stări conflictuale
- pericolul care apare asupra bolnavului și care îl determină să apeleze la mijloace și tehnici de protecție, rezultând și aici stări euforice ori sugestibilitate amplificată.
- restrângerea orizontului
- egocentrism
- anxietate și exagerarea acțiunii factorilor de mai sus ca urmare a unei perspective temporare de lungă durată a bolii.

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

- degrevarea de sarcinile și responsabilitățile vieții normale, ce se poate transforma într-un drept în cazul în care boala nu se vindecă
- receptarea sprijinului din partea instituțiilor abilitate în acordarea ajutorului medical, acțiune care presupune și două extreme: exagerare ori refuz.
- dorința de însănătoșire ca o legitimitate condiționată a rolului de bolnav.

- obligația de a căuta ajutor competent și de cooperare cu personalul abilitat în acest sens, obligație care legitimează starea de boală, anulând caracterul de devianță al acesteia.

Prima caracteristică nu este una generalizată, aplicându-se necondiționat în cazul bolilor grave dar nu și în acela al unor boli cronice ori malformații congenitale, în timp ce a doua trăsătură nu este valabilă în cazul formelor ușoare de boală.

Tipul de rol social al bolii este în strânsă corelație cu:

- natura bolii (somatică, psihică)
- gravitatea bolii
- cronicizarea bolii
- tipul de tratament aplicat (ambulator, staționar, spitalicesc).

Se poate vorbi în același timp și de două tipuri de pacienți (Beckmann, 1979):

- bolnavii timizi care doresc o relație extrem de apropiată cu medicul curant, care să le ofere protecție și compasiune pentru probleme de orice natură (personală, socio-emoțională, etc.)
- bolnavii „suprasănătoși“, cu grave tulburări de sănătate, dar care refuză să accepte boala și să consulte medicul știind că tratamentul nu este eficient.

Rolul social al bolnavului legitimează astfel vulnerabilitatea sa temporară sau permanentă, totodată obligându-l să caute vindecarea și să își asume incapacitatea, existând însă în același timp și pericolul ca pacientul să încerce să evite o serie de responsabilități invocând o stare de boală mai mult sau mai puțin existentă.

Relația medic – pacient devine astfel și o relație de roluri, asimetrică și consensuală, în care medicul are poziția de superioritate, fiind elementul activ care caută soluția la boala de care suferă pacientul, văzut aici ca un element pasiv. Totodată, pacientul recunoaște autoritatea medicului, iar relația terapeutică se bazează pe reciprocitate, cele două roluri alcătuind un cuplu complementar. Atitudinile pe care medicul le adoptă în cadrul acestei relații pot fi:

- tutor autoritar
- mentor
- savant detașat
- părinte bun și protector
- avocat al „adevărului înainte de toate“

Natura relației medic – pacient influențează în mod decisiv actul terapeutic și stabilirea diagnosticului.

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

1. relație între doi actori sociali (T. Parsons), în care cele două roluri sunt complementare, iar drepturile și obligațiile sociale prevăzute potențează eventualul conflict interrelațional, fără a-l elimina în totalitate. Acest model se referă însă la bolile acute, care în societatea actuală au cedat locul bolilor cronice, în care pacienții rămân în activitatea socio-economică cu responsabilitățile aferente. Prin prisma faptului că bolile cronice sunt greu vindecabile, relația medic – pacient a suferit modificări apărând și incertitudini de ordin clinic (privind diagnosticul și prognosticul său) și funcționale (privind secretul păstrat de medic asupra diagnosticului). În acest model de relație s-au diferențiat trei situații, legate de simptomele organice ale pacientului (T. Szasz, M. H. Hollender, 1956):
 - activitate – pasivitate, medicul este activ, bolnavul pasiv (răni grave, comă, anestezie)
 - conducere – cooperare, bolnavul urmează sfaturi și are raționament (boli acute, infecții)
 - participare reciprocă, medicul ghidează bolnavul în a-și acorda singur ajutorul, întâlnirile fiind ocazionale (boli cronice)

În această relație a fost însă omisă o a patra situație, în care pacientul conduce, iar medicul cooperează, situație apărută în momentul în care medicul răspunde pozitiv cererilor pacientului, scriindu-i o rețetă ori o trimitere. *Relația medic – pacient* are și o importantă coordonată socială, bolnavii proveniți din clasele medii și înalte bucurându-se de o mai atentă îngrijire decât cei din clasele de jos, acest aspect modificând natura raporturile existente între cei doi actori.

2. relație potențial conflictuală (E. Freidson, 1970), originile stării conflictuale fiind interesele și perspectivele diferite avute de medic și pacient. profesia de medic este una dintre grupele de interes din societate, iar codurile etice și legile care reglementează exercițiul medical devin mecanisme care îi protejează pe medici de ingerința publicului și de concurența altor profesioniști. Medicul percepe boala și bolnavul din perspectiva specializării sale profesionale și va defini el

Însuși conținutul și formele serviciului pe care îl acordă bolnavului, în timp ce acesta din urmă își percepe afecțiunea în funcție de nevoile cotidiene și de nivelul său cultural. Chiar dacă nu va reuși să își impună punctul de vedere în fața medicului, bolnavul nu va fi un element docil pe parcursul existenței unei relații între el și medic.

Situațiile conflictuale au la origini și alți factori:

- tipul de activitate medicală (chirurgie, psihiatrie, neurologie, etc.)
- tipul de pacient
- tipul de boală.

De asemeni, tensiuni interrelaționale pot apărea și în cazul în care medicul va efectua consultul fără acceptul pacientului, acesta putând deveni un pericol pentru anturaj (Baron, 1991):

- alcoolicul violent în stare de intoxicație acută
- psihoticul care poate comite suicid sau acte agresive
- toxicomanul în lipsă de drog, solicitând violent doza
- pacienții antrenați într-un conflict ce poate degenera în violențe extreme
- Între prioritățile actului medical într-un astfel de caz se numără rezolvarea următoarelor probleme:
- tulburări de comportament ale pacientului
- suferinței bolnavului
- perturbarea ordinii publice

Prioritățile diferite ale medicului și pacientului constituie o altă sursă importantă de conflicte pe parcursul derulării relației între cei doi. În timp ce pentru pacient prioritatea absolută o are propria afecțiune și tratamentul efectuat, medicul trebuie să se implice în tratarea unui număr mai mare de pacienți.

Tot sursă de conflicte în relația medic – pacient este și diferența dintre cei doi actori în ceea ce privește evaluarea gravității bolii, diferență ce provine din inechilibrul în cunoștiințe medicale și din experiența personală diferită a bolii. Astfel, de cele mai multe ori, medicii par a subestima gravitatea bolii și mai ales efectul acesteia asupra vieții cotidiene a bolnavilor, în timp ce pacienții o supraestimează, considerând-o extrem de gravă.

Așteptările contradictorii ale indicilor cu privire la comportamentul bolnavilor se constituie într-o altă sursă de conflict între medic și pacient. În viziunea medicilor,

pacientul ideal este cel capabil să își evalueze starea de sănătate cu suficient discernământ pentru a cunoaște problemele pe care trebuie să le supună atenției medicului, deci un individ cu suficiente cunoștințe medicale. Acest ideal vine însă în contradicție cu dorința ca pacientul să accepte fără echivoc diagnosticul și tratamentul prescris, iar pacientul văzut în această dublă ipostază devine o potențială sursă de conflict.

Din fericire însă, toate aceste surse de conflict sunt unele potențiale, ele îmbrăcând rareori forme deschise.

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

1. Persuasiunea - dacă pacienții încearcă să convingă medicul că un anumit tip de tratament este mai potrivit, prezentând informațiile legate de boală într-un mod convenabil lor, și medicul va încerca la rândul său să convingă pacientul că procedeul său este cel mai bun prin copleșirea sa cu dovezi sub formă de analize de laborator ori exemple din experiența anterioară și nu acceptă sugerarea de proceduri de către pacient.
2. Negocierea – procesul prin care medicii și pacienții ajung la un compromis, de obicei în ceea ce privește durata programului de tratament.
3. Incertitudinea funcțională – în momentul în care există siguranță privind evoluția unei boli ori succesul unei terapii, medicul poate menține incertitudinea pacientului, în scopul economisirii de timp, evitării unor scene emoționale, ori al menținerii autorității asupra pacientului.
4. Comportamentul non-verbal – joacă un rol important în desfășurarea acestei relații și în influențarea calității informației comunicate. Aceste tehnici non-verbale servesc la controlul consultației, ori pentru a indica sfârșitul acesteia. Din punctul de vedere al comportamentului non-verbal, medicul ocupă poziția dominantă, conducând dialogul și semnalând intrarea ori ieșirea pacientului, posibilitatea acestuia din urmă de a influența în vreun fel conversația depinzând de nivelul cunoștințelor medicale pe care le posedă, de gradul de disconfort creat de boală, precum și de capacitatea de a-și exprima trăirile, dar și de bunăvoința medicului.

Consultațiile au fost și ele împărțite în două categorii ce se deosebesc prin oportunitatea acordată participării pacienților (Byrne, Long, 1976):

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

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

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

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

A. Reguli pentru cetățeni privind îngrijirile medicale

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

B. Reguli pentru personalul medical

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

6. COMUNICAREA ȘI ROLUL SĂU ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Procesul comunicării reprezintă transmiterea, recepționarea, stocarea, prelucrarea și utilizarea informațiilor, fiind caracteristică individului și societății în toate etapele dezvoltării. Prin comunicare omul dispune de principalul mijloc de socializare, în timp ce sistemele și structurile sociale își mențin stabilitatea și își realizează finalitățile prin intermediul rețelelor de comunicație disponibile.

Claude Shannon (1948) emite prima teorie matematică a comunicării, conform căreia cel mai elementar act al comunicării presupune existența unui emițător, care utilizând un limbaj codifică un mesaj pe care îl transmite printr-un canal de comunicare spre un receptor ce primește mesajul în decodifică și îi înțelege sensul. Există de asemenea și răspunsul receptorului la mesajul primit, fiind vorba de feedback.

În cercetările asupra comunicării au fost emise și șapte axiome ale acestui proces:

1. Comunicarea este inevitabilă atâta timp cât între doi interlocutori comunicarea nu se limitează la componenta verbală, ci include procesul complex al mișcării corporale voluntare sau involuntare, al gesturilor, privirii, tăcerii, spațiului individual, vestimentației, toate acestea având o valoare comunicativă foarte bogată.
2. Comunicarea se desfășoară la două niveluri: informațional și relațional, cel de-al doilea oferind indicații de interpretare a conținutului celui dintâi.
3. Comunicarea este un proces continuu, care nu poate fi tratat în termeni de cauză – efect sau stimul răspuns.
4. Comunicarea îmbracă fie o formă digitală, fie o formă analogică.
5. Comunicarea este ireversibilă.
6. Comunicarea presupune raporturi de forță și ea implică tranzacții simetrice sau complementare.
7. Comunicarea presupune procese de ajustare și acordare.

Procesul de comunicare presupune și existența unor scopuri, care au fost reliefate de N. Stanton (1995):

- să fim recepționați (auziți sau citiți)
- să fim înțeleși
- să fim acceptați

- să provocăm o reacție (o schimbare de comportament sau de atitudine)

E. La Monica (1994) propune alte nouă scopuri ce pot fi găsite în procesul comunicării:

1. a învăța, transmite sau primi cunoștințe
2. a influența comportamentul cuiva
3. a exprima sentimente
4. a explica sau a înțelege propriul comportament sau al altora
5. a întreține legături cu cei din jur sau a te integra într-o colectivitate sau grup social
6. a clarifica o problemă
7. a atinge un obiectiv propus
8. a reduce tensiunile sau a rezolva un conflict
9. a stimula interesele proprii sau ale celor din jur

Clasificarea comunicării a pornit de la două tipuri principale:

- comunicarea verbală
- comunicarea non-verbală,

Fiecare categorie poate avea două subgrupe:

- comunicare într-un sens
- comunicare în ambele sensuri (cu feedback)

Comunicarea verbală include tot ceea ce este scris sau spus, mijlocind schimbul de semnificații în societate și reprezentând o paradigmă a tuturor celorlalte forme de comunicare umană. În comunicare, limbajul are șase funcții, conforme cu cele șase elemente ale procesului comunicativ – emițător, transmițător, referent (realitatea la care se referă mesajul), codul, canalul și destinatarul – (R. Jakobson, 1964):

1. Funcția emotivă – exprimă direct atitudinea vorbitorului față de cele spuse de el
2. Funcția conativă sau persuasivă – urmărește obținerea unui anumit tip de răspuns din partea destinatarului
3. Funcția referențială – denotativă sau cognitivă vizează referentul, interesul fiind pentru semnificația, conținutul exprimat
4. Funcția fatică – se referă la controlul canalului de comunicare dintre cei doi interlocutori.
5. Funcția poetică – vizează mesajul, modul de exprimare și forma care reține atenția la fel de mult ca și conținutul cognitiv al mesajului

6. Funcția metalingvistică – se referă la codul utilizat, manifestându-se atunci când în comunicare apare necesitatea atenționării în legătură cu codul utilizat.

Aceste funcții coexistă în orice tip de comunicare, într-un mesaj predominând una dintre ele, care determină, de altfel, și structura verbală a acestuia.

În comunicare, vorbitorul realizează trei tipuri de acte (I.L. Austin):

- acte locuționare, privind realitatea propriu-zisă a unui mesaj
- acte ilocuționare, privitoare la scopul și stitudinea emițătorului față de receptorul mesajului
- acte perlocuționare, referitoare la influența exercitată de vorbitor asupra receptorului prin mesajul emis.

O altă caracteristică a limbajului este productivitatea sa, orice utilizator putând construi mesaje inteligibile pentru orice receptor aparținând aceleiași comunități lingvistice, cu privire la orice subiect, real sau imaginar. Astfel pot apărea și mesaje sau relatări în absența unor evenimente ori situații, generatoare ale unei subclase degradate de mesaje, zvonurile sau minciuna. Folosirea minciunii are anumite rațiuni, pe lângă cele legate de obținerea unor avantaje personale existând și unele chiar altruiste.

Între limbajul scris și cel oral există câteva deosebiri definitorii:

- limbajul scris exprimă în cele trei dimensiuni ale spațiului ceea ce limbajul fonetic exprimă în unica dimensiune a timpului (A. Leroi-Gurham, 1983)
- limbajul scris privilegiază raționamentul, rigoarea termenilor, formulările clare
- comunicarea scrisă implică formulări definitive, exclude negocierea sensurilor între emițător și receptor, aceștia putând fi separați în spațiu și timp, este logică, precisă și suficientă sieși
- limbajul oral are un registru mai larg de manifestări, prin intermediul factorilor extra și paralingvistici care îl însoțesc, prin influența decisivă a cadrului situațional în care are loc comunicarea
- limbajul verbal are o forță de sugestie mai mare, fiind generator chiar de efecte hipnotice în anumite condiții
- limbajul verbal primește particularități și nuanțe în funcție de sexul, vârsta și statusul social al interlocutorilor

Situațiile de comunicare influențează utilizarea limbajului verbal, elementele esențiale fiind: rolurile sociale, cadrul fizic, cadrul social, contextul lingvistic și

extralingvistic și momentul desfășurării comunicării, între acestea trebuind să existe o anumită compatibilitate în scopul unei comunicări eficiente.

- în funcție de rolul jucat, vorbitorul alege anumite registre de vorbire
- în funcție de relația de rol, vorbitorul alege registrele de vorbire adecvate, deduse din practica socială și culturală, alternându-le în funcție de rolurile pe care le adoptă
- comunicarea prin limbaj verbal se asociază comunicării prin mijloace nonlingvistice, cu metacomunicarea de relații interpersonale și poate atinge performanțe superioare când se întemeiază pe modalități extralingvistice (expresii ale trăirii).

Comunicarea non-verbală însoțește limbajul verbal, comunicând o serie de informații despre emitent, vocea acestuia putând oferi date despre starea sa de sănătate, originea socială, geografică, starea de spirit din acel moment. Informațiile verbale sunt însoțite de un ansamblu de procedee non-verbale (gesturi, mimică, manifestări vocale, accent, intonație, ritm, pauze etc.) care contribuie la precizarea intenției vorbitorului.

Aceste mijloace non-verbale au fost grupate în opt tipuri (N. Hayes, S. Orrel, 1997):

- paralimbaj
- contact vizual
- expresii faciale
- postură
- gesturi
- atingere
- proximitate
- îmbrăcăminte

O altă categorisire a indicilor non-verbali (N. Stanton, 1995)

- expresia feței (zâmbet, încruntare)
- gesturi (mișcarea mâinilor și a corpului)
- poziția corpului (în picioare sau așezați)
- orientarea (cu fața sau spatele la interlocutor)
- proximitatea (distanța față de interlocutor)

- contactul vizual (privirea îndreptată sau nu spre interlocutor)
- contactul corporal (atingere, bătaie pe umăr)
- mișcări ale corpului (indică aprobarea sau dezaprobarea, încurajare)
- aspectul exterior (înfățișarea fizică, vestimentația)
- aspectele non-verbale ale vorbirii (variații de volum și tonalitate)
- aspectele non-verbale ale scrisului (așezare, acuratețe, organizare, aspect vizual general)

În categoria limbajelor non-verbale se mai înscriu:

1. limbajul tăcerii – formă de limbaj cu profunde semnificații comunicative. Tăcerea presupune mai multe stări: neștiința răspunsului la o întrebare, plictiseală, meditație, ascultare. Ascultarea nu este un proces pasiv, el presupunând înțelegerea, interpretarea și integrarea informației primite în modelele de cunoaștere proprii, dar există și posibilitatea ca individul să se gândească la altceva în timpul ascultării, ori să se conceapă propriul răspuns, neglijând astfel ascultarea eficientă.

Ascultarea atentă presupune și efecte benefice:

- încurajarea celorlalți
- obținerea întregii informații
- ameliorarea relațiilor cu ceilalți
- rezolvarea problemelor
- o mai bună înțelegere a oamenilor,

altfel spus, un bun ascultător câștigă:

- informație
- înțelegere
- receptare (ascultare) reciprocă
- cooperare

2. *Limbajul spațiului* – obiectul de studiu al proxemicii (disciplină fondată în anii '60 de Edward Hall), știință care studiază proprietățile comunicaționale ale spațiului și modalitățile de folosire optimă a acestor proprietăți. Conform acestei științe, fiecare individ are tendința de a-și marca imaginar un spațiu personal, considerându-l o prelungire a propriului corp. Încălcarea acestui spațiu îi creează disconfort individului, îl lezează și poate crea chiar stări conflictuale. În scopul evitării acestor situații fiecare

individ își construiește un spațiu tampon între el și celelalte persoane sau locuri, cu o anumită permeabilitate, mărime sau formă, cu importante funcții psihosociale: protecție, intimitate, siguranță, odihnă, reverie etc. Acest spațiu poate fi împărțit în patru zone distincte, fiecare având la rândul său două subzone, una apropiată și una îndepărtată:

- Zona intimă – se întinde de la suprafața corpului până la distanța de 46 cm, fiind cea mai importantă și mai apărată de către om, fiind permis accesul doar celor apropiați
- emoțional. Favorizează comunicarea tactilă și olfactivă. Subzona apropiată se întinde până la 15 centimetri de corp, ea fiind penetrată doar în timpul contactului fizic (raporturi sexuale sau luptă). Mesajele transmise în acest caz sunt puternic colorate afectiv.
- Zona personală – cuprinsă între 46 și 122 cm, include o subzonă apropiată (46 – 75 cm) în care intră prietenii și persoanele pe care le simpatizăm și o subzonă îndepărtată dedicată indivizilor întâlniți la reuniuni prietenești, oficiale ori ceremonii. Distanța asigură protecția față de atingerea celorlalți și comunicarea verbală optimă, mesajul olfactiv rămâne perceptibil, contactul vizual devine mai bun, iar limita extremă a zonei permite stabilirea unui contact fizic direct pe un teritoriu relativ neutru (strângerea mâinii).
- Zona socială – cuprinsă între 122 și 369 cm, include o subzonă apropiată (122 – 220 cm) care presupune comunicarea verbală clară, evitarea contactului fizic printr-o serie de bariere și o subzonă îndepărtată (220 – 369 cm), care sugerează și o distanță ierarhică. Transgresarea acestor limite presupune situații cu totul speciale.
- Zona publică – peste 360 cm, corepsunzătoare aunci când ne adresăm unui grup mare de oameni, iar comunicarea își pierde caracterul interpersonal. În acest caz volumul vocal al vorbitorului crește în timpul comunicării, el neputând controla vizual fiecare interlocutor, dar poate urmări reacția acestora. Include și subzona 360 – 75 cm în care se poate recepta optim reacția publicului, dupăaceastă distanță feedback-ul diminuându-se progresiv.

Există cazuri în care zonele intime sunt invadate de necunoscuți, indivizii adoptând un comportament de autoapărare ale cărui reguli au fost enunțate de Allan Pease (1993):

1. Nu ai voie să vorbești cu nimeni, nici chiar cu cei pe care îi cunoști
2. Trebuie să eviți ca privirea ta să se întâlnească cu privirile altora
3. Să păstrezi o expresie de jucător de poker, fără a afișa vreo emoție
4. Dacă ai o carte sau un ziar să dai impresia că ești cufundat în citirea lor
5. Cu cât aglomerația este mai mare, cu atât îți poți permite mai puține mișcări ale trupului
6. În ascensor să urmărești cifrele care indică etajele.

Distanțele spațiului personal variază și în funcție de factori sociali, culturali, demografici etc.

3. *Paralimbajul* include aspectele nonverbale ale vorbirii care dezvăluie o serie de informații despre vorbitor, despre emoțiile și sentimentele sale, precum și despre atitudinea sa față de mesajul verbal pe care îl transmite. Între elementele de paralimbaj se remarcă tonul vocii, intensitatea vorbirii, timbrul vocii, ritmul sau fluenta vorbirii. Toate acestea furnizează date extrem de utile despre calitățile psihice ale vorbitorului și despre starea în care acesta se află în momentul comunicării (nesiguranță, anxietate, neliniște, furie, spaimă etc.)

4. *Contactul vizual* – are un poate cel mai important rol în emiterea și receptarea semnelor interpersonale, pentru că:

- multe din aprecierile noastre cu privire la alte persoane se bazează pe durata și timpul contactului vizual pe care îl avem cu acestea
- este un puternic indicator al stărilor interioare
- are o mare putere de influențare a sentimentelor

Contactul vizual urmează o serie de reguli sociale nescrise care stabilesc, în funcție de circumstanțe, timpul cât putem privi o persoană fără a-i provoca iritare sau reacții ostile. Durata medie a privirii unei persoane necunoscute este de 1,28 secunde, peste această limită putând fi interpretată ca un act de agresiune și determinând reacții ostile. Într-o conversație obișnuită, modul de a privi este în relație cu interesul acordat interlocutorului. Fără contact vizual nu se poate ghici întreg conținutul mesajului, totodată acest contact denotând și relația socială întreținută cu interlocutorul. O durată mai mare a contactului vizual presupune dorința de intimitate, în timp ce evitarea

contactului vizual conduce la o relație de inamiciție. Un alt criteriu privind reacția determinată de contactul vizual este cel oferit de dilatarea pupilei, proces determinat și de sentimentele pe care le încercăm în legătură cu persoana privită. Contactul vizual îndeplinește patru funcții în comunicare:

- reglarea fluxului conversației
- furnizarea de feed-back
- semnalarea naturii relației
- exprimarea emoției

5. *Expresia facială*

Fața reprezintă cel mai puternic mijloc non-verbal de comunicare, musculatura feței conferind o mobilitate ce exprimă o gamă variată de reacții, emoții, sentimente. Au fost distinse 21 de tipuri de trăsături faciale (Paul Eckman, 1978), împărțite în trei grupe:

- statice (structura osoasă a feței)
- mobile dar lente (pigmentația pielii, dentiția, ridurile, relieful feței)
- rapide (temperatura, culoarea, poziția feței)

Fața omenească poate furniza 18 tipuri de informații, printre care: temperament, inteligență, emoție, dispoziție, vârstă, starea sănătății. Totodată s-a demonstrat că multe dintre expresiile emoționale de bază sunt înnăscute, manifestându-se similar la indivizi aparținând unor medii culturale diferite, precum și la persoane care nu au avut posibilitatea de a și le însuși prin învățare. Emoțiile sunt astfel definite drept fenomene psihologice și comportamentale care:

- se produc în situații repetabile la aceste situații
- implică aprecierea și reacțiile la aceste situații
- au un debut brusc
- au în general durată scurtă
- sunt percepute ca reacții involuntare
- sunt prezente și la alte primate
- au elemente comune într-un anumit context, dincolo de diferențele individuale produse de ereditate sau educație

Emoțiile fundamentale au un număr variabil:

1. fericire

2. mirare
3. furie
4. tristețe
5. dezgust
6. teamă
7. dispreț (Eckman, 1984)
8. rușinea
9. culpabilitatea
10. bucuria (Izard, 1990)

Pe lângă acestea există și emoții complexe sau mixte, alcătuite din combinarea celor de bază (gelozia = teamă + furie; anxietatea = teamă + culpabilitate + tristețe + rușine). Aceste emoții sunt comune tuturor indivizilor, indiferent de mediul social și cultural din care provin, dar gradul de expresivitate facială variază. Au fost astfel diferențiați:

- internaliști – persoane cu fețe relativ inexpressive și reactivitate fiziologică internă mare
- externaliști – indivizi cu fețe expresive și reactivitate fiziologică redusă.

Expresiile universale de bază pot fi controlate conștient, în trei situații:

- conformarea la regulile culturale de exprimare a emoțiilor
- autoprezentarea într-o lumină favorabilă
- tendința de a înșela pe cineva

Controlul expresiei faciale și astfel al informației afective exprimate include trei forme:

- inhibarea reacției
- exagerarea reacției
- mimarea reacției contrare.

6. *Atitudinile și pozițiile corporale* indică, involuntar uneori, indicii privind starea psiho-socială a individului. Astfel, modul în care stăm în picioare, stăm așezați sau ne mișcăm transmit o serie de atitudini complexe, printre care pot fi remarcate cu ușurință starea socială, dorința de dominație, supunerea, ostilitatea, teama etc.

7. *Gesturile* sunt modalități obișnuite de comunicare non-verbală a informațiilor, având în cea mai mare măsură semnificație universală. Totuși, există gesturi cu o determinare culturală specifică, caracteristice așadar anumitor grupuri socio-culturale.

Gestul poate fi deliberat (comunică ceva), spontan (rezonanță a stărilor emoționale) sau poate fi simulat. Gesturile se manifestă din copilărie, fiind expansive și imitative, comunicarea prin gesturi fiind asimilată înainte de cea verbală, ulterior învățându-se gesturile implicate în conduitele civilizate, cele legate de statusuri și roluri sociale, reverențioase, legate de relațiile dintre sexe.

Gesturile servesc la îndeplinirea a cinci scopuri ale comunicării (N. Stanton, 1995):

- comunicarea informației – completând înțelesul cuvintelor sau înlocuind discursul
- comunicarea emoției
- susținerea discursului – corelându-se cu acesta
- exprimarea imaginii de sine – cu diferențe între intro- și extroverți
- exprimarea prieteniei

8. *Atingerea* este în strânsă corelație cu ideea de spațiu personal și chiar dacă este considerată cea mai veche formă de comunicare, atingerea corpului de către diferite persoane este permisă extrem de selectiv. Dacă mâinile sunt permise atingerii de către persoane chiar atunci cunoscute, fața, trunchiul, gâtul sunt interzise străinilor. Culturile occidentale prevăd norme ce au stabilit zonele corpului ce pot fi atinse de către anumite persoane, în anumite împrejurări, existând diferențe privind vârsta, sexul, statusul social ori gradul de apropiere al interlocutorului. Funcțiile comunicării tactile se împart în cinci categorii (S. Jones, E. Yarbrough, 1987)

1. atingeri care transmit emoții pozitive – exprimă afecțiune, căldură
2. atingeri în joacă – exprimă încurajare, apropiere, solidaritate
3. atingeri de control – dirijează comportamentul sau atitudinea persoanei atinse
4. atingeri rituale – exprimă formă de salut, de respect
5. atingeri în alt scop decât comunicare – ajutor, control fiziologic, nu au drept scop comunicarea, dar transmit și o serie de informații afective

În ultimul timp se discută și despre atingerea terapeutică, întâlnită în cadrul terapiei bioenergetice.

Indiciile non-verbale ale comunicării au fost clasificate în cinci grupe (N. Hazes, S. Orrel, 1997):

1. Simboluri – acțiuni sau gesturi non-verbale cu o semnificație explicită, ce poate fi exprimată și verbal
2. Ilustratorii – gesturi și acțiuni non-verbale ce însoțesc și completează comunicarea verbală
3. Manifestări specifice – indici non-verbali ce dezvăluie stările afective
4. Elemente de reglaj – gesturi și acțiuni non-verbale ce controlează și întrețin comunicarea
5. Elemente de adaptare – mișcări și gesturi ce răspund unor necesități umane și care ne permit adaptarea la anumite situații.

Comunicarea non-verbală este frecvent întrebuințată în procesele de instruire, învățământ, artă dramatică și medicină. Între indivizi există diferențe semnificative privind comportamentul non-verbal sau stilul non-verbal de comunicare, de asemenea există corelații strânse și între indicii non-verbali utilizați în comunicare, precum și între mesajul verbal și cel non-verbal transmis de individ. Între nivelul de pregătire, statusul social și disponibilitățile de vorbire ale unei persoane și numărul de gesturi utilizate de ea pentru a transmite un mesaj există de asemenea o strânsă legătură.

Comunicarea în relația medic – pacient

Proces cheie în medicină, comunicarea îmbracă mai multe forme și poate fi întâlnită în diverse situații, cea mai importantă dintre ele fiind fără îndoială cea între medic și pacient, care furnizează o mare parte din datele necesare stabilirii diagnosticului. Totodată, comunicarea devine chiar unica modalitate de tratament în cazul unor boli cronice, prin sfaturi, suporturi, informații găsindu-se stilul de viață impus de boală. Ameliorarea relației de comunicare între medic și pacient presupune înțelegerea complexității și subtilității comportamentelor interpersonale (B.H. Doblin, D. Klamen, 1997). Între *cauzele insuficienței comunicării* între medic și pacient se numără:

1. Atitudinea profesională – mulți medici afirmând că timpul consultației trebuie redus în favoarea educației de specialitate. Dacă unii medici nu oferă informații pacienților, considerând că acestea le-ar putea afecta psihicul, o altă categorie de medici consideră comunicarea informațiilor legate de boală către pacient, indiferent dacă au fost sau nu solicitate, drept o parte integrantă a îndatoririlor lor. Dacă în primul caz se poate vorbi despre o delimitare clară a rolurilor, de

control asupra consultației și de accentuare a distanței dintre ele, în a doua categorie se regăsește deja o relație de reciprocitate, medicul recunoscând în pacient un factor activ pe tot parcursul desfășurării relației medicale.

2. Stiluri de interviu – s-au diferențiat mai multe stiluri de interviu, printre care se numără: birocratic (cel mai comun, sondaj eficient, limitare a sensibilității pacientului, nediferențiere în funcție de pacient), orientat spre persoană (empatia și conștientizarea sentimentelor pacienților sunt obiectul comunicării), orientat spre pacient, orientat spre medic.
3. Problema incertitudinii – este des întâlnită în cazul bolilor cronice, unde etiologia lor nu este suficient cunoscută, astfel neputându-se oferi informații satisfăcătoare. Menținerea incertitudinii este și o practică de menținere a controlului asupra pacientului și tratamentului.
4. Neîncrederea pacientului – la această neîncredere o contribuție importantă își aduce și diferențierea socială impusă de medici în procesul de comunicare a informațiilor legate de boală, dar și modul în care se răspunde pacienților ce solicită informații.
5. Perspective diferite ale medicului și pacientului – perspectiva medicului se îndreaptă spre raționamentul științific și datele psiho-clinice în evoluția bolii, în timp ce pacientul acordă importanță experienței subiective a bolii și semnificației duratei acestei experiențe.
6. Dificultăți legate de înțelegere și memorie – apar atunci când informațiile furnizate pe parcursul consultației nu sunt înțelese ori sunt uitate într-un timp relativ scurt după consultație. Între factorii care contribuie la aceste aspecte se numără vocabularul tehnic al medicilor, agitația pe care o produce vizita medicală, cantitatea prea mare de informație furnizată uneori de către medic, chiar și într-un limbaj comun, selecția convenabilă a informației de către pacient.

Efectele comunicării adecvate în practica medicală:

1. Controlul durerii postoperatorii – fenomen fiziologic identic la toți indivizii, durerea presupune, pe lângă „senzația de durere” cu răspunsurile ei imediate și o serie de stări afective asociate în „experiența durerii”. Comunicarea cu pacienții înainte de actul operator reduce atât nervozitatea acestora, care este legată de durere, cât și durerile postoperatorii, contribuind la îmbunătățirea stării lor fizice.

2. Reducerea anxietății și stresului preoperator – neliniștea dinaintea intervenției chirurgicale influențează starea pacientului, uneori fiind necesară mărirea dozei de anestezic. O bună comunicare cu pacientul înainte de actul operator contribuie la optimizarea stării fiziologice generale a pacientului, la reducerea stresului și la scăderea complicațiilor somatice care survin după operație.
3. Respectarea indicațiilor medicale – mulți pacienți nu respectă întru totul recomandările medicului privind tratamentul pe care trebuie să îl urmeze. La originea acestei atitudini se găsesc doi factori principali, calitatea consultației și durata tratamentului, dar și lipsa de comunicare dintre medic și pacient. Nerespectarea indicațiilor medicale crește astfel atunci când medicul nu oferă explicații privind natura și cauzele bolii ori când manifestă dezinteres în implicare pacientului într-o relație de colaborare având drept scop ameliorarea stării de sănătate. S-a realizat astfel un model de coparticipare la decizia privind tratamentul adecvat (C. Charles, 1997):
 - a) medicul și pacientul sunt participanți în luarea deciziilor medicale
 - b) ei trebuie să își transmită reciproc informațiile pe care ele dețin
 - c) ei trebuie să facă pași în direcția consensului necesar pentru aplicarea metodei de tratament adecvată
 - d) ei trebuie să ajungă la un acord asupra tratamentului aplicat.
4. Satisfacția pacientului față de îngrijirea medicală primită – pacienții au tendința de a pune accent pe calitățile personale ale medicului, în defavoarea abilităților tehnice, profesionale. Buna comunicare medic – pacient va conduce la scăderea nemulțumirii celui din urmă în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale primite și a acuzelor de neglijență profesională.

Metode de îmbunătățire a comunicării în practica medicală

Pentru eficientizarea relației de comunicare între cei doi actori ai actului medical, au fost elaborate câteva sugestii (Ley, 1976):

1. îndrumările și recomandările să fie date la începutul interviului
2. să fie accentuată importanța recomandărilor și indicațiilor medicale
3. să se folosească propoziții și cuvinte scurte
4. informația ce trebuie comunicată să fie furnizată în propoziții clare

5. recomandările să fie repetate
6. să fie furnizate informații concrete, precise, în mod detaliat, mai degrabă decât informațiile generale.
7. să fie date și informații scrise pacientului, pentru a se putea orienta atunci când este cazul.
8. desemnarea unei persoane specializate în comunicare a cu pacientul din rândul echipei terapeutice.

7. SĂNĂTATEA, PRODUS AL UNUI STIL DE VIAȚĂ ADECVAT.

Două concepte își găsesc în acest caz terenul propice de desfășurare: stilul de viață și modul de viață.

Modul de viață se referă la elementele obiective ale traiului, la condițiile materiale, economice și sociale ale vieții, între indicatorii săi numărându-se (A. Roth, 1996):

- natura muncii (ocupației, profesiei) și durata ei
- învățământul, calificarea profesională și accesibilitatea formelor acestora
- rezidența și circulația (timpul afectat și mijloacele de transport disponibile și utilizate)
- locuința (m^2 /persoană) și echipamentul acesteia (gradul de confort)
- condiții de igienă și asistență sanitară (accesibilitatea acesteia)
- mijloace de comunicare, telecomunicare
- informație și cultură
- timpul liber (durata și folosirea acestuia)
- sistemul tradițiilor, obiceiurilor și moralei

Acești factori, prin evoluția lor istorică, își aduc aportul la crearea profilului psihologic al unei populații, la formarea personalității indivizilor și la structurarea relațiilor sociale. Orice mod de viață este produsul unei istorii, reflexul unei culturi și al unor tradiții specifice, fiecare societate având un mod specific de viață. Un factor ce contribuie la diferențierea tipurilor de societăți pe baza modului de viață este distribuția, cuantumul și utilizarea veniturilor și a bunurilor materiale.

Astfel, în cazul societăților de tip tradițional-agrar cheltuielile preponderente sunt cele pentru nevoile primare, de alimentație, în timp ce în cazul modului de viață urban, cheltuielile familiale se orientează spre produsele industriale care satisfac necesități secundare, iar în cazul societăților post-industriale se deplasează preponderent spre nevoia de servicii.

Modul de viață postindustrial are tendința de globalizare și este unul contruit în jurul automobilului, al echipamentului domestic, electronic, al telecomunicațiilor și al mediilor de informare. Acest mod de viață va fi asimilat de populațiile care ajung la nivelul de dezvoltare atins de țările occidentale în prezent.

Stilul de viață – se referă la aspectul subiectiv al modului de viață, reprezentând opțiunea individului și direcția spre care se orientează manifestările sale particulare. La baza acestei opțiuni se află anumite credințe, imagini și reprezentări ale individului despre lume și viață, care îl dirijează în acțiuni și alegeri și care îl pot conduce la reușită sau eșec. Astfel, stilul de viață se referă la decizii, acțiuni și condiții de viață care afectează sănătatea persoanelor, apărând riscurile autoasumate (tabagismul, abuzul de droguri, excesele alimentare sau subnutriția, alcoolismul, promiscuitatea sexuală, condusul auto imprudent, sedentarismul, munca în exces, stresul profesional, etc.), o parte dintre acestea fiind și impuse de condițiile sociale.

Stilul de viață constă din combinații ale diferitelor practici și deprinderi comportamentale și condiții de mediu ce reflectă modul de viață, influențate de antecedentele familiale, condițiile culturale și socio-economice ale persoanei. Altfel spus, stilul de viață este tipul de comportament repetitiv, habitual, condiționat de nivelul de cultură și de nivelul de trai, aflat sub controlul limitat al familiei și individului, în cadrul impus de resursele economice. Modificarea stilului de viață implică deci schimbarea concomitentă a comportamentului personal și a condițiilor de viață.

Primele abordări ale stilului de viață aparțin lui Alfred Adler în psihologie și lui Max Weber în sociologie. Adler a legat stilul de viață de procesul de structurare a personalității în funcție de eul ideal, complexul de inferioritate, complexul de superioritate și sentimentul de comuniune socială. Pe baza acestui model, au fost propuse ulterior 14 tipuri generale ale stilului de viață: Descurcărețul, Controlorul, Conducătorul, Corectul, Superiorul, Simpaticul, Binevoitorul, Opozantul, Victima, Martirul, Copilarosul, Neadaptatul, Pasionatul și Placidul. Ulterior s-a mai realizat o tipologie a stilurilor de viață folosind descrieri împrumutate din lumea animală:

- Tigrul – agresiv, autoritar, ambițios
- Cameleonul – conformist, flexibil
- Broasca țestoasă – retras, discret, serios, zelos, descurcăreț, echilibrat
- Vulturul – individualist, egoist
- Somonul – dârz, opozant

Max Weber a definit stilul de viață în dependență de doi factori: comportamentul în viață (opțiunile avute în alegerea unui anumit stil de viață) și șansele de viață (probabilitatea realizării practice a acestor opțiuni personale, ținând cont de condițiile structurale necesare pentru susținerea unui anumit stil de viață). Astfel, el

îmbină opțiunile individuale cu constrângerile social-economice în operaționalizarea conceptului de Lebensstil.

Stilul de viață poartă amprenta modului de viață al comunității și al grupului în care persoana s-a născut și s-a format. Opțiunile în funcție de care se structurează stilul de viață sunt individuale, dar valorile, reprezentările, țelurile și aspirațiile care impun aceste opțiuni au determinare socială. Astfel, dacă modul de viață se referă la aspectele exterioare ale vieții, la condițiile economice și sociale, stilul de viață privește modul în care omul și grupurile sociale valorizează aceste condiții, în funcție de anumite opțiuni valorico-normative.

Evaluarea stilurilor de viață și a modurilor de viață este importantă pentru stabilirea calității vieții pe care o pot asigura. Există așadar stiluri de viață defavorabile pentru sănătate precum și stiluri de viață favorabile sănătății (abstinență tabagică, consum moderat de alcool, fitness, dietă echilibrată și variată, evitarea consumului de droguri, prudență în traficul rutier, prudență în viața sexuală, folosirea strategiilor adecvate de ajustare a stresului profesional). S-a realizat chiar o suită de 7 porunci pentru un stil de viață favorabil (N. Belloc, L. Breslow, 1972):

1. Nu fumați
2. Consumați alcool în cantități moderate
3. Nu săriți niciodată peste micul dejun
4. Păstrați-vă greutatea corporală în limitele ideale
5. Serviți 3 mese pe zi la ore fixe și evitați gustările între mesele principale
6. Practicați exerciții fizice moderate de 2-3 ori pe săptămână
7. Dormiți cel puțin 7-8 ore pe noapte.

Stilul de viață poate fi:

- pozitiv (comportamentele nu se abat de la standardele normale)
- negativ (abaterile se constituie în factori de risc)

Stilul de viață negativ este determinat de doi factori:

- factorul socio-economic
- factorul cultural-educativ

Efectele stilului de viață asupra sănătății sunt de două feluri:

- directe (fumatul și alcoolul constituie riscuri de cancer pulmonar sau de ciroză, alimentația bogată în colesterol are rol etiologic în aterogeneză)
- mediate (agravarea diabetului zaharat, a hipertensiunii arteriale, etc.)

8. SISTEME DE SANATATE. CARACTERISTICI SI EVALUARI.

Întrucât sănătatea reprezintă o valoare fundamentală pentru individ și societate, o resursă a dezvoltării vieții sociale în ansamblul ei, orice societate tinde să-și valorifice sănătatea ca resursă funcțională și să organizeze un sistem de protecție împotriva bolii, organizat astfel încât să asigure depistarea, îngrijirea și restabilirea celor afectați.

Sistemele de asigurare a sănătății au apărut începând cu a doua jumătate a secolului al XIX-lea, în cadrul programelor de protecție socială inițiate la presiunea mișcărilor sindicale, muncitorești și a diverselor grupări politice. Prin perfecționarea acestor programe s-a ajuns la conceptul de „securitate socială” utilizat în 1935 în SUA, termen prin care se înțelege protecția pe care o asigură societatea pentru membrii ei, printr-o serie de măsuri publice, împotriva problemelor economice și sociale cauzate de pierderea sau reducerea substanțială a veniturilor datorită îmbolnăvirii, invalidității, bătrâneții sau morții. Securitatea socială devine astfel expresia solidarității financiare dintre membrii unei societăți, în virtutea unui principiu conform căruia „mărimea cotizației nu se face în funcție de probabilitatea producerii evenimentului contra căruia se face asigurarea, ci în funcție de venit” (D. Anvers, 1991). Sistemele de asistență presupun ajutarea minorităților lipsite de resurse de către colectivitate, neadmițându-se astfel excluderea unor categorii sociale, spre deosebire de asigurările facultative ce pot fi contractate individual și sunt o cumpărare de drepturi.

Primul sistem de asigurări sociale a fost creat de Bismarck, între anii 1883-1889, debutând prin asigurarea de boală condusă prin fondurile de ajutor mutual existente și ulterior apărând asigurările privind accidente de muncă operate de asociațiile patronale și cele de invaliditate și bătrânețe, în administrația locală. Deja muncitorii, patronii și statul, ca parteneri sociali, aveau roluri, drepturi și obligații în conducerea sistemului ca întreg. Asigurările sociale erau finanțate prin contribuții și erau obligatorii pentru salariații pentru care fuseseră create. După anii '30 sistemele de asigurări sociale se extind în multe din țările lumii, iar în perioada postbelică, prin sistemul propus de William Beveridge, înregistrează un salt calitativ. El a considerat că orice sistem satisfăcător de asigurări sociale trebuie să se bazeze pe trei elemente:

- alocații pentru copii, cerințele familiilor cu copii trebuind să fie satisfăcute mai bine prin alocații universale, indiferent dacă susținătorii au sau nu de lucru

- serviciu național de sănătate care să furnizeze îngrijire acolo unde este necesar fără condiția de plată a indivizilor și care înlocuiește rolul asigurărilor de sănătate, menținând o populație sănătoasă.
- asigurarea de către guvern a forței de muncă și prevenirea șomajului în masă.

În conformitate cu modul de finanțare, se cunosc patru tipuri fundamentale de sisteme de sănătate:

Sistemul asigurărilor private – este preponderent în SUA, Thailanda, Africa de Sud, Filipine, Nepal și este excepția în țările Europei Occidentale. A apărut ca rezultat al politicii economice americane potrivit căreia sectorul particular și mecanismele pieței libere conduc la o mai bună funcționare cu cheltuieli mai mici și, totodată, a cuantificării sănătății drept un bun de consum pe care individul îl cumpără în funcție de posibilități, fără ca societatea să fie obligată să furnizeze cuiva îngrijire medicală. Nu există un sistem de asigurări pentru caz de boală generalizat, cheltuielile publice alocate sănătății sunt minime și, de asemenea, nu există asigurare obligatorie de boală, individul adresându-se unei companii private de asigurări. În anii '60, în SUA, au fost totuși inițiate programe sociale de asigurare medicală a populației destinate persoanelor cu venituri reduse și persoanelor în vârstă de peste 65 de ani, ce furnizează protecție împotriva costurilor ridicate ale spitalizării și ale plății medicilor.

Avantaje ale sistemului asigurărilor private:

- alegerea furnizorului și a gamei de servicii
- transparență în costurile și beneficiile oferite de sistem
- finanțarea nu depinde de obiectivele politice stabilite pe termen scurt
- finanțarea directă îl face pe consumator să fie conștient de costul îngrijirii sănătății, determinându-l să adopte un stil de viață preventiv

Dezavantaje ale sistemului asigurărilor private:

- lipsa echității în contribuția cetățenilor la finanțarea sistemului medical
- slaba acoperire a populației cu servicii de sănătate
- dificultatea de a controla cheltuielile medicale globale (la nivel național)
- accesibilitatea scăzută la asistență medicală a populației defavorizate
- costurile ridicate implicate de companiile de asigurare și onorariile ridicate ale medicilor.

Sistemul național de sănătate bazat pe finanțarea centrală – întâlnit în Anglia, Suedia, Danemarca, Norvegia, Grecia, Arabia Saudită, Israel, Noua Zeelandă,

Canada, Portugalia, Italia, Spania, are atât dimensiuni sociale cât și economice. Fondurile destinate sănătății sunt colectate prin intermediul sistemului fiscal, iar acoperirea cu servicii medicale se realizează prin înscrierea fiecărui individ pe lista de pacienți ai medicului generalist preferat, fără a se folosi drept criteriu capacitatea de plată a cetățeanului. Gradul de echitate a sistemului depinde de modalitatea de impozitare aleasă, iar sumele alocate asistenței medicale sunt stabilite de Parlament. Finanțarea prin impozite generale nu presupune doar existența unui sistem sanitar public, din banii colectați finanțându-se atât furnizorii de sănătate publici, cât și cei privați. Plata medicilor în acest sistem are la bază fie capitația, fie salariul.

Avantaje ale sistemului de finanțare centrală:

- echitatea în finanțare
- acoperirea largă și reglementată cu servicii de sănătate
- posibilitatea controlului asupra cheltuielilor medicale totale

Dezavantaje ale sistemului de finanțare centrală:

- lipsa participării individuale la deciziile de finanțare
- lipsa de transparență în finanțarea unor costuri pentru servicii medicale adiționale
- posibilitatea afectării finanțării sistemului medical de deciziile politice pe termen scurt.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate (de tip Bismarck) – este prezent în țări precum Germania, Franța, Belgia, Japonia, Australia, Brazilia, Egipt, India și are ca principală sursă de finanțare contribuțiile obligatorii plătite de angajatori și angajați. Fondurile adunate sunt dependente de numărul persoanelor active și cotizante, iar rezultatele sunt legate de echilibrul între numărul acestora și cel al beneficiarilor de servicii medicale. Acest lucru conduce la apariția dificultăților în perioadele cu rate înalte ale șomajului, atunci când scade numărul cotizanților, fiind necesară intervenția de la buget pentru a nu crește prima de asigurare. Asistența sanitară pentru categoriile de persoane ce nu activează pe piața muncii (șomeri, pensionari, copii, elevi, studenți) este suportată de stat. Fondurile obținute nu sunt stabilite de Parlament, ci se stabilesc în funcție de capacitatea financiară a cetățenilor, indiferent de starea lor de sănătate, toți trebuind să aibă acces la îngrijirile medicale. Palta medicilor se face după numărul de prestații acordate, existând astfel riscul consumului indus și al inflației de servicii.

Avantaje ale sistemului de asigurări sociale de sănătate:

- transparența mai mare a contribuțiilor și beneficiilor sistemului pentru cetățean
- finanțarea sistemului medical este legată de nivelul veniturilor
- finanțarea este independentă de schimbarea priorităților politice

Dezavantaje ale sistemului de asigurări sociale de sănătate:

- reducerea bazei de contribuții în perioadă de recesiune economică
- finanțarea este strâns dependentă de gradul de ocupare ori șomaj al forței de muncă
- impune costuri mai mari pentru agenții economici.

Sistemele socialiste – au fost întâlnite în țările cu acest sistem politic, având următoarele caracteristici:

- serviciile medicale sunt caracterizate un drept legitim al fiecărui individ, fără cheltuieli personale considerabile
- furnizarea serviciilor medicale cade în sarcina guvernului și a organismelor sale la nivel central și local
- serviciile medicale preventive și terapeutice sunt integrate, cu accent pe asistența medicală preventivă
- resursele și serviciile medicale sunt planificate centralizat
- politica sanitară este decisă de către autoritățile politice și medicale centrale, fără participarea cetățenilor
- datorită caracterului limitat al resurselor, sistemul sanitar acordă prioritate îngrijirii sănătății muncitorilor și copiilor
- toate componentele sistemului sanitar sunt subordonate unei autorități centrale unice – Ministerul Sănătății
- activitatea medicală privată nu este interzisă, dar este supusă unor reglementări drastice
- întreaga activitate medicală trebuie să se bazeze pe principii științifice, astfel încât activitățile medicale paraștiințifice sunt îngrădite.

Încă de la apariția lor, sistemele medicale și de asigurări medicale din întreaga lume se confruntă cu o serie de probleme structurale:

- greșita alocare a resurselor financiare
- inechitatea accesului populației la serviciile medicale preventive, curative și recuperatorii

- ineficiența cheltuirii fondurilor destinate sănătății
- creșterea explozivă a costurilor asistenței medicale.

Principalele criterii de evaluare a sistemelor de sănătate sunt:

- echitatea în finanțare
- gama de servicii pe care le acoperă
- gradul de acoperire a populației
- eficiența
- transparența
- libertatea de alegere
- accesibilitatea
- stabilirea finanțării
- procentul cheltuielilor din PIB pentru sănătate
- satisfacția populației față de îngrijirea sănătății

9. METODE SI TEHNICI DE CERCETARE IN SOCIOLOGIA MEDICALA

Metoda este ansamblul de procese și tehnici folosite în activitatea de cercetare științifică. În sociologie metoda se referă la ansamblul procedeeleor și tehnicilor de culegere și prelucrare ale datelor empirice, în vederea confirmării sau infirmării unor teorii sau ipoteze științifice. Metodologia se referă la procesul de cercetare, la perspectiva teoretică adoptată în procesul cunoașterii realității de către cercetător. În sociologia medicală, sunt utilizate trei perspective metodologice complementare:

- perspectiva pozitivistă (studiază cauzele fenomenelor socio-medicale)
- perspectiva fenomenologică sau interpretativă (dezvăluie sensul actelor socio-medicale)
- perspectiva critică (studiază structurile sociale opresive, inegalitățile sociale și rolul lor în dinamica vieții socio-medicale).

Metoda de cercetare sociologică include următoarele elemente:

- enunțurile teoretice fundamentale admise ca referințe pentru structura patradigmatică a unei teorii ce se transformă în principii metodologice de abordare a realității sociale.
- metodele și tehnicile de culegere a datelor empirice (observația, experimentul, ancheta, studiul de caz, experimentul clinic, trialurile clinice).
- tehnicile și procedurile de prelucrare a datelor empirice, de ordonare, sistematizare și corelare a acestora, pentru dezvăluirea semnificațiilor lor teoretice.
- procedeele de analiză, interpretare și construcție sau reconstrucție teoretică, pe baza setului de date empirice, în vederea elaborării de descrieri, tipologii, explicații și predicții teoretice.

Cercetarea sociologică include următoarele etape:

- alegerea problemei, a temei de cercetare în funcție de teoriile sociologice relevante și de experiența de cercetare în domeniu
- studiul bibliografiei, pentru a afla ce alte cercetări s-au mai întreprins în domeniul temei alese, delimitarea clară a obiectivelor cercetării
- operaționalizarea conceptelor, care presupune:
 - definirea conceptelor din punct de vedere teoretic
 - meditația asupra diferitelor aspecte ale conceptului și descompunerea sa în dimensiuni ce acoperă sensul conceptului investigat

- elaborarea indicatorilor fiecărei dimensiuni
- selectarea unuia sau mai multor indicatori pentru fiecare dimensiune
- elaborarea de întrebări adecvate pentru a culege cu ajutorul lor informații pertinente despre fiecare indicator
- stabilirea ipotezelor de lucru
- alegerea metodelor și tehnicilor de investigație cele mai adecvate:
 - observația propriu-zisă, care poate fi exterioară sau coparticipantă, cercetătorul implicându-se în viața grupului cercetat
 - interviul, realizat direct sau prin telefon pe baza unui ghid de interviu
 - ancheta, folosind chestionarul drept instrument de cercetare, care poate fi directă sau indirectă (cu autocompletare)
 - analiza documentelor sau analiza secundară a datelor înregistrate în biografii, documente scrise personale sau instituționale, statistici oficiale, etc.
 - experimentul social care presupune analiza relațiilor dintre variabila independentă și cea dependentă în grupul experimental comparat cu grupul de control, mai des întâlnit în psihologie și psihologia socială
 - analiza de conținut pentru desprinderea conținutului tematic dominant prezent în materiale scrise.
- construcția instrumentelor de cercetare (chestionarul și interviul) care trebuie să îndeplinească două cerințe majore:
 - fidelitatea reprezintă capacitatea de a reproduce în mod consistent anumite însușiri constante ale mediului studiat. Un instrument de măsurare aplicat în mod repetat la același obiect va da aceleași rezultate de fiecare dată.
 - validitatea desemnează capacitatea instrumentului de măsurare de a dezvălui ceea ce urmărește să obțină prin cercetare, precizia cu care datele empirice măsoară dimensiunile conceptului cercetat.
 - fiabilitatea anchetelor depinde de fiabilitatea instrumentului de cercetare (chestionarul), respectându-se în acest sens următoarele norme:
 - întrebările să nu fie prea generale și imprecise
 - să se folosească un limbaj accesibil pentru subiecți, să se elibereze de prejudecățile operatorului
 - întrebările să fie lipsite de ambiguități
 - cuvintele vagi, care atrag răspunsuri vagi, trebuie evitate

- evitarea întrebărilor care sugerează răspunsul
 - utilizarea unor întrebări ocolitoare în cazul problemelor delicate, personale, intime
 - evitarea întrebărilor ipotetice care dau și răspunsuri ipotetice
 - formularea atentă a întrebărilor referitoare la probleme și situații personale, stigmatizante
 - evitarea întrebărilor ce afectează drepturile civile ale persoanei anchetate
 - sporirea atenției la întrebările bazate pe memorie
- delimitarea universului de studiu și a eșantionului, eșantionul reprezentativ constituind o colecție de cazuri din populația investigată, care din punct de vedere statistic este tipică pentru populația respectivă.
 - organizarea activității practice de cercetare, planificându-se desfășurarea în timp a studiului, procurarea și distribuirea mijloacelor materiale și stabilirea sarcinilor fiecărui membru al echipei de cercetare.
 - inițierea și realizarea studiului pilot, o modalitate de testare a validității și fidelității instrumentelor de culegere a datelor, familiarizarea operatorilor și obținerea de sugestii pentru prelucrarea datelor. Poate include două etape: studiul pre-pilot, în care se testează doar proiectul de chestionar sau interviu și studiul pilot complet, în care se verifică toate fazele cercetării, pe un grup mai mic decât eșantionul proiectat.
 - culegerea datelor se realizează de către cercetător cu ajutorul metodelor, tehnicilor și instrumentelor de cercetare aplicate populației selectate în eșantion, reprezentând o măsurare a unor variabile empirice stabilite prin procesul de operaționalizare a conceptelor. Pentru ca procesul de cercetare să fie eficient, datele trebuie să fie fiabile și valide, măsurarea fiabilă presupunând precizie și lipsă de distorsionare sistematică (bias).
 - factori de variație a datelor culese, care determină precizia studiului, împărțiți în mai multe categorii:
 - variație intra-observatori
 - variație inter-observatori
 - variația instrumentelor de măsurare
 - variația subiecților.