

Lékařská sociologie je nejmladším odvětvím empirické sociologie. V zemích, kde je nejpokročilejší, je stará asi 14 let, ale rychle se rozvíjí. Zprávy o sociálně medicínských pracích se nyní pravidelně objevují v sociologických časopisech a rostoucí měrou v lékařských periodikách zabývajících se obory spřízněnými se sociologií nebo speciálními lékařskými problémy, jako jsou např. stárnutí, duševní zdraví, srdeční a cévní onemocnění, rakovina, tuberkulóza, rehabilitace invalidů. V posledních třech letech vychází speciální anglicky psaný časopis¹ a bylo publikováno několik knih na tato témata². V rámci Mezinárodní sociologické asociace působila od r. 1964 sekce lékařské sociologie, kterou založili zástupci z Kanady, Chile, Francie, Velké Británie, NSR, NDR, Jugoslávie, Mexika, Holandska, Polska, Sovětského svazu, Švédska a USA. Sociálně lékařská témata jsou pravidelně projednávána na konferencích a schůzích sociologů a stále častěji se o nich jedná na kongresech věnovaných různým odvětvím medicíny.

Tato práce je zaměřena na některé problémy lékařské sociologie, zvláště na ty, které se týkají Polska.

I. Rozvoj lékařské sociologie

Lékařská sociologie byla poprvé uznána za odvětví sociologie v padesátých letech v USA. Medicína projevila o ni zájem částečně proto, že se pátralo po měřitelných jevech: takové jevy lze ve zdravotnictví a v medicíně nalézt snadno. Vynikající sociologové jako Parsons, Merton,

Hall atd. značně obohatili svou teorii, když se začali zajímat o medicínu³.

Často vyvstává otázka, proč se sociologie tak pozdě začala zabývat medicínou. Sociologie věnovala velkou pozornost velmi různým institucím, jako rodině, výchově, náboženství atd., ale až do roku 1941 nebylo ani jediné důležité publikace, která by zkoumala chování lidí zdravých, nemocných nebo léčených, ani chování lékařů a zdravotních sester během jejich studia a v praxi. Tento typ chování byl uznáván jediné kulturními antropology a byl odkázán do domény náboženství a čarodějnictví. Výjimku mezi sociology představoval Bernard Stern (americký marxista), který se zabýval medicínou již ve dvacátých letech tohoto století. Teprve teď, více než dvanáct let po Sternově smrti, ho začali někteří američtí sociologové nazývat „otcem lékařské sociologie“.

V posledních letech se však lékařská sociologie začala vyvíjet rychleji než jiná sociologická odvětví. To lze pravděpodobně přičíst skutečnosti, že medicína představuje vhodnou půdu pro lepší znalost chování: naše kultura totiž přijímá cíle medicíny adekvátně, takže nevyvolávají vážné morální kontraverze, neboť nedávají důvod k námitkám. Zdraví je skutečně všeobecnou, nebo — jak je někdy zvané — technickou hodnotou.

Kromě toho si lékaři uvědomili, že sociální problémy v medicíně — právě tak jako problémy přírodních věd — vyžadují určité specialisty. Medicíně totiž dlouho pomáhali přírodovědci: fyzikové, chemikové a biologové. Ale kategorie přírodních věd, na nichž spočívá moderní medicína

¹ Journal of Health and Human Behavior
(vyd.): R. K. Merton, G. Reader, P. I. Kendall
(vyd.): The Student-Physician, 1957. — R. König, M. Tönniesman (vyd.): Probleme der Medizin-Soziologie, 1958. — E. Garity Jaco (vyd.): Patients, Physician's Illness. — B. Smulewicz: Kritika sovremennoj buržuaznoj gigtijeny i medicínskoj sociologii, 1960. — M. Pflanz: Sozialer Wandel und Krankheit, 1962. — M. W. Susser, W. Watson: Sociology

in Medicine, 1962. — E. Freidson (vyd.): The Hospital in Modern Society, 1963 — H. E. Freeman, S. Levine, L. G. Reeder (vyd.): Handbook of Medical Sociology, 1963 — A. Cartwright: Human Relations and Hospital Care, 1964

³ např. T. Parsons: The Social System, Chapter X, 1951. — R. K. Merton: Theoretical and Historical Context of Sociology of Medical Education, 1957. — O. Hall: The Stages of a Medical Career, 1948

i se svou sociální sférou, se nehodí k výzkumům a řešení některých ožehavých problémů naší doby.

Sociální obsah lékařství je tak starý jako lékařství samo. Byl institucionálně uznán v 19. století, existoval v sociální medicíně Virchowově, Neumannově a Leubuscherově, v ruské medicíně venkova, v sociální hygieně Erismanově, Chlopinově, Telekyově, Grotjahnově, Solovievově a Siemaszkově. Bylo by těžké mluvit o lékařské sociologii, aniž by se vzala v úvahu činnost Marcina Kacprzaka a Brunona Nowakowského v Polsku, B. J. Smulewicz v Sovětském svazu, Andrija Stampara v Jugoslávii, Henry Sigerista v USA, nebo mnohé jiné vynikající osobnosti lékařství nebo sociální hygieny.

Sociální hygienikové upozornili na pouto mezi sociálním prostředím a etologií, rozšířením, trváním, výskytem a průběhem různých nemocí atd. dlouho předtím, než se začala rozvíjet empirická sociologie. Avšak na rozdíl od biologických faktorů, které se lékaři naučili izolovat, měřit a analyzovat za pomoci přírodních věd, nebyl dosud nalezen vědecký přístup ke všem sociálním problémům. Výsledky vědeckého zkoumání, jež tvoří medicínský arzenál a jsou považovány za základní, se v této sféře projevy jako neadekvátní. Zde je totiž třeba nových metod a výzkumných technik. Dále, sociální prostředí bylo prohlášeno za „nezměřitelný komplex materiálních faktorů“ (tak je nazval Kacprzak) a jediné kauzální vzájemné vztahy mezi sociálními faktory a lidským zdravím jsou podle tohoto autora „korelace mezi úmrtností nebo nemocí a očividnou chudobou, nebo — v širším smyslu — blahobyt vyjádřený příjmy, velikostí obydlí atd.“

Dnes, s růstem empirické sociální vědy, je možné pověřit příslušné vědce lékařskými výzkumnými problémy. První praktickou koncepcí v tomto směru vypracovali sovětscí vědci, kteří pokládají sociální hygienu za složku marxistické sociologie.

II. Sociální potřeba lékařské sociologie

Rychlý rozvoj lékařské sociologie svědčí o její společenské potřebě, k níž je mnoho

důvodů. Uvažujme o dvou obzvlášť důležitých: o nepřipravenosti medicíny řešit některé ožehavé moderní problémy (Virchow), a o demografických i sociálních změnách v industrializovaných zemích, k nimž se pojí socializované lékařství.

Nepřipravenost medicíny řešit některé ožehavé moderní problémy

Pokrok přírodních věd v 19. a na počátku 20. století, který se projevil v terapii a v boji proti masovým onemocněním, přispěl k úžasnému rozvoji medicíny. Není proto nic divného na tom, že koncem 19. a v první polovině 20. století se medicína z hlediska společenského, i svého vlastního, ztotožňovala s organickými aspekty nemoci. Ale brzy se ukázalo, že toto stanovisko bylo nezralé. Dubos o tom píše: „Řešení problémů nemoci není totéž jako vytváření zdraví a štěstí. Tento úkol vyžaduje takovou moudrost a prozíravost, jaká přesahuje specializovanou znalost léčebných prostředků a metod a vidí za veškerou jejich komplexností a propracovaností vztah mezi živými bytostmi a celým jejich okolím.“⁴

V medicíně je disonance mezi technologickými vymoženostmi a lidskými potřebami. To je snad důvodem k všeobecné nespokojenosti s lékařskou službou v industrializovaných zemích na Východě i na Západě, ač nikdy dříve nevedla tak úspěšný boj proti nemoci. Zdá se, že je přímý vztah mezi aplikací techniky v medicíně i zdokonalením lékařské dovednosti, a nedostatkem senzitivnosti k potřebám nemocných. Sociologické průzkumy v nemocnicích ve Spojených státech zjistily, že v nejdražších, nejlépe vybavených nemocnicích s početným vysoce kvalifikovaným personálem neexistuje citlivost k člověku. Takové nemocnice jsou institucemi, které léčí nemoci a ne pacienty, nemocnicemi, které se věnují případům a ne lidem.

Jen s pomocí přirozených kategorií není medicína s to se zabývat hlavními problémy tíživými dnešního člověka. Zároveň je to právě lékař, který má vzácnou možnost zápasit s konflikty epochy řádicími v lidském vědomí. Pocity nejistoty, osamělosti, podkopávání dlouho uctívaných

⁴ R. Dubos: *Mirage of Health*, 1960, p. 50

hodnot, pocit beznadějnosti, narušují člověka častěji než organické „tělesné“ změny. A přece moderní lékař bez filosofické a sociologické výzbroje je bezmocný tváří v tvář skutečностям, jež mají pro člověka základní význam. Lidé přirozeně touží po zdraví a štěstí. Avšak pro některé z nich — a snad pro všechny — tato slova v sobě zahrnují aspekty přesahující obvyklé biologické pojmy. Zdraví, po němž lidé nejvíce touží, nemusí nutně znamenat stav, jenž jim dává fyzickou svěžest a pocit zdraví, ani stav, který jim umožňuje dlouhý život; ale je to stav, který je nejvýhodnější pro dosažení cílů, jež si každý jednotlivec pro sebe formuluje. Obvyčejně nemají tyto cíle žádný vztah k biologické nutnosti; někdy jsou de facto v rozporu s biologickým prospěchem⁵.

Také jiné funkce vyvěrají z postavení lékaře ve společnosti. Sociální problémy, jejichž význam v industrializovaných zemích stále vzrůstá, vyžadují jeho aktivní účast jakožto vůdce a rádce. Patří sem např. stárnoucí obyvatelstvo, automatizace, pracující žena, změny v rodině, volný čas, odpočinek a rekreace, zločinnost mládeže, rehabilitace neschopných práce a mnoho jiných problémů. Hlas medicíny je neúměrně slabý v mezioborové teoretické i praktické činnosti, jež se na celém světě věnuje těmto otázkám. Tento stav věci byl hlavně způsoben nedostatečnou sociální orientací moderní medicíny. Před více než 100 lety prohlásil Rudolf Virchow, který byl otcem, vynálezcem a průkopníkem sociálního lékařství: „Teď už nestačí léčit nemocné léky a předepisovat jim dietu, nebo se starat o to, jak bydlí a zda se správně oblékají. Lékařství bylo nenápadně zataženo do sociologie, která před ním staví ožehavé problémy současného života“⁶.

Demografické a sociální změny v industrializovaných zemích. Socializovaná medicína

Zvláště v industrializovaných zemích dochází ke značnému prodloužení délky života. To je hlavně důsledkem snížení dětské úmrtnosti (jen pokles úmrtnosti v prvním roce života prodloužil průměrnou

délku života asi o 10 let). V industrializovaných zemích se zvýšilo také procento starších lidí v celku obyvatelstva. To platí také o Polsku: lidé starší než 60 let tvořili v r. 1960 9,6 % obyvatelstva. Kolem r. 1975 bude toto číslo 12,2 %. Z toho vysvítá, že zvýšení se týká těch dvou skupin, které nejvíce potřebují lékařskou péči, totiž dětí a starých lidí; to staví medicínu před nové problémy.

Socialistická industrializace od základu změnila tvářnost medicíny. Výrazně se zvýšil počet pojištěnců, tj. těch, o něž pečují socialistické zdravotnictví. Dnes se obracejí na lékařské instituce všeho druhu také lidé, kteří dříve až do svého středního nebo vysokého věku nikdy nenavštívili lékaře. Nesmírně vzrostla potřeba lékařské péče a nároky na ni kladené, které často převyšují dané možnosti. Příkladem toho je mj. rozvoj nové formy ochrany zdraví v lidovém Polsku, totiž závodního lékařství. Tato nová lékařská služba zahrnuje průmyslové dělníky v masovém měřítku a vyvolala mezi pracujícím obyvatelstvem země nebývalé potřeby a požadavky na lékařské povolání. Tím, že se profesionální služby maximálně přiblížily k dělnictvu, naučili se dělníci jednak lékařských služeb používat, jednak si jasněji uvědomovat své potíže a fyzické nedostatky. Kde by před několika léty byla stačila zdravotní sestra, dnes je žádána služba lékařská. Kde nedávno bylo nejvyšším přáním být ošetřen jedním lékařem, tam jsou dnes žádáni všemožní specialisté.

Jiným jevem specifickým pro socialistické země je fakt, že lékařství se stalo ženským povoláním. Zároveň se snížil průměrný příjem lékaře. To pak zase snížilo přitažlivost tohoto povolání pro muže a posílilo jeho ženskou složku.

Velké procento lékařek mělo významný vliv na vytváření struktury, distribuce míst podle pohlaví a různých zvláštních lékařských oborů, a na vývoj lékařské vědy a techniky. Kromě toho se v posledních několika letech zmenšil jak počet uchazečů obojího pohlaví o studium na lékařských fakultách, tak zájem studentů škol druhého stupně o medicínu.

Spolu s tím, jak se instituce stávají

⁵ op. cit. P. 219

⁶ R. Virchow: *Upper Silesia*, 1848

komplexnějšími, mají sociální změny tendenci navozovat stále rostoucí správní byrokratizaci také v moderní medicíně na Východě i na Západě. Jejich možnosti a pole působnosti rostou se zaváděním nových systémů sociální organizace a technologických novot. Současně vzrůstají úkoly kladené na lékařství.

Vztah lékař — pacient se v základě mění. Dříve se oba setkávali v domově nemocného, pak častěji v lékařově ordinaci. Obě tato místa setkání podporovala osobní charakter vztahu, obzvláště proto, že obyčejně týž lékař léčil nemocného a jeho rodinu po dlouhou dobu. Rodinný lékař — hlavní spojovací článek zdravotní služby — prošel krizí na Západě i na Východě. Ani středisko, zaměstnávající mnoho lékařů, ani nemocnice — kde pacient a lékař se dnes nejčastěji setkávají — neposkytují intimitu nebo čas, jichž je třeba pro správný kontakt. Nejčastěji několik lékařů a mnoho jiných osob je zahrnuto v novém systému vztahů mezi pacientem a lékařem. A to také platí o stále se měnícím personálu zdravotní služby: o zdravotních sestrách, technicích, laborantech, zaměstnancích v kancelářích, hygienicích atd. Tyto změny jsou nevyhnutelným důsledkem pokroku lékařské vědy. Ani pacientův domov, ani soukromá ordinace lékaře nemají zařízení a možnosti moderních středisek socializované medicíny k diagnóze a léčení nemoci. Kromě toho v socialistických (a částečně také v kapitalistických) zemích došlo k základní změně v sociálním statusu lékaře: z příslušníka svobodného povolání se stal úředník nebo zaměstnanec.

Všude dochází ke změně stanoviska k odpovědnosti za zdravotní stav lidí. Jsou různá stanoviska, počínaje těmi, která převládají zejména v USA a v ostatních kapitalistických zemích, že totiž zdraví člověka je jeho věcí a jeho zájmem, a konče stanoviskem všeobecně přijatým v socialistických zemích — a vzrůstající měrou v některých kapitalistických zemích —, že zdraví jednotlivce je věcí společnosti, která za ně odpovídá.

V socialistických zemích je právo pracujících na ochranu zdraví zaručeno a chráněno jejich ústavami. Odstranění hlavních ekonomických překážek, jež se stavěly v cestu možnosti využít lékařské péče, zpřístupnilo tuto péči širokým vrst-

vám. Ve všech typech lékařské služby došlo k integraci profylaktických opatření a terapie.

V kapitalistických zemích přetrvává rozdíl mezi vydáním za léčebnou péči a náklady na preventivní lékařství, které jsou úplně hrazeny ze státních nebo veřejných fondů. Přece však i zde zřejmě dochází ke změnám. Stále více je kritizována zásada oddělování preventivního lékařství od léčebné péče a stále častěji se projevuje mínění, že za všechny zdravotní záležitosti odpovídá společnost.

Technický pokrok a stále rostoucí potřeba vyhledávat lékařské ošetření způsobily pronikavý vzrůst nákladů na zdraví. V r. 1952 náklad na léčebnou péči tvořily 4,1 % rozpočtu americké rodiny a v r. 1962 5,7 %, tj. zvýšení o 36 %. Takové náklady na léčebnou péči převyšují finanční možnosti soukromníků a podíl státu na financování ochrany zdraví měl stoupající tendenci. V USA se podíl vládních úřadů na výdajích na zdravotnictví zvýšil z 13,1 % v r. 1928—29 na 23,5 % v r. 1959—60. Některé lékařské problémy se staly předmětem širokého veřejného zájmu a diskuse. Medicína už není takovou institucí jako dříve, kdy byla po celé dlouhé věky zahalena v tajemství, které bylo žárlivě stráženo úzkým kruhem zasvěcenců a nepodléhalo veřejnému mínění nebo kritice. Lidé dnes chtějí vědět, za co platí, a jak účinně zdravotní služba pracuje. Kdysi bylo známo o těchto věcech málo — a to nejen v Polsku. Metody hodnocení zdravotnické služby byly redukovány zejména na kvantitativní průměry, např. na počet pacientů ošetřených lékařem za určitou dobu, na průměrnou dobu hospitalizace jednoho případu, na počet nemocničních lůžek připadajících na jednoho lékaře, na počet specialistů, ambulancí, atd. Takovéto informace nijak neosvětlují nejdůležitější otázky:

— Které skupiny a kategorie používají státní, veřejné a soukromé léčebné péče?

— Které instituce ji poskytují a o jaký druh péče jde?

— Kolik je rodin a větších skupin, které platí náklady za poskytnutou lékařskou péči? Jakého jsou typu?

— Jak jsou tyto náklady vysoké?

— Jakými kritérii se řídí různé skupiny a kategorie lidí při volbě lékaře?

— Jaký lékař je pokládán za dobrého?

— Kdo ošetřuje lékaře samého?
— Proč lidé někdy nemají zájem o objektivně nejlepší lékařskou péči, jakou jen mohou mít (což lze např. pozorovat v Novém Yorku, kde pojištěnci vystoupili ze zdravotního pojištění, které sice zajišťuje nejlepší a nejlacinější lékařskou službu, ale nedovoluje svobodnou volbu lékaře?

— Proč někteří lidé vyhledávají lékařskou pomoc při nejprostší nemoci anebo hned po objevení prvního symptomu, zatímco jiní odmítají vyhledat lékaře, i když vážně onemocní?

— Proč někteří pacienti lékaře poslouchají a jiní ho neposlouchají?

— Na čem, kromě profesionální činnosti, spočívá úspěch zdravotnického opatření?

— Proč lékaři předepisují jedny léky a nepředepisují jiné?

— Proč pacienti žádají některé léky a jiné odmítají?

— Které farmaceutické prostředky jsou považovány za nejúčinnější?

— Jak se různí lidé učí být nemocničními pacienty? (neboť být nemocný a ležet v nemocnici není totéž).

— Jak pacienti snášejí život v nemocnici, když se s cizími lidmi dostanou do nového světa, jemuž málo rozumějí?

— Jak se lidé v nemocnici všeobecně cítí, jak se tam chovají?

— Jak působí sociální systémy na léčebné instituce, pokud se týká terapie, uzdravování, rehabilitace atd?

Dokázat přednost socialismu, píše Smulewicz, vyžaduje stavět nikoli na všeobecných zásadách, negujících všechno, čeho dosáhla buržoazní zdravotnická služba, ale na hluboké analýze a vědeckém srovnání obou systémů ochrany zdraví⁷.

Jedině za socialismu se stává historicky možným zkoumat všechny jevy a sociální procesy ve zdravotnictví. Avšak zatímco svět se všemožně pokouší sbírat informace o stavu věcí v kapitalistických zemích, my nejčastěji mlčíme, vystavujeme kritice, odsuzujeme a pranýřujeme⁸. Ovšem kritika, není-li provázena opodstatněnými, na skutečnostech založenými protidůvody, si pravděpodobně nezíská přívržence. A za-

tím lékaři a sociologové na Západě netrpělivě očekávají studie o jediné zdravotní službě na světě, která nezná ekonomické překážky a v níž došlo k integraci prevence a léčebné péče.

III. Sociálně lékařský výzkum

Budoucnost lékařské sociologie záleží na vzrůstu empirických vědomostí v souladu s kritérii platnými jak v medicíně, tak v sociologii. Jsou to: potvrzení výzkumných hypotéz empirickým vědeckým zkoumáním, tj. verifikace nebo vyvrácení, a vyvození teoretických generalizací pro sociologii a lékařství na tomto základě.

Sociálně lékařský výzkum se zabývá potvrzováním hypotéz o lidském chování, a to v oblasti, již nazývám léčebným chováním (ač si uvědomuji neadekvátnost tohoto názvu). Do tohoto termínu zahrnuji lidské chování při zdraví a nemoci, během léčení a rehabilitace, chování lékařů, zdravotních sester a jiného zdravotnického personálu k jejich práci, studiu atd. Aby se mohlo hovořit o nějakém daném chování jako o léčebném, je nutno věnovat pozornost vzájemným vztahům při chování vůbec a dále je rozvíjet vzhledem k specifickým, závislým nebo samostatným proměnným.

Sociálně lékařský výzkum je zaměřen na problémy, které mají své kořeny v medicíně i v sociologii. Výsledky bádání mohou v každém případě prospívat oběma. Např. Hollingsheadova a Redlichova studie o vztahu mezi sociální třídou a duševními nemocemi⁹ je užitečná jak pro psychiatry a epidemiology, tak pro sociology, kteří se zabývají sociální strukturou.

Američané dělí lékařskou sociologii na sociologii medicíny a sociologii v medicíně¹⁰. První pojednává o sociálních podmínkách, které ovlivňují činnost léčebných institucí; druhá se zaměřuje na sociální determinanty zdraví. S rozvojem sociálně lékařského výzkumu se stává stále obtížnějším rozeznávat mezi sociologií medicíny a sociologií v medicíně — kromě k laboratorním účelům. Vzájemný poměr

⁷ Smulewicz: op. cit.

⁸ M. Sokołowska: Recenze shora citované knihy Smulewiczovy, *Studia Socjologiczne*, 1963, 2

⁹ A. B. Hollingshead, F. C. Redlich: *Social Class and Mental Illness*, New York, 1958

¹⁰ R. Strauss: *The Nature and Status of Medical Sociology*, 1957

mezi sociální činností zdravotnických institucí a zdravím osob požívajících jejich služeb se stává stále jasnější. V socialistických zemích není překážky, která by oddělovala tato navzájem propojená odvětví.

Lze rozlišovat tři typy problémů v doméně sociálních podmínek ovlivňujících činnost zdravotnických institucí (tj. sociálních faktorů podmiňujících správu zdravotnictví a sociální organizaci medicíny), totiž sociální systém, personál, vybavení a služby.

Dosud byly systémy sociální organizace zdravotnictví zkoumány zejména z hlediska sociální struktury nebo vztahu mezi rolami ve zdravotnických institucích; v první řadě byly zkoumány role pacienta a tři typy vztahů: lékař — pacient, zdravotní sestra — pacient, lékař — zdravotní sestra. Dodnes bylo asi 90 % výzkumu prováděno v nemocnicích, nejčastěji v psychiatrických ústavech.

Výzkumy sociální organizace lékařských povolání byly dosud zaměřeny výlučně na neformální vztahy mezi lékaři. Tak je tomu v Hallově klasickém pojednání o stadiích lékařské kariéry¹¹, i v Colemanově, Katzově a Menzelově průzkumu mechanismu rozšíření nových léků v různých skupinách lékařů¹². Dále sem také patří klasické dílo Mertonovo a jeho spolupracovníků o vývoji profesionální orientace mezi mediky¹³. Kromě toho byla část průzkumu zaměřena na postoj zdravotnických zaměstnanců k různým jednotlivcům a na postoj různých skupin a kategorií lidí k zdravotnickým zaměstnancům. Také byly studovány faktory, jež se skrývají za volbou povolání, a zdroje lékařského a zdravotnického personálu.

Pokud se týká služeb a vybavení, byly studovány — mimo jiné — jejich druh a dispozice, jejich přístupnost, zdravotní potřeby různých skupin, stupeň vědomostí o zdravotním stavu v různých obcích, sociální, kulturní a psychologické rozdíly v používání zdravotní služby.

Nejčastěji se zkoumání vlivu sociálních podmínek na zdraví zabývá epidemiologií

(sociální etiologii a sociální ekologii); spojitostí mezi výskytem, rozšířením a průběhem různých nemocí a sociálními proměnnými, nejčastěji demografickými, např. stářím anebo pohlavím, také místem bydliště (v městě nebo na venkově), sociálním původem, zaměstnáním atd. Nebo se zabývá proměnnými, které se studují méně často, např. zločinností, vyhýbáním se práci, manželskými konflikty atd. Nechápu, jak je možno přesně rozlišovat čistě sociologický a epidemiologický výzkum, jak to měli po nějakou dobu ve zvyku evropští lékaři v rámci sociální hygieny a Američané v rámci veřejného zdravotnictví.

Zmíněný výzkum spojitosti mezi společenskou třídou a duševním zdravím přinesl mnoho nového. Jeho hodnota spočívá mezi jiným v pokusu stanovit pozitivní kritéria duševního zdraví. V jiných výzkumech, stejně jako v medicíně, se považuje pojem zdraví za negativní hodnotu, tj. za nepřítomnost nemoci. Podle Wellina se dvě třetiny výzkumů sociálních podmínek determinujících zdraví, které byly dosud prováděny, týkají těchto jednotlivých nemocí a skupin, procesů, poruch nebo stavů: duševních onemocnění, alkoholismu, různých všeobecných nemocí, lékařského aspektu stárnutí, kardiovaskulárních onemocnění, rakoviny, pracovní neschopnosti¹⁴. Charakteristickým znakem literatury bylo studium jednoho či druhého z vyjmenovaných problémů nebo pojednání o jednom či více aspektech jediného problému.

Donedávna bylo málo publikací pojednávajících o syntéze problémů dnes pokládanych za sociální ukazatele zdraví.

V poslední době vyšly tři knihy podávající stejné pojetí této komplexní oblasti. Snaží se věci uspořádat a pojednávat o komplexu problémů jako o jednom integrovaném celku. Jedná se o tyto knihy: B. Smulewicz: *Critique of Modern Bourgeois Social Hygiene and Medical Sociology*, vyd. v Sovětském svazu¹⁵, M. W. Susser—W. Watson: *Sociology of Medicine*¹⁶, M. Pflanz: *Sozialer Wandel*, vyd.

¹¹ O. Hall: op. cit.

¹² J. Coleman, E. Katz, H. Menzel: *The Diffusion of an Innovation among Physicians*, *Sociometry*, 20, 1957

¹³ R. K. Merton, G. Reader, P. L. Kendall: *The Student-Physician*, op. cit., New York

¹⁴ E. Wellin, M. S. Seacat: *Social Science in the Health Field — A Review of Research (1954–1959)*, *American Journal of Public Health*, 9, 1962

¹⁵ op. cit.

¹⁶ op. cit.

v Německu¹⁷. Je zajímavé, že všechny tři knihy vyšly v Evropě, ačkoli většina výzkumů na poli „sociologie v medicíně“ byla beze vší pochyby prováděna v Americe.

Smulewiczovo pionýrské dílo již bylo detailně recenzováno¹⁸. Autory zajímavé anglické knihy byli lékař - epidemiolog a sociolog - antropolog. Oba pracovali po řadu let v Anglii a v Jižní Africe. To jim umožnilo postupovat zajímavou výzkumnou metodou, která spočívá v objasňování sociologických pojmů (např. kultura, třída, sociální mobilita, byrokracie) pomocí výzkumů v terénu, doložených příklady ze sociologie a medicíny. Podávají komparativní materiál z Anglie a z Jižní Afriky, jenž jim umožňuje vidět rozdíly v zkoumaných jevech.

Knih *Sociology and Medicine* podává dvojí přístup k výzkumnému problému: jeden vychází z medicínského pojetí a postupu (hlavně demografického a epidemiologického), druhý ze stanoviska sociální vědy (přístup sociologický, antropologický, sociálně psychologický). Problém se studuje ve vztahu ke společnosti (kultuře) i k jednotlivci, k primitivním kmenovým i rodinným skupinám — z hlediska psychologického, sociálně kulturního, biologického i lékařského. Tato mnohostranná koncepce a přístup k výzkumu rodiny a poznatky z něho získané se velmi hodí pro mnohé vědy, oblasti i obory. Výzkum rodiny je důrazným příkladem potřeby integrovat medicínu a sociální vědu¹⁹.

Uvedení britští autoři určili rozmezí „sociologie v medicíně“ podle toho, jaký obsah chtěli dát tomuto dosud nevymezenému odvětví. Na základě svých speciálních sociálních zájmů a profesionální kompetence mohou jiní výzkumníci navrhnout — a jistě také navrhnou — jiný obsah. To udělal např. zmíněný německý autor. Zdá se mi, že jistě uplyne mnoho let, než sociologie v medicíně bude mít jednotlý a pro všechny přijatelný obsah.

Několik studií se zaměřilo na reakci pacienta a jeho rodiny na nemoc a na

proces léčení. Klasický výzkum v této oblasti provedl Zborowski mezi americkými válečnými vysloužilci, kteří byli hospitalizováni v těžce nemocnici. Mezi židovskými, italskými a anglosaskými Američany zjistil různé reakce na bolest²⁰.

Určitá pozornost byla také věnována spojitosti mezi třídou, bohatstvím, výchovou, různými kulturními faktory a způsobem využívání zdravotnických služeb. Saunders např. zjistil, že mnozí Mexiko-američané v jihozápadních státech nepoužívají oficiálních léčebných zařízení, ani těch, která jsou levná a snadno přístupná. Pokládají je totiž za inferiorní a nepřijatelná²¹.

Nebyly také dostatečně zkoumány sociálně kulturní podmínky, které určují, zda různí jednotlivci a skupiny se pokládají za zdravé nebo nemocné na základě subjektivního pocitu, že jsou v dobrém nebo špatném stavu. Důležitost tohoto problému potvrzují mezi jiným rysy kultury, v níž se určité symptomy nemoci mohou objevovat tak často, že se začínou považovat za přirozené, a kde tak hrozné nemoci jako epilepsie a schizofrenie jsou pokládány za normální stavy.

Analýza dosud prováděného výzkumu determinant sociálního zdraví mne vede k mínění, že některé statisticky dokázané souvislosti mezi sociologickými faktory a nemocí proniknou do dalších studií, jejichž výsledky přímo prospějí medicíně. Ale takové výsledky jsou hubbou budoucnosti.

V sociální vědě jsou dvě cesty, jak sbírat výzkumný materiál: zajišťování nových dat např. pozorováním, experimenty, dotazníkovými akcemi, interviewy a projekční technikou, nebo používání dat, která jsou k dispozici (uveřejněných dokumentů, statistických kompilací). Sociologický výzkum dosud z největší části spočíval na nových datech. Podle mého názoru budou při zvýšené spolupráci s národohospodáří, historií a jinými sociálními vědami, kteří převážně používají dat již přístupných, taková data pro sociologii čím dále tím důležitější. Na každý

¹⁷ op. cit.

¹⁸ Sokolowska: op. cit.

¹⁹ M. Sokolowska: Recenze knihy: M. S. Susser, W. Watson: *Sociology in Medicine*, Kultura i Społeczeństwo, 1964, 4

²⁰ M. Zborowski: *Cultural Components in Responses to Pain*, Journal of Social Issues, 8, 1952

²¹ L. Saunders: *Cultural Differences and Medical Care*, New York 1954

způsob, i bez takovéto spolupráce jsme došli k přesvědčení, že nashromážděné informace, jako jsou anamnézy pacientů v nemocnicích a klinikách, výsledky lékařských vyšetření, různé kompilace statistických dat sestavené v léčebných institucích, jsou pro sociology zajímavým materiálem.

Někdy, když zjišťujeme statistickou korelaci mezi některými sociálními a medicínskými proměnnými, máme tendenci zapomínat, že nemoc může být zapříčiněna

nejrůznějšími faktory²². Proto souvislosti, které opomeneme zkoumat, mohou být pro výskyt daných symptomů nemocí podstatnější než sociální spojitosti. Kromě toho statistické korelace nezjišťují kauzální svazky mezi zkoumanými fakty. V dnešní době disponuje lékařská sociologie chabou empirickou základnou. Tím důležitější je tedy postupovat s metodologickou přísností přesně určující rozsah dat a hodnotu indukci na nich založených.

²² M. Sokółowska: *Socjologia-medycyna*, Studia Socjologiczne, 1962, 3