

# SOCIOLOGIA ȘI NOILE PROVOCĂRI DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

ADELA ELENA POPA

Pandemii, organisme modificate genetic, medicină holistă, fertilizarea in vitro, cancer, hrană organică, liposucție, fitness, tratamente cu nanoparticule, gripă aviară, terapie cu celule stem, nutriție, îmbătrânire, ... Ce au în comun toate acestea? Fiecare dintre ele caracterizează din punct de vedere medical lumea în care trăim. Fie că sunt maladii, perspective medicale, trenduri demografice sau orientări legate de stilul de viață, ele au legătură, directă sau tangențială, cu sfera medicală. În același timp, fiecare reprezintă o provocare pentru sociologie. Studiul sociologic al aspectelor care țin de sănătate poate arăta care este rolul lor în mentalitatea și comportamentul oamenilor și în societate în general. Înțelegând aspectele medicale specifice unei anumite epoci, sociologia poate trage învățăminte despre modul în care funcționează mecanismele sociale în general. Pentru că în ultimii ani, schimbările din sfera sănătății și a bolii s-au acumulat în mod accelerat, datorită ritmului rapid în care evoluează știința medicală și tehnologiile, dar și datorită noilor provocări sociale și politice, sociologia a fost tot mai mult chemată să ofere explicații, ajustându-și metodele și instrumentele în acest scop. Practic sociologia a devenit o știință matură și datorită schimbărilor din domeniul sănătății și al bolii.

În capitolul de față intenționez să arăt modul în care sociologia poate să răspundă noilor provocări din sfera sănătății, a bolii și a îngrijirii. Pentru a face acest lucru, voi începe prin a argumenta faptul că sănătatea și boala sunt fenomene sociale. Voi arăta că sfera socială și medicală au evoluat dintotdeauna împreună și că s-au influențat reciproc. Sociologia ca știință ce explică societatea și schimbarea socială poate fi un bun instrument pentru înțelegerea fenomenelor de sănătate și boală.

Capitolul este structurat în trei mari părți. În prima parte voi merge dinspre medical înspre social, prezentând principalele schimbări din sfera medicală și cum influențează ele societatea de astăzi. Ele țin în mare măsură de schimbarea tabloului nosologic (adică schimbarea tipurilor de boli), ce mută accentul pe anumite categorii de patologii (cum ar fi bolile cronice sau tumorale) și deci pe un anumit tip de îngrijire. Schimbările țin de asemenea de apariția unor noi practici medicale (spre exemplu chirurgia estetică sau tratamentele medicale legate de sănătatea reproducerii) și a unor noi perspective asupra sănătății, bolii, durerii și corpului uman.

Voi face apoi drumul invers, discutând de data aceasta schimbări din sfera socială și politică care au implicații asupra sănătății și bolii. Aici voi aborda aspecte legate de modernizare și postmodernizare, individualizare, secularizare și globalizare și modul în care acestea influențează viziunea asupra sănătății și bolii. Schimbarea modului de guvernare generează și ea noi perspective și probleme în sfera medicală ce se cer explicate de sociologie.

La granița între medical și social se plasează probleme precum noile trenduri demografice, inegalitățile în sănătate sau sistemele de îngrijire a sănătății și noile provocări cărora acestea trebuie să le facă față. Capitolul va face referire la ceea ce se întâmplă în aceste domenii în Europa și în lume, pentru că multe din aceste evoluții sunt globale, dar se va focaliza și pe situația României și modul în care ea este similară sau diferită în ce privește aceste aspecte.

Mi se întâmplă frecvent să fiu întrebată ce studiază sociologia medicală. Răspunsul meu legat de faptul că studiază sănătatea și boala din perspectivă socială este urmat aproape întotdeauna de întrebarea: dar ce legătură au sănătatea și boala cu socialul? Cei mai mulți oameni consideră că cele două sunt fenomene medicale cu specific fiziologic, biologic și eventual psihologic. Țesătura socială a celor două este, poate, mai puțin vizibilă pentru un ochi neavizat. Dar sănătatea și boala au fost dintotdeauna fenomene profund înrădăcinate în social. Din punctul meu de vedere tocmai această caracteristică face ca studiul celor două să fie fascinant, nu doar pentru un sociolog, ci și pentru specialiști din alte domenii. În toate epocile istorice, atitudinile și concepțiile despre sănătate și boală sunt derivate din orientările valorice centrale ale societății și sunt conforme cu tipul și structura acesteia. În societățile primitive, explicația legată de apariția bolilor, tratamentele, ca și prescripțiile despre menținerea sănătății erau rudimentare. Pe măsură ce spațiul social devine mai complex, reflecția medicală și practicile derivate din ea se nuanțează și se rafinează. Iată doar câteva exemple ce ilustrează caracterul social al sănătății, bolii și îngrijirii:

- Modul în care este definită sănătatea este diferit de la o societate la alta. Apartenența la o anumită societate sau cultură ne modelează explicațiile legate de motivul pentru care ne-am îmbolnăvit, modul în care putem să identificăm boala de care suferim (căror simptome să le acordăm atenție, pe care să le trecem cu vederea), sau credința despre ce tratament ar fi mai potrivit.
- Normalitatea și anormalitatea sunt înțelese și explicate diferit de la o cultură la alta, iar cei considerați ca având caracteristici de anormalitate au fost dintotdeauna potențiale victime ale stereotipurilor și discriminării. Există o istorie îndelungată și bine documentată a segregării și tratamentului rău aplicat celor cu boală psihică (Foucault, 1996) în anumite epoci, în timp ce în altele, anumite afecțiuni psihice (de exemplu epilepsia) puteau fi interpretate ca semn divin ce conferea persoanei respective puteri magice și vindecătoare (Girard, 1995).
- Stilul de viață (ce include modul de hrănire, exercițiul fizic, decizia de a consuma sau nu tutun și alcool, etc.), ce are implicații atât de importante în menținerea sănătății, este profund influențat de ceea ce sociologii numesc variabile socio-demografice, adică de vârsta persoanei, de educație, ocupație, de grupurile sociale din care face parte, cum ar fi familia, grupul de prieteni, dar și de contexte și ritualuri sociale.
- Numeroase studii demonstrează faptul că vindecarea în diferite tipuri de patologii este facilitată de calitatea interacțiunii între pacient și personalul medical, uneori aceasta influențând sănătatea pacientului într-o mai mare măsură decât tratamentul aplicat.
- Boala nu este determinată doar de factori biologici, ci și sociali, câteva aspecte sociale ce pot influența incidența și evoluția bolilor fiind capitalul social de care dispune un individ sau o comunitate (adică relațiile pe care le are, calitatea acestora, încrederea), calitatea locuirii, apartenența la diverse tipuri de comunități, sau modelele de comportament ale comunității din care face parte. Spre exemplu hepatita B se transmite diferit în țări, orașe, grupuri etnice sau chiar vecinătăți diferite pentru că transmiterea ei este influențată de factori culturali cum ar fi modelele acceptate de comportament sexual, restricțiile legate de viața sexuală premaritală, permisivitatea legată de relațiile extramaritale (Helman 2014).
- Spitalul nu este doar o instituție medicală, ci și un tip de organizație ce a făcut obiectul a numeroase studii sociologice, pentru că poate aduce clarificări legate de funcționarea, structura, procesele și disfuncționalitățile organizațiilor în general.

## Provocări din sfera medicală pentru sociologie

Oamenii nu au suferit dintotdeauna de aceleași boli. Patologiile s-au schimbat odată cu epocile și la fel s-au transformat și modurile în care oamenii și-au explicat de-a lungul timpului de ce se îmbolnăvesc, sau ce tratamente își pot aplica pentru vindecare. Astfel, fiecare epocă istorică are un specific în ce privește tabloul nosologic. Simplificând foarte mult, putem spune că în zorii umanității când omenirea era atât de încercată în războaie, traumatismele și afecțiunile consecutive infectării rănilor erau probabil predominante. Evul Mediu a fost marcat de epidemii precum cele de ciumă, holeră, lepră. Perioada modernă, odată cu Revoluția Industrială, este caracterizată de maladiile profesionale și cele specifice orașelor industriale aglomerate, insalubre, oferind rezidenților condiții mizere de muncă și locuire. Treptat, medicina progresează, calitatea vieții crește (a hranei, a locuirii, etc.), astfel că ultimul secol aduce cu el un mai mare control al bolilor infecțioase, dar și o creștere a incidenței pentru câteva maladii redutabile, cu care omenirea luptă încă și astăzi (HIV/SIDA, cancerul). Ca o consecință a trendului de îmbătrânire a populației ce se înregistrează astăzi peste tot în lume, prezentul pare a fi marcat de bolile cronice, de ținerea sub control a infecției cu HIV/SIDA, de apariția tratamentelor pentru anumite tipuri de cancere, dar și de apariția unor condiții și factori de risc precum obezitatea, sedentarismul, diabetul.

Nu doar patologii se schimbă în timp, ci și gândirea medicală, intim legată de gândirea socială a fiecărei epoci. În societățile primitive nediferențiate singurul tip de reflecție și practică medicală care putea să apară nu putea fi decât unul nediferențiat, în care elementele religioase, medicale și magice coexistau. Se practica o medicină instinctivă, rudimentară (Cumston, 1996) cu practici medicale barbare și în mare parte ineficiente (cauterizarea, trepanația, amputarea). În zorii umanității, popoarele nu cunoșteau probabil decât bolile cele mai simple. Știm acest lucru pentru că indivizii din societățile primitive contemporane păstrează încă un tablou nosologic puțin specializat. Însă pe măsură ce civilizația avansează, pe măsură ce rețeaua relațiilor sociale și a semnificațiilor construite social se diversifică, tipurile de boli se diversifică. Apar poziții și roluri din ce în ce mai diversificate în interiorul societății în ansamblu și din ce în ce mai specializate în interiorul profesiei medicale. Ca să luăm un exemplu, răspunsul instituționalizat la epidemie (de oricare fel ar fi ea) nu poate să apară decât într-un anumit context social în care există și forme de control social instituționalizat. În *Nașterea clinicii*, M. Foucault spune că “n-am putea avea o medicină a epidemiilor decât dublată de o poliție care să vegheze la amplasarea cimitirelor, care să insiste pentru incinerarea cadavrelor în loc de înhumare, să controleze comerțul cu pâine, vin, carne, să interzică locuințele insalubre” (Foucault, 1998). Gândirea medicală a Evului Mediu este dominată de explicațiile religioase, de credința că bolile sunt cauzate de forțe celeste, tratamentul fiind și el sub semnul voinței divine. Boala era văzută fie ca o stare de grație (pentru că era o formă de suferință ce purifica sufletul și îl aducea mai aproape de Dumnezeu), fie ca o pedeapsă divină pentru păcate. Medicina era perfect conținută în dogma religioasă, iar calitatea de preot și cea de medic se confundau. Ulterior, grație anumitor conjuncturi de evenimente și idei și a unor noi orientări – cum ar fi raționalismul, empirismul sau descoperirile medicale – medicina se îndreaptă spre faza ei științifică, în care încep să se acumuleze explicațiile naturale. De fapt, relația este una de reciprocitate, adesea fiind dificil de stabilit dacă schimbarea valorilor sociale influențează schimbarea medicală sau invers.

#### *Caseta 1. Schimbarea medicală de-a lungul secolelor*

Nu doar schimbarea tiparelor de îmbolnăvire de-a lungul timpului a reprezentat o provocare pentru știința socială și, în speță, pentru sociologia medicală. În același timp, modul în care a evoluat medicina ca știință, tratamentele și tehnologiile medicale sau viziunea asupra corpului uman și bolii, au reprezentat subiecte cu o importanță atât de mare pentru societate, încât era necesar ca știința socială să ofere explicații asupra lor. Începând cu secolul XVII, medicina începe să iasă de sub aripa întunecată a religiei. O serie de descoperiri, ce se acumulează accelerat în decursul a două secole, schimbă aproape complet fața medicinei. Astfel, descoperirea circulației sângelui (William Harvey - 1628), primul vaccin eficient (1796 – vaccinul pentru variolă de către Edward Jenner), descoperirile de la mijlocul secolului XIX în domeniul geneticii (Gregor Mendel), germenilor patogeni (Louis Pasteur) sau chirurgiei antiseptice (Joseph Lister), rafinarea clinicii în secolele XVIII-XX, contribuie într-o mare măsură la redefinirea bolii și la abordarea ei într-un mod rațional, pozitivist, adică științific (Lehrer, 2006).

În paralel cu dezvoltarea medicinei ca știință (Caseta 1), sunt dezvoltate mecanisme de explicare științifică a bolii și, datorită progresului științei în general, sunt dezvoltate modalități prin care aceste explicații pot fi dovedite științific. Treptat încep să se acumuleze noi tratamente, unele din acestea reușind să producă astăzi eradicarea sau ținerea sub control a unor boli infecțioase care altădată generau rate de mortalitate uriașe (variola în 1979, poliomielita în Europa în 1998, pesta porcină în 2010, etc). Tratamentele noi au mers mână în mână cu tehnologii revoluționare, iar de atunci medicina evoluează constant, fiind unul din domeniile în care progresul este nu numai rapid, dar face o mare diferență în ce privește calitatea vieții oamenilor. Au apărut noi ramuri medicale, extrem de specializate, iar altele s-au dezvoltat într-un ritm accelerat: farmacologia, biomedicina, medicina moleculară, imunologia, anesteziologia, angiologia și chirurgia vasculară, și altele. S-au dezvoltat tehnologiile pentru diagnosticare, screening sau monitorizare (spre exemplu cele pentru analize de laborator, radiologia, computer tomografia, alte explorări imagistice de tipul endoscopiei sau bronhoscopiei), ca și cele pentru tratament (tehnologiile din domeniul stomatologiei, cele ce permit transplantul de organe, terapia genetică). Au apărut tehnologii menite să rezolve probleme care până de curând păreau de nerezolvat (inseminare artificială, fertilizare in vitro, chirurgie reparatorie și estetică).

În paralel cu progresul explicației științifice medicale, al tratamentelor și tehnologiilor din domeniu, apar schimbări și în ce privește modul de înțelegere și de raportare a medicinei convenționale la boală și bolnav. Odată cu medicina modernă, boala începe să fie înțeleasă tot mai mult ca o entitate obiectivă, instalată temporar sau permanent, dar oricum străină de persoana care o are, un "inamic" care trebuie înlăturat. Bolnavul este o persoană temporar dezechilibrată de boală și care trebuie să facă tot ce poate ca să ajungă la vindecare, pentru că boala este considerată o formă de devianță, o viziune normativă prezentă în concepția lui Talcott Parsons asupra rolului de bolnav (Hingson, 1981). Concepția medicinei moderne convenționale este aceea a disocierii între boală și bolnav. Medicina câștigă în eficiență, dar pierde principiul integralist care a făcut ca viziunea medicală a Greciei Antice să fie una profund umană, acela că boala reprezintă un dezechilibru al ființei umane luate ca întreg. În efortul ei de a înregistra exact, de a diagnostica precis și a trata cât mai eficient, medicina convențională a zilelor noastre uită uneori să arunce o privire atentă pacientului.

Consecința acestui mod de a face medicină este vizibilă în satisfacția scăzută față de modul de desfășurare a consultației medicale și a comunicării cu medicul curant, pe care pacienții o raportează nu doar în România, ci și în alte țări (Popa, 2011). De altfel, calitatea interacțiunii medic-pacient, satisfacția pacienților, modul în care acestea se răsfrâng asupra calității și eficienței actului medical reprezintă un pilon de studiu extrem de important în sociologia medicală. Știința socială prin sociologia medicală găsește de asemenea un teren de cercetare foarte fertil în încercarea de a explica unde anume eșuează și ce lipsește din medicina convențională astfel încât medicii și pacienții au simțit nevoia de a se îndrepta spre orientări medicale ce propun alte tipuri de explicație și oferă alte tratamente. Mă refer aici la medicina alternativă și complementară ce a constituit dintotdeauna o cale paralelă la medicina alopată, dar și la faptul că, în ultimii ani, a câștigat tot mai mult teren concepția holistă asupra bolii și bolnavului, care s-a și materializat în practică (prin clinici ce practică medicina holistă, medici specializați în acest sens).

Practic, astăzi asistăm la două discursuri alternative asupra bolii, ce dictează două tipuri distincte de practică medicală. Pe de o parte este cel al cel al medicinei convenționale, specializat, detașat, bazat pe aplicarea aceluiași standard pentru toți pacienții ce suferă de o anumită boală. Concepția subiacentă aici este cea a *medicinei bazate pe dovezi*<sup>1</sup>, ce prinde tot mai mult teren și care dispune deja de o metodologie, de protocoale de practică, de medici specializați. Se poate aminti de asemenea despre

---

<sup>1</sup> Medicina bazată pe dovezi este un tip de medicină ce îmbină informațiile clinice cu informații dovedite din cercetarea medicală sistematică, pentru un diagnostic și un tratament cât mai acurate (Sackett 1997)

*Grupurile Înrudite de Diagnostic (DRG)*<sup>2</sup>, care au ca scop determinarea cu acuratețe a resurselor necesare pentru tratarea pacienților spitalizați cu un anumit diagnostic, fiind în primul rând o modalitate de documentare a deciziei de alocare de fonduri pentru spitale. Practica spitalicească bazată pe DRG înseamnă însă și standardizarea modului de practicare a medicinei, uniformizarea deciziei legate de îngrijirea oferită și atenuarea personalizării tratamentului, prin gruparea pacienților cu afecțiuni similare în aceeași categorie și oferirea aceluiași tratament. Medicii trebuie să se încadreze într-un anumit cost al îngrijirii, specific grupului de diagnostic din care pacientul face parte, sau să se limiteze la anumite teste și proceduri medicale, ceea ce poate duce la scăderea calității actului medical.

De cealaltă parte este discursul unificator, personalizat și integrator al medicinei neconvenționale, ce consideră boala ca realitate ce are o semnificație și încearcă să o explice în contextul organismului ca întreg, și în contextul universului de viață al pacientului. Conceptul de medicină neconvențională (utilizat alternativ cu cel de medicină complementară și alternativă) este o umbrelă ce acoperă diverse tipuri de practica medicina care sunt în afara celei alopate: medicină naturistă, homeopatie, acupunctură, etc. Medicina neconvențională este în general recunoscută în țările Europei (inclusiv în România), dar există grade diferite de acceptare și de regularizare a ei prin legi. Faptul că acest tip de practică medicală vine în completarea unor nevoi ale pacienților este dovedit de cererea tot mai mare pentru tratamente și îngrijiri medicale de acest tip. Spre deosebire de medicina convențională, cea discutată aici pornește de la o abordare centrată pe pacient, nu este opacă la valorile tradiționale și la contextul cultural, promovează intens ideea de prevenție a bolii și include o dimensiune spirituală în înțelegerea și tratamentul bolii (Tognetti Bordogna, 2013). Nu doar acestea sunt diferite, ci și modul de raportare la boală în sine și la durere. Dacă pentru medicina alopata durerea este o problemă "tehnică", un simptom ce trebuie anulat cât mai rapid prin administrarea de medicamente, în medicina neconvențională este important mai întâi să fie înțeles mesajul pe care îl transmite aceasta.

## Schimbări din sfera socială și politică cu influențe asupra sănătății și bolii

Domeniul medical evoluează rapid, produce schimbări legate de tehnologii, tratamente sau abordări medicale ce au un impact social și de aceea trebuie explicate de către sociologie, așa cum am arătat mai sus. Dar în același timp există transformări care sunt în primul rând de factură socială și care creează efecte semnificative și vizibile inclusiv asupra sănătății, bolii sau sistemului medical. Mă voi referi în continuare pe scurt la procese cum ar fi modernizarea și postmodernizarea, globalizarea, la procesele demografice actuale, la noi trenduri sociale cum ar fi downshiftingul, și la aspecte politice și economice, în speță schimbarea modului de guvernare, toate acestea putând avea impact asupra domeniului medical. Fiecare din ele reprezintă fenomene sau procese complexe, extrem de studiate în sociologie, de aceea referința la ele va fi sumară, încercând doar o introducere în temă. Procesele și fenomenele din această secțiune vor fi prezentate separat doar pentru a ușura înțelegerea, în realitate multe fiind intim legate între ele. Spre exemplu, modernizarea include și schimbări legate de sănătate și este dificil de precizat dacă modernizarea a produs aceste schimbări, sau anumite evenimente legate de sfera medicală au generat atitudini și comportamente cu caracter de modernitate.

Modernizarea și postmodernizarea reprezintă fenomene actuale ce au fost studiate de mulți sociologi din străinătate și din țară (Inkeles, 1969; Sandu, 1996; Inglehart, 1997, 2000; Giddens, 2000; Voicu, 1999, 2005; Kumar 2009). Câteva capitole din această carte fac de asemenea referire la cele două (*Schimbarea capitalurilor, Despre prieteni și familie*). Proces început odată cu revoluția industrială,

---

<sup>2</sup> modalitate de clasificare a cazurilor dintr-un spital în 467 grupuri de diagnostic, în scopul transparentizării serviciilor spitalicești, pentru o mai bună alocare a fondurilor pentru fiecare spital, ca și pentru creșterea eficienței cheltuirii resurselor ((Busse, Geissler, and Quentin 2011)

modernizarea a înglobat schimbări la nivel individual dar și la nivelul societății ca întreg. La nivel individual modernizarea a însemnat o tendință spre individualizare, deschidere spre noi experiențe, inovație, schimbare, încredere în oameni și instituții, aspirații legate de educație și profesie, tendința spre organizare și planificare (Inkeles and Smith 1976). La nivel social, are loc urbanizarea prin industrializare (creșterea orașelor și mișcarea populației dinspre ariile rurale spre cele urbane), birocratizarea și centralizarea la nivelul statului, schimbări în structura familiei (trecerea spre familia nucleară), fenomene de secularizare (scăderea importanței valorilor religioase), participare ridicată la viața politică și socială, interes pentru eficiență, planificare, creștere economică (Voicu, 1999, Popa, 2010). Modernizarea s-a produs în ritmuri diferite în Europa și a avut fețe diferite în funcție de contextul istoric și cultural local. Sunt analize care arată că în România a avut loc o pseudo-modernizare (Voicu, 2005). În timp ce unele țări fac încă eforturi să se modernizeze, altele sunt deja caracterizate din plin de postmodernitate. Orientările postmoderne se referă la toleranță ridicată față de diversitate rasială, etnică, sexuală, importanța autoexprimării, hedonismului, nevoilor de nivel superior, preocupările pentru ecologism (Voicu, 2005).

Cele două, modernizarea și postmodernizarea sunt intim legate de un al treilea proces, cel de globalizare, și el extrem de studiat în ultimii ani (Giddens, 1990; Sztompka, 1993; Farazmand, 1999; Guillen, 2001). Iată o definiție: "Globalizarea presupune intensificarea relațiilor sociale mondiale, care leagă locuri distincte de pe glob, astfel încât evenimente locale sunt influențate de evenimente ce au loc la mii de mile depărtare și invers" (Giddens, 1990). Dimensiunea economică a globalizării, cea legată de mobilitate și mai ales dimensiunea ei simbolică (Rusu, 2008) ce presupune vehicularea de modele culturale pot avea implicații și în ce privește sănătatea și respectiv boala.

Toate aceste schimbări la nivel individual și societal și-au pus amprenta și asupra sănătății oamenilor și tipurilor de îngrijire a sănătății. Inițial, modernitatea a însemnat o deteriorare a sănătății oamenilor. Aglomerările urbane în care trăiau cei mai mulți dintre ei, sărăcia, igiena, hrana și locuirea precară și condițiile inumane în care lucrau în industrie au crescut dramatic ratele de îmbolnăvire și de mortalitate. Ca răspuns la această tendință, sunt puse treptat bazele sănătății publice și se schimbă concepția despre cauzalitatea bolilor, grație descoperirilor revoluționare ale unor medici (spre exemplu Pasteur – germenii patogeni). Organizarea modernă a statului aduce cu ea și primele inițiative de tipul asigurărilor sociale și medicale, sau a serviciilor publice de sănătate (se construiesc spitale, crește numărul medicilor). Apar sau se generalizează practici medicale cum ar fi internarea sau aseptia.

Ulterior, oamenii din societățile modernizate sunt foarte diferiți față de cei de la începutul modernității în ce privește concepția despre sănătate și boală: devin conștienți de faptul că sănătatea reprezintă un capital pe care sunt datori să-l întrețină, au eliminat explicațiile și credințele religioase legate de cauzele și tratamentul bolilor, au tot mai multă încredere în explicațiile oferite de știință și au introdus practici moderne legate de stilul de viață (practicarea constantă a exercițiului fizic, atenția legată de modul de hrănire, conștientizarea riscului legat de consumul de alcool, tutun, droguri). Modernizarea și post-modernizarea au un impact major și asupra comportamentului sexual și reproductiv al oamenilor, cu atât mai mult cu cât modernitatea aduce o dezvoltare a metodelor contraceptive și accesul populației la acestea. Astfel, numărul avorturilor și mortalitatea produsă de acestea, scad semnificativ, familiile devin mai puțin numeroase. Orientarea spre hedonism și autoexprimare, dublată de toleranța sexuală, determină inclusiv interesul pentru experiențe sexuale noi și inedite, ceea ce face ca unele comportamente sexuale interzise de morala publică în trecut să devină treptat acceptate. Implicit, preocupările pentru sănătatea sexuală devin mai intense, la nivel de individ, dar mai ales de societate (eforturi de educare sexuală a populației, controlul anumitor maladii cu transmitere sexuală, politici țintite pe aspecte sexuale). Globalizarea înseamnă faptul că oamenii intră în contact (prin mass-media, turism, comunicarea la distanță) cu stiluri de viață diferite, cu atitudini, comportamente și modele culturale legate de sănătate din alte zone, împrumutându-le treptat pe unele din acestea.

Mobilitatea teritorială crescută este o caracteristică în același timp a modernității,

postmodernității și globalizării, cu potențiale implicații în sfera sănătății. Amploarea pe care a luat-o turismul este o caracteristică a timpurilor moderne. Iată două tipuri specifice de turism, legate de sfera sănătății, care nu ar fi fost posibile în absența celor trei procese descrise mai sus. Un număr semnificativ de pacienți călătoresc în fiecare an din țări occidentale înspre destinații precum Thailanda, Malaezia, Turcia sau Brazilia, pentru a se supune unor intervenții de chirurgie estetică sau reparatorie. Motivele sunt multiple. Aceste țări dispun de clinici luxoase, cu echipamente medicale de ultimă oră și specialiști bine pregătiți și pot oferi toate acestea la prețuri mai scăzute decât ar putea beneficia pacienții respectivi în țara de origine. În plus, aceștia sunt îngrijiți și pe perioada post-intervenție și pot beneficia de intimitate în timpul refacerii. Într-un mod oarecum similar persoane având boli cu prognostic fatal, sau uneori fără a avea vreo patologie călătoresc pentru a se sinucide sau a muri într-un mod asistat de personal medical în țări în care dreptul de a-ți alege moartea este recunoscut tuturor, nu doar cetățenilor țării respective (de exemplu Elveția). Legislația Elveției incriminează doar actele de suicid asistat ce au la bază motivații egoiste (de exemplu financiare), în rest neprecizând nici un fel de condiții, nici măcar necesitatea prezenței unui medic (Huxtable 2009).

Alt fenomen social specific societăților moderne și postmoderne și care a fost preluat rapid în diverse societăți prin mecanisme specifice globalizării este cel al emancipării femeilor. Ieșirea femeii din sfera casnică, creșterea nivelului ei de educației, intrarea pe piața forței de muncă, toate acestea au avut implicații și în sfera sănătății. Femeile au devenit mai educate ceea ce a facilitat o sănătate mai bună (legătura între nivelul de educație și starea de sănătate este demonstrată prin numeroase studii în sociologie) și au început să aibă acces la facilități oferite pe piața muncii (asigurări de sănătate, controale periodice). Inclusiv sănătatea copiilor a beneficiat, femeile fiind mai capabile să se ocupe de îngrijirea lor. Fenomenul a avut desigur și efecte mai puțin dorite: femeile au început să devină și ele victime ale unor boli profesionale care anterior erau specifice doar bărbaților, sau au început să resimtă stresul unei vieți mult prea ocupate, cu sarcini diverse și timp limitat.

Un proces ce ține de sfera politică dar are implicații și în ce privește sănătatea este schimbarea tipului de guvernare. Scăderea importanței și puterii statului bunăstării a condus în ultimii ani la o schimbare treptată a guvernantei, aceasta îmbrățișând tot mai mult ideologia neo-liberală. Reforme ale administrațiilor centrale mai ales în sensul descentralizării s-au produs în foarte multe țări din Europa și din lume. Una din premisele neo-liberalismului este responsabilizarea și împuternicirea indivizilor și comunităților, astfel încât aceștia să se bazeze mai puțin pe statul paternalist (Ericson, Barry și Doyle, 2000). Creșterea gradului de autonomie, de participare, încurajarea exprimării opiniilor și participării la decizie sunt de asemenea caracteristici ale noului tip de guvernare care treptat, devine vizibil în tot mai multe țări.

Acest trend s-a făcut simțit nu doar la nivel de administrații centrale, ci și în cadrul reformelor sanitare ce au avut loc în foarte multe țări. Cel mai adesea el a luat forma descentralizării, realizată la diverse niveluri în sistemele medicale. În România o măsură în acest sens a fost descentralizarea spitalelor publice în anul 2010, adică trecerea lor de sub tutela statului în cea a autorităților locale (Consilii Locale și Județene) (Popa, 2014a). Participarea comunitară în sănătate este un concept intens studiat astăzi. Tot mai mult se consideră că o inițiativă legată de sănătatea unei comunități (ca de exemplu o campanie de vaccinare sau de promovare a sănătății, construirea unui spital sau implementarea unor noi măsuri legate de sănătate) atinge gradul maxim de eficiență atunci când membrii comunității participă în toate etapele realizării inițiativei respective. În România participarea comunitară, mai ales cea în sănătate este scăzută (Popa, 2014b). Altă măsură consistentă cu acest trend al creșterii implicării membrilor comunităților locale ce poate fi amintită în România este inițierea asistenței medicale comunitare, din 2002, prin introducerea a două roluri: asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar.

Schimbările discutate până acum sunt schimbări de anvergură, ce antrenează societatea ca întreg, dar și fiecare din straturile ei, și se ramifică până la nivel individual. Există însă și fenomene ce caracterizează grupuri sau comunități mai mici de oameni din societate. Sau schimbări ce se produc mai

întâi la nivelul mentalităților și a modului de viață specific unui număr redus de oameni. Cu toate acestea, ele nu pot fi ignorate. Mă refer aici la un trend nou ce este deja vizibil de câțiva ani în unele țări din Europa, și anume *downshifting*. Acesta se referă la opțiunea unor oameni de a trăi o viață mai simplă și cu un echilibru muncă/timp liber mai bun. Acești oameni, care au experimentat de obicei munca într-un mediu extrem de solicitant și concurențial, cum ar fi o corporație, renunță la un moment dat la slujba lor și încep o activitate, eventual bazată pe un hobby personal, mai puțin stresantă și mai satisfăcătoare. De altfel, *downshiftingul* se referă și la alte opțiuni de viață, cum ar fi renunțarea, în diferite grade, la posesiile materiale personale, reapropierea de natură prin renunțarea la locuința urbană și relocarea în arii mai naturale, sau căutarea de noi experiențe care să ducă la auto-realizare (Paukova 2012).

#### *Caseta 2. Nomadismul ca stil de viață alternativ*

Într-una din călătoriile mele în Marea Britanie, în cadrul unui proiect ce își propunea schimbul de experiență între trei țări europene privind educația incluzivă, gazdele ne-au facilitat vizita într-o comunitate de "travellers". În Marea Britanie (ca de altfel și în alte țări), există multe comunități de "gipsy" și "travellers". Sunt comunități nomade formate fie din țigani, fie, așa cum am aflat cu surprindere la momentul respectiv (2009), din oameni ce au avut o situație socială medie sau peste medie, dar la un moment dat al vieții lor au decis să renunțe la tot ce aveau (loc de muncă, locuință, poziție socială), pentru a trăi o viață simplă, împreună cu familia, într-o rulotă, călătorind. Statul britanic monitorizează îndeaproape aceste comunități: sunt înregistrate, le sunt oferite opțiuni privind locurile unde pot să se oprească (adesea rămân săptămâni, luni sau chiar ani într-un loc) și le oferă facilități privind educația și asistența medicală. În comunitatea pe care am vizitat-o noi, se încerca includerea copiilor în învățământul de masă, astfel că ei mergeau la școala locală și li se oferea sprijin cu cele necesare (rechizite, uniforme, etc), sau pentru recuperarea unor întâzieri în dezvoltarea lor școlară. Acesta este totuși un exemplu extrem de *downshifting*, cei mai mulți din cei ce optează pentru acest stil de viață preferând doar schimbarea locului de muncă sau un trai simplu, eliberat pe cât se poate de materialism.

Ce legătură are un trend cum este *downshiftingul* cu sănătatea și cu sistemul de îngrijire a sănătății? Răspunsul ține de faptul că este o altă provocare ce vine dinspre social înspre domeniul medical. Există mai întâi implicații la nivel individual: pe de o parte există un efect benefic asupra stării de sănătate a persoanei care face o astfel de opțiune de viață prin reducerea stresului, apropierea de natural, o viață mai plină de semnificație, împlinire și armonie cu propria persoană și cu ceilalți. Există studii ce arată că *downshiftingul* poate contribui la creșterea calității vieții și, mai specific, la intensificarea activității fizice ca urmare a faptului că aceste persoane au mai mult timp liber (Kennedy, Krahn, and Krogman 2013). Pe de altă parte este de așteptat să existe și efecte negative datorită scăderii venitului, schimbării stilului de viață și pierderii rețelei de suport social. Astfel, traiul într-o comunitate nomadă (Caseta 2) poate să însemne creșterea riscului pentru anumite boli (de exemplu cele infecțioase), sau accesul mai scăzut la o îngrijire medicală de calitate, sau la asigurări de sănătate. Totuși, există foarte puține studii care să analizeze efectele în planul sănătății ale acestui comportament social în creștere. Există de asemenea implicații pentru sănătate la nivel de societate, având în vedere că statul trebuie să gândească politici, inclusiv de sănătate, pentru aceste persoane. De asemenea trebuie oferite servicii de sănătate care să răspundă nevoilor acestei categorii de populație. O astfel de opțiune poate fi viabilă într-o societate ce oferă servicii universale de îngrijire a sănătății, chiar și celor ce nu sunt integrați pe piața muncii.

Cum se reflectă modernizarea de astăzi a României în problemele de sănătate și boală? Aici, mixul între tradiționalismul din zonele rurale și modernitatea sau postmodernitatea zonelor urbane, se reflectă inclusiv în sănătate. România este asemenea unui mozaic în ce privește serviciile medicale, având atât zone geografice cu servicii medicale de vârf, cât și arii (cele rurale, izolate) cu servicii extrem de precare sau inexistente, ceea ce determină un acces inegal. Mentalitățile legate de sănătate sunt și ele foarte diferite. Multe persoane din zonele rurale apelează în primul rând la remedii naturale, adesea cerând ajutor medical de specialitate când e prea târziu pentru un tratament eficient. Religiozitatea crescută a oamenilor ce locuiesc în rural sau a celor cu educație scăzută, ca și lipsa de acces la servicii



face ca mulți oameni din România să fie mai încrezători în ajutorul primit de la Dumnezeu decât de la un medic. De cealaltă parte, avem persoana foarte educată din urban, ce dispune de resurse materiale și informaționale și care își monitorizează atent sănătatea și uneori apelează la tratamente medicale exclusiviste, cum ar fi chirurgia estetică.

Aceleași extreme le regăsim și în oferta de servicii de sănătate: la un pol spitalele publice cu condiții și dotări precare, cu o incidență prea mare a infecțiilor nozocomiale, iar la polul opus clinicile private, cu prețuri prohibitive pentru o mare parte a populației. România este caracterizată de asemenea de o mentalitate deficitară în ce privește prevenția și promovarea sănătății (controlul medical periodic nu este încetățenit la noi, datorită lipsei unei educații eficiente pentru sănătate, informația medicală este scăzută). La acestea se adaugă moștenirea unui sistem de sănătate cu tare: corupție, calitate scăzută, practici medicale ce trebuie schimbate, resursa umană (medici și personal medical auxiliar) nesatisfăcută și demotivată. Subfinanțarea sistemului a determinat măsuri de austeritate ca reduceri de personal, scăderea salariilor medicilor sau închiderea unor spitale.

## Provocări aduse de schimbări plasate la granița între medical și social

Există o serie de schimbări ale unor fenomene și procese care se plasează la intersecția între domeniul medical și social și care reprezintă adevărate provocări de studiu pentru sociologia de azi. Un bun exemplu sunt schimbările de factură demografică din societățile de astăzi. Ele sunt fenomene sociale pentru că se referă la populație ca întreg și pentru că sunt sensibile la trenduri și transformări sociale. În aceeași măsură, au caracter sau conotații medicale pentru că surprind aspecte legate de sănătate și boală. Morbiditatea, mortalitatea, speranța de viață, nupțialitatea, etc. sunt indicatori demografici care reflectă și sunt influențați de aspectele sociale și medicale ale unei societăți. Demografia a constituit dintotdeauna un domeniu asupra căruia sociologia și-a aplecat atenția, dar în ultimii ani, o serie de schimbări demografice atrag și mai mult interesul sociologilor. Voi discuta pe scurt doar unul din trendurile demografice actuale, cel legat de îmbătrânirea populației, înregistrat în toată Europa, care a debutat în urmă cu câteva decenii (Eurostat, 2014). Consecință a creșterii speranței de viață (prin creșterea calității îngrijirii medicale) și a scăderii fertilității populației, îmbătrânirea populației pune nu doar probleme sociale, ci și medicale: are influențe asupra pieței muncii, asupra locuirii sau asupra suportului economic și social oferit celor de vârstă a treia (pensii, servicii de sănătate). Îmbătrânirea populației cere o redimensionare a serviciilor medicale, cu apariția unor noi specialități, cum ar fi gerontologia sau îngrijirea paliativă.

Sociologia medicală aduce în prim plan ideea medicalizării vârstei a treia, adică faptul că bătrânețea umană, condiție firească și naturală, începe să fie revendicată și redefinită de medicină. Tot mai multe stări specifice bătrâneții sunt considerate ca patologice și tratate ca atare (Kaufert and Lock 1997; Vincent 2006 ; Mykytyn 2008). Ca o consecință există astăzi o gamă întregă de servicii sau produse medicale menite să întârzie bătrânețea sau să o îmblânzească și eventual să o "trateze": produse hormonale pentru întârzierea menopauzei, tratamente pentru diverse tipuri de dureri, chirurgia estetică pentru atenuarea semnelor vizibile de îmbătrânire sau medicalizarea sexualității la vârsta a treia. Oamenii încep să considere din ce în ce mai mult că bătrânețea poate fi amânată și că mare parte din constrângerile ei pot fi atenuate.

Un alt fenomen plasat la granița între medical și social este reprezentat de inegalitățile în sănătate, cărora sociologia medicală le-a dedicat numeroase studii. Oamenii nu au aceleași condiții privind modul de hrănire, locuire sau muncă și nu au acces egal la servicii de sănătate (adică la

oportunități de prevenție, diagnosticare, tratament). Din acest motiv și bolile, dizabilitățile și ratele de mortalitate diferă. Se consideră că inegalitățile în sănătate nu sunt necesare, sunt injuste și evitabile (Whitehead, 1992). Mai mult, se cunoaște că factorii ce determină aceste inegalități sunt sistematici, deci pot fi studiați. Una din contribuțiile majore pe care o poate avea sociologia este să studieze acești factori (determinanții sociali ai sănătății și bolii) ce produc inegalități în sănătate, scopul fiind desigur atenuarea acestora.

Tot la granița dintre social și medical se plasează sistemele de sănătate. Fiecare stat dispune de un astfel de sistem care reprezintă totalitatea instituțiilor, actorilor, resurselor necesare pentru îngrijirea sănătății. Sistemele de îngrijire a sănătății aparțin desigur domeniului medical, dar au și componente sociale însemnate. În ultimii ani, sistemele de sănătate din țările lumii au trecut prin schimbări importante. Cele mai multe au fost reformate pentru că o serie de schimbări sociale recente au adus această necesitate: populația și-a schimbat structura, multe regimuri politice au colapsat sau au fost regândite, criza economică a afectat resursele inclusiv în domeniul sanitar, iar viziunea despre statul bunăstării s-a schimbat treptat în multe state. Un caz deosebit îl constituie sistemele de sănătate din fostele țări comuniste, extrem de centralizate și ineficiente, marcate de corupție, și care au fost reformate din temelii. Sociologii au un cuvânt important de spus în toate aceste schimbări. Studiile de macrosociologie, bazate pe măsurări la nivel național sau supra-național și care utilizează instrumente statistice riguroase, pot fi de mare ajutor în direcționarea acestor schimbări și reforme, pentru că oferă o viziune de ansamblu asupra efectelor lor. Ritmul reformelor este diferit, astfel încât unele țări au realizat deja reforme importante în domeniu, în timp ce altele abia le planifică (caseta 3). Studiile comparative în sociologie, sau studiile de măsurare a efectelor unor măsuri concrete pot arăta ce anume din experiența țărilor avansate poate fi preluat ca model de succes. Nu în ultimul rând, aceste reforme reprezintă un veritabil laborator pentru sociologie, pentru că, spre deosebire de alte perioade de transformări sociale (de exemplu perioada de după al Doilea Război Mondial), acum este o știință suficient de matură încât să poată contribui semnificativ la înțelegerea proceselor care au loc și la influențarea lor în sens pozitiv.

*Caseta 3. Ritmul reformelor în sănătate în țări din Europa* Începute la mijlocul anilor '80, reformele sanitare în țările din Europa au urmărit patru mari direcții: schimbarea rolului statului și a pieței în domeniul sanitar (guvernare, finanțare, rolul sectorului privat), descentralizare, drepturile pacienților și schimbarea rolului sănătății publice (Saltman and Figueras 1998). Deși scopul reformelor a fost în general unul comun – creșterea eficienței sistemelor sanitare –, țările Europei nu au realizat aceste reforme în același ritm și cu aceleași rezultate. Explicațiile sunt complexe și țin de discrepanțele demografice între țări, de contextul politic instabil, de resursele economice. Diferențele între țări țin și de tipurile de sisteme sanitare implementate, unele fiind bazate pe asigurare socială, altele pe taxe, sau pe o combinație de alocare de fonduri de la nivel central și local. Nu doar țările din fostul bloc comunist au realizat reforme în sectorul sanitar; măsuri de reformă, de mai mică sau mai mare anvergură au fost luate practic în ultimele două decenii în toate țările membre ale Uniunii Europene. Au existat și aspecte comune ale acestor reforme, ca de exemplu faptul că toate țările au introdus asigurare medicală obligatorie, dar cu diferențe notabile legate de organizare, guvernare și finanțare. Iată câteva exemple din țări din estul și centrul Europei: Ungaria a implementat sistemul de asigurări sociale în 1989, a reorganizat serviciile medicale primare în 1992 și a introdus metode de eficientizare și de control a costurilor din sistem (Bokros, Dethier 1998); Republica Cehă a trecut în 1992 la sistemul asigurărilor sociale și ulterior la privatizarea serviciilor medicale deținute de stat, astfel încât astăzi marea parte a instituțiilor medicale sunt în proprietate privată (Ensor, 1993); Polonia a inițiat și ea un program național de asigurări de sănătate începând cu anul 1997 (Berman, 1998). În România sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inițiat în 1996, a început să devină funcțional în 1999. În 2010 a fost realizată ultima schimbare majoră în domeniu, prin descentralizarea spitalelor publice.

## Câteva concluzii

Cum va evolua societatea din punct de vedere al problemelor de sănătate și boală? Cum vor fi provocate științele sociale, în speță sociologia, să răspundă la aceste noi evoluții? Câteva direcții sunt ușor de intuit pentru că se prefigurează încă de astăzi. Le voi discuta pe scurt mai jos.

Schimbarea patologiilor despre care am arătat că a fost un fenomen continuu în istoria umană, va avea loc în continuare. Apariția de noi tratamente pentru diferite boli (deja există știri promițătoare despre evoluții în ce privește găsirea unor tratamente pentru bolile degenerative sau infecțioase – Alzheimer sau HIV/SIDA), progresele în domeniul cancerului și apariția unor noi maladii infecțioase sunt deja premise pentru modul în care va evolua tabloul nosologic în viitor. De câteva ori în ultimii ani omenirea a trecut prin alerte legate de pericolul și posibilul debut al unei pandemii. Chiar acum în timp ce scriu, mass media transmite știri alarmante despre Ebola. Toate aceste subiecte medicale sunt deja pe agenda publică, generează comportamente individuale, mișcări sociale și schimbări la nivel social și politic și din acest motiv, sociologia va avea un rol important în analiza lor.

Medicina de azi se confruntă tot mai mult cu o serie de probleme etice. Diagnosticul genetic prenatal pentru a lua decizia de a termina o sarcină prin avort în cazul în care fătul are probleme de sănătate, euthanasia și aspectele legate de sfârșitul vieții, avortul (și dacă religia are un cuvânt de spus în această problemă), alternativele la reproducerea naturală (mamele-surogat, fertilizarea in vitro), cercetarea/experimentarea medicală pe animale și ființe umane, malpraxisul medical, transplantul de organe, diagnosticarea și screening-ul în bolile stigmatizante, refuzul îngrijirii medicale pe considerente legate de religie, toate acestea sunt doar câteva aspecte ce generează azi dileme etice. O nouă ramură medicală, bioetica, a apărut cu aproximativ cinci decenii în urmă ca răspuns la aceste preocupări. Importanța acestui domeniu este dovedită de faptul că există instituții dedicate cercetării și publicații în domeniu (există 10 reviste științifice pe tema bioeticii numai în fluxul internațional principal). Datorită progresului considerabil pe care le înregistrează astăzi știința și tehnologia, inclusiv în domeniul medical, mă aștept ca subiectele sensibile din punct de vedere etic să devină mai numeroase și dezbaterile pe unele din problemele care există deja să se amplifice.

Sociologia analizează deja de ani buni un fenomen ce pare să ia tot mai mult amploare: medicalizarea societății (amintit succint mai sus). Stări sau probleme care erau considerate anterior ca firești pentru condiția umană sau evoluția de-a lungul vieții intră din ce în ce mai mult în atenția domeniului medical și sunt tratate ca probleme medicale. Consumul de alcool sau de droguri, boala mintală, aspectele legate de comportamentul sexual, maternitatea, stresul, hiperactivitatea copilului sunt exemple ilustrative pentru medicalizare. Deși există voci ce arată că discuția legată de medicalizare e exagerată și că procesul nu este atât de extins, realitatea desemnată de ea nu poate fi totuși contestată. Instituția medicală a devenit una din principalele instituții sociale, iar problemele medicale ocupă tot mai mult loc în preocupările oamenilor și societăților. Mă aștept ca problemele legate de sănătate și boala să se mențină și în continuare pe agenda publică și preocupările față de ele să crească în viitor. Anumite schimbări sociale ce afectează aspectele de sănătate se desfășoară pe intervale mari de timp (evoluțiile demografice sau schimbarea ideologiilor politice) și, mă aștept ca trenduri ce au debutat în prezent să se mențină și într-un interval de 30-50 de ani.

O persoană atentă poate observa faptul că în ultimele decenii a crescut tot mai mult preocuparea oamenilor pentru propriul corp și propria persoană. Mass-media abundă în imagini ale corpului omenesc în diverse contexte și ipostaze, oamenii se preocupă tot mai mult de aspectul lor, este redefinită ideea de corp sănătos și sunt reajustate continuu criteriile de frumusețe. Toate acestea determină o continuă raportare a oamenilor la corpul lor, fie într-o relație pozitivă de grijă pentru acesta, fie într-un raport negativ, atunci când nu corespunde standardelor, adesea imposibil de atins, prezentate în media. Dezbaterile legate de calitatea hrănirii, fitness-ul ca activitate, numărul mare de pacienți ai chirurgiei estetice, sau extinderea pe care a luat-o industria wellness-ului nu sunt decât semne ce arată importanța

acordată corpului. Probabil că niciodată corpul uman nu a fost atât de mult în centrul atenției. Firesc, disciplinele ce studiază umanul au creat ramuri pentru studiul acestui aspect. Sociologia și antropologia corpului vor cuprinde tot mai mult teren în cercetările viitoare, în timp ce psihologia și psihiatria vor trebui să găsească soluții pentru patologii ce afectează imaginea corporală (ca anorexia și bulimia).

Alte tendințe ce vor caracteriza viitorul țin de creșterea în importanță a orientărilor religioase moderne (în sens de non-tradiționale). Această revitalizare religioasă va avea ca efect consolidarea abordărilor medicale alternative care pun accent pe armonie, pe unitatea corp-minte și care abordează ființa umană ca întreg. Cred că, din acest punct de vedere, medicina holistă își va continua dezvoltarea în paralel cu medicina convențională.

Care e relevanța sociologiei în acest context? Cum se va schimba ca să poată răspunde acestor noi provocări? Ca să răspundem la această întrebare trebuie să vedem mai întâi cum s-a adaptat până acum. După o etapă a începuturilor marcată de contribuții teoretice, dezvoltarea metodologiei a permis acumularea studiilor de teren pe diverse teme. Ulterior, dezvoltarea treptată a aparatului statistic a permis realizarea de studii extensive care au conturat o imagine de ansamblu asupra stocului de sănătate al unor țări, uniuni de țări sau a lumii ca întreg. Studiile realizate de Organizația Mondială a Sănătății, sau realizate de diferite instituții ale Uniunii Europene, ca și cercetările de tipul European Values Survey și World Values Survey sunt un bun exemplu în acest sens. Ele au reprezentat un instrument extrem de valoros inclusiv pentru cunoașterea atitudinilor și comportamentelor legate de sănătate și boală. Există și un oarecare dezavantaj al acestor studii, respectiv faptul că acumularea unui bagaj atât de mare de date statistice în sănătate a dus și la o acumulare a erorilor în interpretarea acestora. Gigerenzer et al. (2007) arată cum nu doar pacienții, ci uneori și medicii interpretează eronat statisticile medicale. Cred că acest mod de lucru utilizând studii de teren extensive va continua. Abilitatea de a colecta și a lucra cu *big data* va fi una extrem de valorizată. Deja în țări din Europa cu tradiție în cercetare se lucrează cu baze de date cu înregistrări (*registry data*) despre diverse aspecte ale vieții indivizilor (date legate de venit, de educație, medicale, etc.) și mai ales cu informații rezultate din agregarea acestor baze de date. E un mod de lucru cu un potențial deosebit pentru verificarea unor cauzalități care anterior nu puteau fi testate decât pe populații mici (de exemplu relația boală-venit, boală-ocupare, etc.).

În paralel cu studiile extensive (pe populații mari), s-au acumulat și studiile legate de experiența individuală a bolii. Ecoul emoțional și social pe care boala îl declanșează, experiența spitalizării, adaptarea la o boală cronică sau semnificațiile atribuite sănătății și bolii reprezintă teme tot atât de interesante de studiat. Studiile calitative, de mai mici dimensiuni, au rafinat și nuanțat cunoașterea în acest domeniu. Atenția tot mai mare acordată individului (așa cum arătam mai sus) și auto-exprimării, valorizarea tot mai mare a experiențelor individuale, facilitată și de explozia canalelor de *social media* și a comunicării online se va reflecta în continuare și în tipul studiilor de sociologie. Studiile ce dau întâietate experienței și semnificațiilor individuale vor ocupa și mai departe un loc important. Vor lua amploare și studiile despre impactul reflectării mediatice asupra aspectelor de sănătate. Deja există un număr impresionant de cercetări ce arată că deși mass media prezintă masiv teme din domeniul medical, nu aduce întotdeauna cele mai importante subiecte în atenția publicului sau nu o face cu foarte mare acuratețe.

Închei acest capitol într-o notă practică și optimistă, arătând un exemplu concret despre cum sociologia poate contribui la găsirea de soluții pentru probleme de sănătate actuale. Arătam mai sus că astăzi predomină bolile cronice în majoritatea țărilor Europei. Dintre acestea cancerul constituie o mare provocare pentru știința medicală și sistemele de sănătate, fiind a doua cauză de mortalitate în Europa (European Health Report 2012). Dacă inițial ratele de mortalitate erau mari pentru toate tipurile de cancer, astăzi, o serie de progrese în prevenție, diagnosticare și tratament aduc câteva raze de speranță, pentru câteva din tipurile de cancer. Perspectiva asupra acestei boli s-a schimbat în ultimii ani. Supraviețuirea în cancer este redefinită și se consideră că începe din momentul punerii diagnosticului. Pentru că ratele de supraviețuire au crescut considerabil în ultimii ani pentru anumite cancere, se pune

tot mai mult problema reintegrării sociale și profesionale a supraviețuitorilor. Acești oameni care au trecut prin experiența unei boli devastatoare încearcă la un moment dat să își reia viața, suspendată temporar de tratamente și proceduri medicale. Numai că reîntoarcerea la muncă este adesea însoțită de dificultăți, unele individuale (putere scăzută de muncă, oboseală, dureri), altele legate de interacțiunea cu colegii (stigmatizare, marginalizare), altele venind dinspre angajatori (lipsa de înțelegere și suport sau chiar refuzul de a reprimi persoana la muncă). Aici pot interveni științele sociale (sociologia, psihologia) pentru a studia atât perspectiva supraviețuitorilor de cancer, cât și cea a angajatorilor și a semnala soluții pentru ca reintegrarea în muncă, atât de necesară pentru bolnav, pentru organizație și pentru societate, să fie facilitată. În Europa există din 2013 o rețea formată din peste 40 de specialiști (medici, sociologi, psihologi) din 15 țări europene care își propune acest lucru. Rețeaua COST - *Cancer and Work* (din care face parte și România) are finanțare europeană și va încerca, pe parcursul a patru ani, prin eforturi interdisciplinare, să aducă un progres într-o arie mică dar însemnată legată de cancer.

## Bibliografie

- \*\*\* *The European Health Report 2012. Charting the way to well-being*. 2013. WHO Regional Office for Europe. Disponibil la [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf), accesat la data de 24.08.2014.
- \*\*\* *Population and population change statistics*. 2014. Eurostat. disponibil la [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Population\\_and\\_population\\_change\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_and_population_change_statistics), accesat la data 27.08.2014.
- Berman, P. A. 1998. National Health Insurance in Poland: A Coach without Horses? Report nr. 63, Data for Decision Making Project. Boston: The Harvard School of Public Health. <http://www.hsph.harvard.edu/ihsq/publications/pdf/No-63.pdf>
- Bokros, L. și Dethier J.-J. (eds). 1998. *Public Finance Reform During the Transition. The Experience of Hungary*. Washington: World Bank.
- Busse, R., Geissler, A. și Quentin, W. 2011. *Diagnosis-Related Groups In Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency And Quality In Hospitals*. Open University Press.
- Cumston, C., G. 1996. *The History of Medicine*. Routledge, London.
- Ensor, T. 1993. Health System Reform in Former Socialist Countries of Europe. *International Journal of Health Planning and Management*, 8, nr. 3: 169-187.
- Ericson, R., Barry, D. și Doyle A. 2000. The moral hazards of neo-liberalism: lessons from the private insurance industry. *Economy and Society*, 29, nr. 4, pp. 532-558.
- Busse, Reinhard, Alexander Geissler, and Wilm Quentin. 2011. *Diagnosis-Related Groups In Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency And Quality In Hospitals*. Open University Press.
- Giddens, Anthony. 1991. *The Consequences of Modernity*. 1 edition. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Gigerenzer, Gerd, Wolfgang Gaissmaier, Elke Kurz-Milcke, Lisa M. Schwartz, and Steven Woloshin. 2007. "Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics." *Psychological Science in the Public Interest* 8 (2): 53-96. doi:10.1111/j.1539-6053.2008.00033.x.
- Helman, Cecil G. 2014. *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. Butterworth-Heinemann.
- Huxtable, Richard. 2009. "The Suicide Tourist Trap: Compromise Across Boundaries." *Journal of Bioethical Inquiry* 6 (3): 327-36. doi:10.1007/s11673-009-9170-5.
- Inkeles, Alex, and David Horton Smith. 1976. *Becoming Modern: Individual Change in Six Developing Countries*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Kaufert, P. A., and M. Lock. 1997. "Medicalization of Women's Third Age." *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 18 (2): 81-86. doi:10.3109/01674829709085573.

- Kennedy, Emily Huddart, Harvey Krahn, and Naomi T. Krogman. 2013. "Downshifting: An Exploration of Motivations, Quality of Life, and Environmental Practices." *Sociological Forum* 28 (4): 764–83. doi:10.1111/socf.12057.
- Kumar, Krishan. 2009. *From Post-Industrial to Post-Modern Society: New Theories of the Contemporary World*. John Wiley & Sons.
- Lehrer, Steven. *Explorers of the Body*.
- Mykytyn, Courtney E. 2008. "Medicalizing the Optimal: Anti-Aging Medicine and the Quandary of Intervention." *Journal of Aging Studies*, The anti-aging enterprise: science, knowledge, expertise, rhetoric and values, 22 (4): 313–21. doi:10.1016/j.jaging.2008.05.004.
- Paukova, Anna. 2012. "Models of Downshifting in Russian Mass Media." *Social Science Letters* 2 (1): 1–6.
- Sackett, David L. 1997. "Evidence-Based Medicine." *Seminars in Perinatology, Fatal and Neonatal Hematology for the 21st Century*, 21 (1): 3–5. doi:10.1016/S0146-0005(97)80013-4.
- Saltman, R. B., and J. Figueras. 1998. "Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms." *Health Affairs* 17 (2): 85–108. doi:10.1377/hlthaff.17.2.85.
- Vincent, John A. 2006. "Ageing Contested: Anti-Ageing Science and the Cultural Construction of Old Age." *Sociology* 40 (4): 681–98. doi:10.1177/0038038506065154.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3):429–445.