

## MIT NYER A SZOCIÁLMEDICINA A SZOCIOLÓGIÁVAL?

Az utóbbi években nálunk is több — főleg elméleti jellegű — orvosszociológiai értekezés jelent meg, s az alkalmazott szociológiai kutatások értékes, az orvosi gyakorlatban jól hasznosítható tényeket derítettek fel. Mindennek elkerülhetetlen következménye, hogy olyan vélemények is napvilágot láttak, melyek nem támaszkodván megfelelő elméleti és kísérleti alapra, félreértések forrásává váltak, s vajmi kevéssé járultak hozzá a kérdések tisztázásához. A legtöbb, néha homlok-egyenest ellenkező vélemény azzal a kérdéssel kapcsolatosan hangzott el, hogy hol van az orvosi szociológia helye a többi orvosi diszciplínák rendszerében, és mi a feladata. Ez részben érthető is, mivel az orvosi szociológia elméleti alapjai még kiforratlanok, tárgyköre nem eléggé körülhatárolt, sőt módszerei sem tisztázottak. De még az sincs eldöntve, milyen szakembereknek kell részt venniük az orvosszociológiai vizsgáldásokban.

Ezzel az elméleti és módszertani bizonytalansággal magyarázható például, hogy egyes szerzők irányító szerepet szánnak a szociológiának az egészségügyi ellátás megszervezésében. Mások viszont a szociálmedicina hatókörét kizárólag az egészségügy megszervezésére korlátoznak, hogy ezáltal helyet szorítsanak a szociológiának, mely — úgymond — elláthatná a társadalomorvostan szerepét. Grigore Popescu *Sociologia medicinei* című írása (*Viața medicală*, 1969. 13.) hasonló tendenciát mutat. A szociológia szerepének kiterjesztése érdekében azt állítja, hogy a szociálmedicina feladata elsősorban az egészségügyi ellátás megszervezése. A *Revista învățământului superior* 1968. 3. számában közölt orvosszociológiai programtervezete — elméletének megfelelően — felöleli a szociálmedicina tárgykörét csaknem teljes egészében. Meglepő, de olyanok is akadnak, akik amellett kardoskodnak, hogy a szociológia határolja el magát a szociálmedicinától, és tűzzön maga elé önálló kutatási programot.

Az egészségügyi ellátás szociológiai vonatkozásaival foglalkozók közül egyesek zsákutcába jutottak, mert a polgári szociológia meghatározta célkitűzésekből indultak ki, holott ez a látásmód nálunk nem vezethet célhoz. A tisztánlátást hátráltatja a polgári szociológiai irányzatok sokfélesége, a gyakran egymásnak ellentmondó definíciók tömege is. A szociológia szerepének eltérő értelmezése, fogalmainak nem egységes használata arra is visszavezethető, hogy az utóbbi években a szociológiától távol álló kutatásokat is mint ilyeneket fogták fel és értékelték.

Nem tartom illetékesnek magam arra, hogy minden, megítélésem szerint helytelen értelmezést bírálat alá vegyek. Arra sem vállalkozom, hogy az orvosi szociológia tárgykörébe tartozó minden problémát érint-

sek. Itt csak arra a kérdésre keresek választ, miért nélkülözhetetlen a társadalomelméleti és társadalomtudományi látásmód a szociálmedicina s ezen belül az egészségügyi szervezéstudomány számára — különösen a témaválasztást, a feldolgozást, az elméleti általánosítást illetően. Megkísérellek felvázolni néhányat azokból a határproblémákból, ahol a szociálmedicina és szociológia együttműködésétől gyümölcsöztethető eredmények várhatók.

Már előljáróban megemlítem: az egészségtudomány több mint száz éve legfontosabb feladatának tekinti, hogy kutassa — főleg biológiai módszerekkel — azokat a közegészségügyi tényezőket, melyek az ember egészségét a környezet részéről befolyásolják, s keresse azokat az eszközöket, melyek alkalmasak a kóros hatások távoltartására, az egyén ellenállóképességének fokozására. Ennek eredményeként egyre világosabbá vált, hogy az orvostudomány egymagában számos kérdésre nem tud válaszolni; hogy az egészségi állapot alakulására, számos betegség keletkezésére, elterjedtségére az orvosi természetűnek tartott tényezőknön kívül az emberek társadalmi és kulturális interperszonális helyzete is nagy hatással van. E felismerések új fogalmakat és terminusokat honosítottak meg (szociális környezet, szociális tényezők, szociális betegség, szociális terápia stb.), s egy új, átfogó orvostudományi irányzatot bontakoztattak ki: a társadalomegészségtant (szociálhigiéne). Ez az irányzat napjainkban tovább mélyül, s nálunk mint önálló tudományág szociálmedicina néven lép színre.

A szociálmedicina az orvostudománynak a társadalomtudományokkal érintkező határterülete, más szóval az orvostudomány, illetve az orvoslás társadalmi vonatkozásaival foglalkozó tudományos gyakorlat. Sajátos működési területéhez tartozik az egészség és betegség, valamint a társadalmi környezet kölcsönhatásainak tanulmányozása. Nálunk még az egészségügyi ellátás megszervezése is rá hárul. Az egészségügyi szervezéstudomány mint a szociálmedicina szerves része a szocialista egészségügy szervezetének és működésének elveivel, intézményei tervezésével, kiépítésével foglalkozik. Feladata helyesen megjelölni — előzetes elemző munka alapján — az egészségügy egésze és egyes ágai előtt álló legfontosabb tennivalókat. Biztosítania kell azt is, hogy a létrejött új szervezet a kijelölt feladatoknak megfelelően s emellett gazdaságosan is működjék.

Egészségügyi vonatkozásban a szociológia is hasonló programmal indul: kutatni az orvostudomány és az orvoslás egész területén észlelt jelenségek kölcsönhatásait az egészségügy elemeivel, jelenségeivel, az anyagi-gazdasági viszonyokkal összefüggésben; vizsgálni a tudati viszonyok és interperszonális tényezők szerepét az egészség fenntartásában és a betegség kialakulásában. Célja végső soron az, hogy az egészségügyi hálózat működtetését, fejlesztését és távlati tervezését a társadalmi igényekkel és célokkal összhangban lehessen végezni — az ehhez szükséges szociológiai információk alapján. A konkrét társadalmi folyamatok ismeretét éppen a szocialista gazdaságirányítási rendszer tényleges tartalmi megvalósítása igényli. S ez az igény nemcsak a termelőegységek

vonatkozásában merül fel; az egészségügy sem nélkülözheti a lakosság elvárásairól, elégedettségéről vagy elégedetlenségéről szóló információkat.

Nem vitás tehát, hogy e két tudományt szoros kapcsolat fűzi egymáshoz. A tárgyában egyre inkább bővülő szociálmedicina sok olyan kérdést ölel fel, mely a szociológia vizsgálódásainak is tárgya. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a szociológia helyettesítheti a szociálmedicinát, legfeljebb kiegészítheti, hiszen ez utóbbi — mint Kurt Winter is megállapítja — szélesebb tárgykörben vizsgálódik (demográfia, statisztika, epidemológia). A szociológiai kutatómódszerek ugyanakkor azért nélkülözhetetlenek az egészségügyi szervezéstudomány számára, mert itt az ideje, hogy az egészségügyi hálózat működésének mennyiségi paramétereivel mellett tanulmányozzuk a minőségi, szubjektív oldalakat is. Éspedig objektív módszerekkel.

A sokoldalúan fejlett szocialista társadalom kiteljesedésével az egészségügyi ellátás alapvető anyagi és szervezési kérdései fokozatosan megoldódnak, s így mind nagyobb fontosságot nyernek az emberi viszonyok, az intézmények szociális megnyilvánulásai. Ma már nem az a gond, mint Buda Béla is megállapítja *Az orvostudomány szociológiája* című írásában (Valóság, 1964. 10.), hogy a lakosság minden rétege megfelelő orvosi ellátást kapjon, hanem hogy ez minél magasabb színvonalú, jól megszervezett, humánus szempontból is kielégítő legyen.

A szociológia alkalmazta módszerek segítségével megoldandó egészségügyi kérdések közül — Fülöp Tamás és Th. Ilea nyomán — csak néhányat ragadok ki. Tanulmányozni kell:

- az egészségügy struktúráját, működésének elemeit;
- az egészségügyi dolgozók munkájának, hivatásának kérdéseit;
- a lakosságnak a saját egészségéhez és betegségéhez, valamint az egészségüggyhöz való viszonyát stb.

A fenti kérdések szociológiai megközelítése azért elsőrendűen fontos, mert olyan összefüggésekre deríthet fényt, melyeket igen jól hasznosíthatunk egészségügyi politikánkban.

Köztudomású például, hogy az egészségügyi intézményrendszer jó vagy rossz működése, a diagnosztikai és gyógyító eljárások munkamegosztásának kérdése kihat az egyének és csoportok egészségére, mégpedig nemcsak mint betegségmódosító tényező, hanem mint egyes betegségeket kialakító tényező is. (Az ún. iatrogén ártalmaknak ma már gazdag irodalma van.) A kórházak és más egészségügyi intézmények belső interperszonális légköre, az alap- és szakhálózat harmonikus együttműködése, technikai és professzionális színvonala serkenti vagy gátolja az orvoshoz fordulási kedvet.

Mindeddig kevés olyan tanulmány jelent meg a szociológiában vagy az egészségügyi szervezéstudományban járatos szakemberek tollából, mely az egészségügy struktúrájának egyes elavult elemeit, működésének korszerűtlen vagy bürokratikus formáit bírálná. Néhány ilyen „bírálati kampányról” tudunk ugyan, de ezek mindig akkor történtek, mikor az új szervezési formák kidolgozása előtt kiadták a jelszót: bírálni a régít (ami egyébként 10—15 évig annyira jó volt, hogy bírálat nem férhetett hozzá). Az új — általában kísérleti — szervezési formát aztán megint vajmi kevés kritika érte — ha érte egyáltalán. Pedig azt talán bizo-

nyítani sem kell, hogy az egészségügy megszervezésével foglalkozó kísérleteknek csak akkor van értelme, ha társadalmilag hasznosak, ha általuk javul a lakosság egészségügyi ellátottsága. Mégis számtalan rudimentáris kísérletről hallunk. Sokan és gyakran próbálkoznak különféle — a fennálló törvényes kereteken belül lehetséges — szervezési formák bevezetésével, melyek egy része valóban beválik (például a falusi egészségügyi központok létesítése), de több ilyen kísérlet gyakran épp a lakosság igényeit nem veszi tekintetbe.

Az ilyen kísérletek és intézkedések kritikai értékelésének fel kellene tárnia azokat a problémákat, jelenségeket, amelyek zavarólag hatnak az egészségügyi intézmények, dolgozók munkájára, a lakosság ellátására, s amelyeket a szervezés és vezetés tényezőinek kell megoldaniuk. Persze, az értékelés nem könnyű, mert nem egyszerű a kontroll beállítás. Így annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy az új szervezési forma jobb-e az előzőnél, hogy javult-e általa a lakosság egészségügyi ellátása, igen bonyolult, és sokoldalú elemzést kíván. De éppen ebben segíthet a szociológia!

Vagy itt van a hiperspecializálódás problémája, melynek számtalan, az egészségügyi dolgozók munkáját és hivatását illető vonatkozása van (azon kívül, hogy lassan átalakítja az orvostudomány egész arculatát). Ismeretes, hogy a tudomány és technika fejlődésével párhuzamosan az orvostudományban is új specialitások jelennek meg, s ezek mind önálló diszciplínát követelnek maguknak, hogy a kutatási területet, autoritást, felelősséget körül lehessen határolni. Ennek gyakorlati vonatkozása, hogy ugyanazt a beteget számos orvos kezeli, s így bizonytalanná válik annak az eldöntése, hogy kire hárul a felelősség a betegért és betegségért, ki hozhatja meg a végső döntést a beteg fölött.

A fenti kérdésekre — és másokra is, amelyek közül néhányra még kitérek — szociológiai felmérés hiányában mostanig nem sikerült megfelelő választ találni. Így a megoldás is késik, s ennek az a következménye, hogy a beteg komplex fizikai, pszichikai és szociális kezelésének szükségessége gyakran elvész a speciális osztályok céljai között. Ezek nem veszik magukra a teljes felelősséget a betegért, hanem megosztják egymás között.

A szakosodás kiteljesedésének következményeként a gyógyító munka egyre bonyolultabb lesz: számos diagnosztikai és terápiás eljárás bevezetése — hasznossága mellett — veszélyt is jelent a betegre nézve. Igaz, hogy a kockázat növekedésével párhuzamosan nő a pontosság és a rend igénye is, ennek azonban negatív oldala is van, mégpedig az, hogy a feladatok végrehajtását meghatározó szabályok és előírások rendszere egyre bonyolultabb és merevebb lesz. Egészségügyi intézményeinkben például az adminisztratív vezetés azt kívánja, hogy a beosztottak a szabályoknak megfelelően dolgozzanak; hogy a szolgálatot az előírt munkamenet szerint cseréljék — nem pedig az ellátás igényei szerint. A szabályokhoz való ragaszkodás így gyakran öncélúvá válik, ahelyett hogy a célhoz vezető eszköz lenne. Ez viszont oda vezet, hogy a beteg—orvos kapcsolat mind személytelenebbé válik, az eredetileg humánus célok áttevődnek a szabályok által megkövetelt viselkedési formák részleteire. Ennek eredményeként a betegekben gyakran az a vélemény alakul ki, hogy a szabályoknak megfelelő munka — mely néha elszakad eredeti

céljától — bürokrácia; hogy a formalizmus lassan uralkodóvá válik, s elvész, illetve háttérbe szorul a beteg érdeke. M. W. Susser és W. Watson *Sociology in Medicine* című könyvükben részletesen elemzik a fenti jelenséget, természetesen a kapitalizmus körülményei között, de az orvosegészségügyi szolgálat nálunk is sok példát szolgáltat erre. A betegeket gyakran „eset“-ként kezelik, tekintet nélkül egyéniségükre, ami konfliktushoz vezet a szabályokhoz ragaszkodó orvos és a beteg között: előbbi nem veszi figyelembe a beteg személyes szükségleteit, a beteg viszont arroganciával és embertelenséggel vádolja az orvost.

A felelősség felsorolt hiányosságait sokan bírálták, és számtalan olyan javaslatot próbáltak kidolgozni, amely a medicina humánus, emberi tartalmát és az „egész ember — egész beteg“ fogalmát hangsúlyozza. E kísérletek eredményei azonban még nem kielégítőek; nem azok, mert az orvostudomány a fenti tényezők vizsgálatakor már nem támaszkodhat kizárólag a szociálmedicina módszereire, sem pedig az orvostudomány természettudományos módszereire, hiszen ezek számára bizonyos szociális, interperszonális összefüggések rejtve maradnak.

Van tehát az orvosi szociológia számára probléma bőven! S még több lesz, ha arra gondolunk, hogy a jövő orvostudományában mind mennyiségi, mind minőségi szempontból elsőbbsége lesz a terápiával szemben. Az egészséges ember felé forduló profilaktikus irányzat az orvosi szociológia számára sok új feladatot teremt, és ezek egyben az emberről alkotott tudományos felfogásunkat is érintik. Ilyen vonatkozásban különösen fontos az orvostudomány számára a személyiség mint szabályozó rendszer szerepének a tisztázása. A kérdés ugyan inkább a pszichoszociológia területéhez tartozik, de egészségügyi szervezési vetülete is van — a személyiség integráltsági foka ugyanis döntő módon befolyásolja az egyén saját egészségéhez, betegségéhez, valamint az egészségüghöz való viszonyát.

Ma már senki sem tagadja, hogy a személyiség társadalmi produktum. A személyiség integráltsági fokától és szabályozó erejétől — ahogyan Manfred Pflanz, Buda Béla és mások megállapították — nagymértékben függ, hogy mikor, milyen rendellenes észrevevés tudatosul, tűnik kórosnak, lesz belőle panasz, az orvoshoz fordulás motivációja. De a személyiség nemcsak a betegségérzés szabályozása szempontjából jelentős; aktív tényező az életmód irányításában is, s ezzel azt is meghatározza, hogy a szervezet milyen fajtájú és intenzitású környezeti károsító hatásokkal kerül érintkezésbe, hogyan reagál ezekre. Az egyéni és csoportélet eddig még nem eléggé felderített sajátosságainak tehát nagy fontossága lesz a preventív orvostudományban.

\*

Az egészségvédelem mint társadalmi intézmény nálunk állami jellegű. Éppen ezért megvan rá a lehetőség, hogy messzemenően racionalizált és humanizált legyen. Hazánkban a szociálmedicina önálló tudományának feladata, hogy a lakosság egészségügyi állapotát és ellátottságát, továbbá a társadalmi környezet és ezen belül különösen az egészségügyi intézmények működését tanulmányozva, hatékony intézkedéseket írjon

elő. Az adatok mögött megbúvó realitás alaposabb megismerésében segíthet a szociológia.

Ilyenformán — úgy vélem — nem kell tovább bizonyítanom, hogy a szociológia kapcsolata a szociálmedicinával szoros, hiszen tárgykörük sok vonatkozásban azonos. Ennek ellenére egyik sem veheti át a másik szerepét. Nem, mert különbség van köztük a probléma tárgyalásmódját, látászögeik különbségeit, vonatkozás-jegyeit illetően. Véleményem szerint azonban az új tudomány polgárjogának elnyerése érdekében tett erőfeszítéseink nem jelenthetik ennek a többi, az egészség és a betegség társadalmi vonatkozásait kutató tudományok fölé való helyezését, ezek szerepének csökkentését. Ilyen vonatkozásban P. A. Sorokin amerikai kutatóra hivatkozhatom, aki felhívja a figyelmet a szociológia térbeli kiterjesztésének, túlméretezésének veszélyére, ha ez a többi, a társadalmi valóságot kutató tudomány rovására történik. Egyébként Piaget is arra figyelmeztet, hogy ha tudni szeretnők, mi lesz az interdiszciplináris kutatások jövője, azzal kell kezdenünk, hogy összehasonlíttjuk (anélkül, hogy szétválasztanók) a problémákat. Egyes tekintélyes szerzők, mint jeleztem már, nálunk éppen fordítva próbálták meg.

A szerepek szétválasztása helyett inkább az együttműködés feltételeit kell megteremteni. A széles körű együttműködés orvosok és szociológusok között az új tudományos módszerek bevezetése céljából — elsősorban az egészségügyben dolgozók érdeke. De az együttműködésből a szociológiának is haszna származik, hiszen az orvosi és egészségügyi jelenségek területén több tipikus társadalmi tény és szabályszerűség tisztábban és könnyebben megvizsgálhatóan kerül felszínre, mint más szociális jelenségekben.

Arról van szó, hogy az orvosok és szociológusok együttműködésének valamilyen formát adjunk, hogy a szociológia nyújtson segítséget az orvostudománynak, hogy az egészségügy problémáit a szociológia módszerével és álláspontjával világítsuk meg. S ebben a szociológiának ma meg kell elégednie metodológiai szerepével.

**Csehi Péter: Kollázs**

