



SOCIOLOŠKI ASPEKTI ZDRAVLJA I BOLESTI

Mirko ŠTIFANIĆ
Medicinski fakultet, Rijeka

UDK: 316:61
Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 26. 10. 1999.

Čovjekove spoznaje o zdravlju i bolesti nisu jedinstvene. Načini na koje se zdravlje i bolest shvaćaju izravno su povezani sa stanjem i odnosima u društvu, odnosno ponašanjem osobe i skupine. Sociološka istraživanja zdravlja i bolesti proučavaju društvene čimbenike koji mogu izazvati razne bolesti i nepovoljno utjecati na njihov razvoj i ishod. Istražujući stanje u društvu, nastoji se pronaći takve oblike društvenoga života koji unapređuju zdravlje i sprečavaju nastanak bolesti. Tipično pitanje kojim se sociološka istraživanja zdravlja i bolesti bave jest: kako stil života, spol, dob, rasa, društveno-ekonomske, socio-kulturne i druge razlike među ljudima utječu na kvalitetu zdravlja te na pojavu bolesti i njezin ishod? Osnovni cilj ovih istraživanja jest učiniti te spoznaje pristupačnima svim slojevima stanovništva, bez obzira na društveni položaj. Na taj su se način društvene znanosti, posebice sociologija medicine, etablirale kao akademska disciplina u zapadnim razvijenim državama (SAD-u, Njemačkoj itd.), gdje su se razvile odgovarajuće metode istraživanja koje postižu nedvojbene rezultate o stanju, razvoju i projekcijama društva. U realizaciji socioloških istraživanja zdravlja i bolesti u hrvatskim društvenim znanostima potrebno je afirmirati sociološki teorijsko-metodološki pristup primjeren ekonomskim, kulturnim, pravnim, etičkim i političkim promjenama u Hrvatskoj na pragu XXI. stoljeća. Služeći se bogatim iskustvima sociologije medicine zapadnih zemalja, prije svega SAD-a, hrvatski sociolozi medicine trebaju pratiti stanje zdravlja tranzicijskoga društva u kojemu dominiraju konflikti, diferencijacija, marginalizacija dijela društva i nemezis. Na taj način društvene znanosti pomoći će u spoznaji društva o sebi i potrebnim mjerama u njegovoj izgradnji tijekom složenoga procesa tranzicije, što ima izravan utjecaj na zdravstvene, ali i na općedruštvene ishode.



UVOD

Razvoj modernih društava u dvadesetom stoljeću utjecao je na to da se odnos prema bolesti promijenio tako da se uvjeti društvene sredine i odnosa u društvu tretiraju kao patogeni čimbenici. Takav pristup postupno je utirao svoj put, pa se danas bolesti promatraju s obzirom na društveni, ekonomski i kulturni položaj, odnosno identitet osobe i njezino ponašanje. Suprotno tradicionalnom naglasku na individualnu patologiju u kojoj prevladava mišljenje da je bolest isključivo proizvod djelovanja mikroorganizama na ljudsko tijelo, perspektiva sociološkoga pristupa bolesti usredotočuje se na individualnu i skupnu patologiju, odnosno na to što pojedinac, odnosno skupina definira kao normalno ponašanje i kako se ponaša, jer to omogućuje oblik, sadržaj i smisao liječenja u suvremenom društvu.

Sociološka istraživanja zdravlja i bolesti nastoje otkriti ono što je prethodilo bolesti, tj. koliko je ponašanje osobe, okoline i društva utjecalo na pojavu i razvoj bolesti. S obzirom na to da bolest ima društvene korijene i na taj način postaje društveno stanje, istraživanje uzroka i posljedica bolesti ima svoj *raison d'être* u društvenim znanostima. Prema relevantnim podacima (Cockerham, 1989., 575) medicinski sociolozi obuhvaćaju najveći dio socioloških udruženja u Americi, Velikoj Britaniji i Njemačkoj. Više od 10 posto američkog udruženja sociologa 1986. godine pripadalo je društvu medicinskih sociologa, pa na taj način čini jednu od 23 najveće posebne sociološke grane.

Tri su temeljna razloga zbog kojih se društvene znanosti zanimaju za morbiditetne fenomene, odnosno bolesti i obolijevanja u suvremenom društvu. Prvi je zbog velikoga utjecaja bolesti na život pojedinca i društvene skupine, a drugi se sastoji u činjenici što se bolest ne pojavljuje samo kao ishod napada patogenih klica koje napadaju tijelo nego kao rezultat konkretnih društvenih uvjeta, ponašanja, odnosa i procesa te zbog toga što je raskorak između anatomskih karakteristika čovjeka, prilagođenih prehistorijskoj okolini i današnjih uvjeta života sve veći.

Tipična pitanja koja u sklopu socioloških istraživanja istražuju sociolozi i politolozi mogu se svesti na sljedeće: kako društveni čimbenici, primjerice stil života, utječu na zdravlje i pojavu bolesti? Koje su društvene funkcije zdravstvenih institucija i organizacija? Kakav je odnos između sustava pružanja zdravstvene zaštite i ostalih socijalnih službi? Kakva se kakvoća liječenja nudi različitim slojevima stanovništva? Kakvi su stilovi društvenoga ponašanja karakteristični za zdravstveno osoblje i one osobe kojima je potrebna zdravstvena njega? (Cockerham, 1989., 576). Kakvi su dominantni modeli odnosa

liječnik-pacijent? A načini razumijevanja vlastite bolesti i oblici traženja liječničke pomoći? I dr.

DRUŠTVENA ODREĐENOST ZDRAVLJA

Sociološka analiza populacijske dinamike pokazuje da su zdravlje i bolest ne samo osobni ili psihološki problemi već da su društveno uvjetovani. Društveni čimbenici nemaju samo velik utjecaj na kakvoću življenja i na trajanje života već i na vjerojatnost pojave bolesti, vrstu bolesti, vrstu i kakvoću zdravstvene zaštite te na vjerojatnost ozdravljenja, odnosno smrti. U primitivnim kulturama liječenje se sastoji u čaranju vrača, dok će u modernom društvu uzrok istih problema biti pripisan neoplastičnim promjenama stanica te će pacijent biti tretiran hospitalizacijom, različitim vrstama lijekova i zračenjem, što danas ovisi o pripadnosti društvenom sloju.

Društvena određenost zdravlja i bolesti najjasnije se manifestira u raznim bolestima i smrtnosti u predindustrijskim i industrijskim društvima. Uzroci smrti u predindustrijskim društvima najčešće su bile akutne infekcije, problemi vezani uz prehranu i paraziti, a stope smrtnosti najviše su među djecom koja umiru od bolesti kao što su difterija, poliomielitis, i tifus. Za razliku od toga, najčešći uzroci smrti u industrijskim društvima su bolesti kroničnoga tipa, a najviše stope smrtnosti su među osobama koje umiru od bolesti kao što je rak, infarkt, srčane bolesti te emfizem pluća (Donati, 1986.).

Svako društvo ima vlastite modele zdravlja i bolesti koji su usko vezani s pripadajućim kulturnim navikama. Tako SAD, primjerice, ima najvišu stopu srčanih bolesti na svijetu, a to je problem koji dijelom ovisi o općenitom pomanjkanju kretanja te o prehrani bogatoj životinjskim mastima. Amerikanci imaju najvišu stopu samoubojstva među ostalim industrijaliziranim zemljama, djelomično zbog toga što američko društvo tolerira visoku razinu agresivnosti muškaraca i zato što SAD dopušta nabavu vatrenoga oružja kojim je počinjen najveći broj ubojstava. Kod Amerikanaca je također najveća stopa ugojenosti koja je izravni rezultat sjedećeg načina života u kombinaciji s prehranom bogatom škrobom, mastima i šećerom. Bolesti povezane sa stresom, kao čir ili povišeni tlak, također su vrlo uobičajene, a njihova raširenost je vjerojatno povezana s brzim ritmom gradskoga života.

Stopa smrtnosti zbog nesreća, koja je u razvijenim zapadnim zemljama na trećem mjestu, nakon srčanih bolesti i raka, visoka je uglavnom zbog povreda uzrokavanih velikim brojem prometnih nezgoda, dok su bolesti respiratornoga aparata, osobito rak pluća i emfizem sve češće, ili zbog cigareta (Jonjić, 1993., 18-21) ili zbog zagađenja u atmosferi. Visoka je i smrtnost zbog prekomjerne količine droge, što se treba pripisati, do-

brim dijelom, slobodnom propisivanju barbiturata od liječnika, što drogu čini lako dostupnom (Jonjić, 1993.).

Zdravlje i bolest ne variraju samo u raznim društvima već i u raznim društvenim skupinama, odnosno zajednicama unutar određenoga društva. Sociološka istraživanja pokazuju da su razlike učestalosti bolesti i smrtnosti u različitim dijelovima društva iznenađujuće. Opće je poznat statistički podatak da žene žive duže od muškaraca, bijelci duže od obojenih rasa, dok stariji ljudi imaju veće mogućnosti od mlađih da obole od kroničnih bolesti, a mladi više naginju akutnim infekcijama.

Drugo važno otkriće socioloških istraživanja zdravlja i bolesti vezano je uz društveni status. Naime, što je viši društveno-ekonomski status pojedinaca, veća je mogućnost da će osoba biti zdrava, pa je veća vjerojatnost da će duže živjeti. Gotovo svi zdravstveni problemi, od psihičkih problema do raka, rašireniji su među nižim društvenim klasama. Tome ima više razloga, a glavno pravilo je da osobe koji imaju viši društveni status uživaju bolju prehranu, odnosno kvalitetnije žive, znaju brže prepoznati i objasniti simptome i brže potraže liječničku pomoć te imaju mogućnost dobiti kvalitetnije medicinske usluge (Coe, 1970.).

Zdravlje, bolest i društvo

Proučavanje odnosa između društva, odnosno društvene strukture i stanja zdravlja i bolesti ima za cilj otkrivanje društvenih uzroka bolesti, odnosno utjecaja drugih čimbenika na zdravlje. Položaj u socijalnoj strukturi utječe na zdravstveno stanje pojedinca tako da ga navodi da se ponaša na način koji ili promiče ili ugrožava zdravstveno stanje (kulturni obrasci ishrane, vježbanje, pušenje) ili izlaganjem osobe društvenim i radnim okolnostima koje variraju s obzirom na stupanj u kojem ugrožavaju psihičko i fizičko stanje kao što su npr. buka, kemijski zagađivači i rizici ozljede u nesrećama.

Ponašanje osobe može imati različite posljedice na zdravlje. Pojedinci unutar neke skupine često se osjećaju prisiljenima da se ponašaju kao i ostali članovi skupine. Tako osobe koje imaju veze s osobama koje puše, piju alkohol, koje su fizički aktivne ili primjenjuju određene dijetalne prakse, mogu slijediti model zacrtan u svojoj skupini kako bi održali svoj skupni identitet. Stoga društvene skupine imaju potencijal da ili promiču zdravlje ili ne, što znatno utječe na zdravstveno stanje pojedinca i skupine (Berkman, 1985.).

Aspekti fizičke ili socijalne okoline koji ugrožavaju ili promiču zdravlje mogu biti sami po sebi bitni za zdravstveno stanje. Psihički stres koji prate socijalni sukobi ima utjecaj na obrambeni sustav i dovodi do upotrebe alkohola, cigareta, dro-

ga, i drugoga što ugrožava zdravlje, odnosno dovodi do bolesti koje bi osoba inače mogla izbjeći. To potvrđuje povezanost stresa i zdravlja (Cooper, 1983.).

Uvjeti okoline i osobnog ponašanja koji su oblikovani stajalištima socijalne strukture utječu na osjetljivost pojedinca na štetne utjecaje. Npr. izlaganje nekim mikroorganizmima (uzročnicima bolesti) ne bi rezultiralo razvijanjem bolesti da osoba nije osjetljiva prema štetnim utjecajima. Tako siromašna i pothranjena djeca mogu umrijeti od proljeva, dok je taj utjecaj na bolje ishranjenu djecu minimalan.

Na temelju socioloških istraživanja zdravlja i bolesti utvrđeni su brojni pokazatelji osjetljivosti prema bolestima, među kojima su psihološki stavovi, fizička otpornost, imunološka kompetentnost i genetske sklonosti. Glede psiholoških stavova uvedena je koncepcija "čvrstoće", tj. sposobnost osobe da se odupre bolesti. Američki znanstvenici su zapazili da "čvrstoća" odgovora na izazove ima veze s otpornošću prema bolestima, osobito pod uvjetima sve jačeg stresa (Banks i Jackson, 1982.). Slične ideje navodi i Antonovsky (1984.). Sredstva koja omogućuju nekom pojedincu da se odupre bolesti imaju zajedničku osobinu da pružaju životna iskustva obilježena osobinama kao što su ustrajnost, sudjelovanje u donošenju odluka i drugo.

I društveni status osobe povezan je sa stopama obolijevanja. Zapažene su razlike u društvenoj klasi s obzirom na stopu mentalnih bolesti, a utvrđeno je da je prevladavanje psihičkih poremećaja veće među ženama iz radničke klase nego među ženama iz srednje klase (Brown i Harris 1978.), dok je zaposlenost povezana s dobrim zdravljem. Studija o uzrocima smrti državnih činovnika u Londonu utvrdila je povezanost između stopa smrtnosti i osoba nižih položaja u hijerarhiji. Muškarci na najnižoj socioekonomskoj ljestvici imali su četiri puta veću smrtnost od bolesti srca i viši krvni tlak nego činovnici iz najvišeg stupnja u hijerarhiji (Armstrong, 1984.).

Povezanost rase sa stopama obolijevanja i umiranja također može, barem djelomično, odražavati utjecaje različitoga socioekonomskoga statusa. Naime, nebijelci imaju više stope smrtnosti nego bijelci praktično u svim dobnim skupinama. Također, težina i raširenost nekih zaraznih bolesti veća je među djecom iz manjinskih skupina. Kod odraslih u SAD-u krvni tlak je konzistentno viši među crncima nego među bijelcima, bez obzira na dob i spol, dok je bračno stanje povezano s boljim zdravljem osoba oba spola. Osobe u braku imaju manje zdravstvenih teškoća nego rastavljene osobe (Verbrugge, 1979.). Promjene bračnog stanja, rastava i smrt supružnika te stanja (ne)zaposlenosti povezani su s kardiovaskularnom bolešću (Verbrugge, 1985.).

SOCIOLOŠKA ISTRAŽIVANJA ZDRAVLJA I BOLESTI

Društvene pozicije dovode do različitih odgovora i određuju različita ponašanja unutar skupine ili zajednice. Stoga, brojni istraživači ispituju izravne ili neizravne utjecaje socioekonomskih osobina, dobi, spola, religije, rase, etničke pripadnosti, bračnog stanja, zanimanja i drugih demografskih i strukturalnih osobina na zdravlje. O načinu na koji su društveni odnosi strukturirani ovisi društveni status određenoga pojedinca i onih osoba s kojima on stupa u suodnos. Ponašanje pojedinaca i njihovi odgovori na akcije drugih u takvim socijalnim kontekstima kao što su ženidba, prijateljstvo, roditeljstvo, etničke, kulturne i radne skupine utječu na vjerojatnost izlaganja okolnostima koje promiču ili ugrožavaju zdravlje, kao i na osjetljivost prema bolestima te na njihovo liječenje.

Sociološka istraživanja zdravlja i bolesti potvrđuju da sudjelovanje u društvenim odnosima i promjene okolnosti koje promiču ili remete te odnose koreliraju sa zdravstvenim stanjem (Gerhardt i Straus, 1979.). Sve opsežnija literatura navodi na zaključak da socijalna podrška pozitivno korelira s dužim i zdravijim životom i obrnuto. Zapaženo je da je socijalna izolacija povezana s čitavim nizom bolesti kao i s većim rizikom oporavka od bolesti, dok je uredan bračni odnos povezan s nižom stopom smrtnosti. Također, intervencije kojima se pruža socijalna podrška olakšavaju oporavak od zdravstvenih problema, a uzajamna podrška povezana je s brzim oporavkom nakon srčanih napada i sa smanjenjem zdravstvenih komplikacija (Berkman i Syme, 1979.).

Spol i bolest

Kakvoća zdravlja, stope obolijevanja i umiranja, općenito i za pojedine bolesti, kao i promjene tih stopa povezane su s brojnim socijalnim identitetima, osobito spolom, socioekonomskim statusom, zanimanjem i dobi. Glede spola, rizik smrti je veći za muškarce nego za žene kod svih vodećih uzroka smrti i za sve dobne skupine. Npr., kod muškaraca je smrt zbog ozljeda češća nego kod žena. Do vremena kad muškarac dosegne mlado odraslo doba, njegov rizik smrti od nenamjerno izazvane ozljede gotovo je četiri puta veći nego kod žene iste dobi. Iako muškarci općenito imaju manje zdravstvenih problema, za probleme koje imaju pokazuju namjeru da budu ozbiljniji, osobito između 17. i 44. godine.

Muškarci češće doživljavaju ozljede, dugotrajnu invalidnost i za život opasne bolesti kao što su emfizem, atheroskleroza i koronarna bolest (Verbrugge, 1985., Waldron, 1983.). U objašnjenjima razlika između spolova kod stope povreda u djetinjstvu ističe se uloga koju nameću roditelji. Roditelji očekuju od muške djece da djeluju u svojoj okolini na fizički a-

gresivniji način, iako dječaci nisu spretniji od djevojčica u motoričkom razvoju. Vrsta ozljeda koje odražavaju najrazličitije razlike između spolova su kontuzije, frakture i nagnječenja. Upravo su to vrste ozljeda koje proistječu iz fizički agresivnijeg i aktivnijeg stila muškaraca (Rivara, 1984., 101). Veće izlaganje nekim čimbenicima rizika povećava vjerojatnost nekih povreda. Tako muškarci u svim dobnim skupinama imaju višu stopu povreda povezanih s biciklima nego žene, jer ih rabe češće i dulje (Rivara, 1984., Verbrugge, 1985.).

Muška uloga u prošlosti bila je povezana i s čitavim nizom drugih ponašanja koja ugrožavaju zdravlje, među kojima su veće pušenje (Jonjić, 1993., 20), uzimanje alkohola i rizičan način vožnje. Međutim, u suvremenom društvu dolazi do promjena nekih vidika tih uloga, osobito glede uporabe duhana i alkohola te seksualne aktivnosti. Iako izgleda da ne postoji ukupna prednost vezana uz spol glede sudjelovanja u ponašanjima koja imaju preventivno-zdravstveni karakter, zapažene su razlike među spolovima u preventivnim aktivnostima. Žene češće uzimaju vitamine, čiste zube četkicom i odlaze na preventivne zdravstvene preglede, dok muškarci češće izvode naporne vježbe i rjeđe idu na liječnički pregled.

Određeni pokazatelji spola relevantni za zdravlje mogu biti manje izravni te se mogu objasniti posljedicama propisanih uloga vezanih uz spol. Iako tradicionalno shvaćanje kazuje da uloge odraslih osoba povezane sa spolom utječu na rizik ozljeđivanja i nastanak bolesti, postoji vrlo malo komparativnih istraživanja zdravstvenih rizika kod aktivnosti povezanih sa spolom. Uloge koje igraju žene mogu ih izvrgnuti većem riziku psihološkoga stresa, bilo zbog socijalnoga obezvređivanja statusa žene kao čuvara doma ili pretjeranih zahtjeva koji se postavljaju ženama zbog višestrukih uloga (Verbrugge, 1985., Gove, 1985.). Sociološka istraživanja potvrđuju da žene pokazuju tendenciju prema češćem obolijevanju i od akutnih bolesti (bolesti dišnog i probavnog sustava, zaraznih i parazitaranih bolesti, povreda u strarijoj dobi) i od lakših kroničnih bolesti (npr. kronični bronhitis, sinusitis, artritis, hemoroidi, hipertenzija) te kratkotrajnog invaliditeta. Osobito u srednjoj i starijoj dobi kod žena ima više dugotrajnog invaliditeta kao posljedica kroničnih zdravstvenih problema, što se odražava u ograničenju odlazaka u kupovine, crkvu i na rekreacijske aktivnosti (Verbrugge, 1985.).

Razlike među spolovima vrlo su važne kada je u pitanju smrt. Razlika koja se često navodi je činjenica da je prosječna životna dob žene dulja nego prosječna životna dob muškarca. Žene češće obolijevaju od bolesti koje su za život opasne, dok su najčešći uzroci smrti kod muškaraca srčane bolesti, rak, cerebrovaskularne bolesti i nesretni slučajevi. Međutim, istraživanja pokazuju da muškarci i žene umiru od istih bolesti, a

ono što čini razliku među poslovima je učestalost zdravstvenih problema i brzina nastupanja smrti. Dok muškarci imaju veću stopu smrtnosti, žene imaju veću stopu bolesti. Žene više obolijevaju od kroničnih bolesti i više se služe zdravstvenim uslugama od muškaraca. Žene najčešće obolijevaju od raka između 22. i 55. godine. Ipak, muškarci su 1-5 puta skloniji umiranju od raka nego žene. Zaposlene muškarce srednje dobi u Americi danas smatraju visokoriskantnim skupinama, pogotovo ako puše, ako su predebeli i ako previše rade. Muškarci, također, najčešće imaju povišen krvni tlak, dok žene pate od pretjerane debljine. Takvo stanje može se promijeniti kad se žene budu u većoj mjeri bavile opasnijim zanimanjima s većim opterećenjima, što pogoduje nastanku bolesti (Verbrugge, 1979., 401). To upućuje na zaključak da je muška uloga važan čimbenik koji utječe na muškarčevo obolijevanje i trajanje životnoga vijeka. Kad je riječ o ženama, zbog većega broja bolesti koji se u njih javlja one proživljavaju manje udoban život od muškaraca. Unatoč tome što žene češće obolijevaju od muškaraca, u prosjeku žive duže. U nekim elementima one pokazuju smanjenu osjetljivost, iako su izložene čitavom nizu zdravstvenih rizika. Nadalje, kako žene pokazuju znatno veću tendenciju da se brinu za sebe i da se u duljim razdobljima koriste medicinskom skrbi, njihova otpornost na nove bolesti može biti pojačana (Verbrugge, 1985.).

Dob i bolest

Dvadeseto stoljeće karakteristično je po činjenici da je broj ostarijelih osoba u stanovništvu mnogih država u sve većem porastu. Na to su utjecali brojni čimbenici u sklopu prosocijalne politike *Welfare Statea*, kao što su bolja ishrana, stanovanje, zdravstvena zaštita i dr. U SAD-u, Njemačkoj i Italiji ima više od 20 posto stanovništva starijeg od 65 godina. U Hrvatskoj danas nemamo tako visok postotak starih osoba. S 13,1 posto stanovnika starijih od 65 godina Hrvatska se ubraja u tzv. stare nacije. Istodobno, u nas se evidentira veći mortalitet nego natalitet, što je za malu naciju poput Hrvata posebno osjetljivo kulturno, ekonomsko i političko pitanje.

Potreba za zdravstvenim uslugama povećava se što je osoba starija zato što i manje smetnje mogu biti opasne za život. Čimbenici kao što su kvalitetna ishrana, tjelovježbe i zdravstvena zaštita pomažu današnjoj starijoj populaciji u razvijenim zapadnim zemljama da je zdravija od starijih populacija u prošlosti te od populacije u tranzicijskim državama. Zbog društveno-ekonomskog stanja većega broja građana, to se odnosi i na Hrvatsku. U nas biti star znači biti siromašan, odbaćen od društva, pa i obitelji i imati manje vrijedan status. Starije osobe su siromašne, usamljene, nesigurne, nekvalitetno i neredovito se hrane i pod stalnim su utjecajem stresa zbog kašnjenja isplate i inače nedostatnih mjesečnih mirovina.

Istraživanja starijih osoba u zapadnim društvima pokazuju da je prisutnost intimne i stabilne veze sa supružnikom, bliskim rođakom ili prijateljem vrlo važna za psihološko stanje starije osobe, a smrt jednoga supružnika bitno utječe na zdravlje, pa i smrt drugoga. Brojne okolnosti koje potencijalno dovode do stresa prate proces starenja, uključujući odlazak u mirovinu, odlazak djece iz obitelji, smrt bračnoga druga, percepcija sve veće slabosti vlastita tijela ili bliske i/ili voljene osobe te očekivanje skraćene budućnosti. Značenje bračnoga stanja glede mortaliteta, čini se, veće je kod muškaraca nego kod žena. Višegodišnje retrospektivne studije potvrđuju da biti udovac donosi povišenu stopu smrtnosti kod muškaraca, dok kod udovica nije nađena povišena stopa smrtnosti. Taj pokazatelj ostao je istim i nakon što su izvršene korekcije glede dobi, naobrazbe, dobi prve ženidbe, pušenja cigareta, odlaženja u crkvu i ekonomskog statusa.

U industrijskim društvima porast krvnoga tlaka povezan je sa starijom dobi, dok u nekim primitivnim društvima krvni tlak ne raste sa starenjem. Objašnjenje može biti činjenica što u primitivnim populacijama tjelesna težina ne raste sa starijom dobi, pa ne dolazi niti do porasta krvnoga tlaka.

Dob je povezana s razlikama u stopama obolijevanja i umiranja. Broj smrtnih slučajeva zbog nenamjerno uzrokovanih povreda povećava se tijekom djetinjstva. Najviše stope povreda su kod starijih *teenagera* i mladih odraslih. Adolescenti i mladi odrasli (15 do 24 godine) trenutačno imaju višu stopu smrtnosti nego što su je imali prije 30 ili 40 godina.

Školska djeca su najpodložnija streptokoknim infekcijama, nakon čega slijede djeca od dvije do pet godina. Odrasli su iza njih, a djeca mlađa od dvije godine su na posljednjem mjestu s obzirom na stope zaraze. No, kad se klice jednom nastane u organizmu, šansa pojedinca da oboli ne varira mnogo između različitih dobnih skupina.

Odnos između roditeljskoga statusa i zdravlja je također uvjetovan ispunjavanjem ostalih socijalnih uloga. Neudate žene koje rade i imaju djecu slabijeg su zdravlja nego takve žene bez djece (Verbrugge 1985., 169).

Stariji bolesnici medicinsku pomoć često traže mnogo kasnije, tijekom bolesti, dok mladi ljudi to čine mnogo ranije. Ta tendencija smanjuje mogućnost za uspješno liječenje starijih osoba. Stariji ljudi, također, rjeđe sudjeluju u zdravstveno-promidžbenom ponašanju kao što je vježbanje. Negativan stav starijih osoba prema vježbama kao aktivnostima važnim za održavanje zdravlja može se objasniti tendencijom starijih osoba da podcjenjuju svoje fizičke sposobnosti, precjenjuju vrijednost ono malo vježba koje rade i opasnost koju bi fizička aktivnost mogla imati za njihovo zdravlje. Nadalje, starije osobe nerijetko drže da je vježbanje vrsta ponašanja neprikladna za njihovu dob.

Rasa i bolest

Jedan od odraza društvene uvjetovanosti bolesti jest rasno podrijetlo. Primjerice, postotak umrle novorođenčadi crnaca dvostruko je veći od bijelih beba. Američki crnac i Indijanac u velikom su zaostatku za bijelcem što se tiče zdravlja. Poseban problem crnih Amerikanaca je hipertenzija. Također, crni Amerikanac 1984. godine živio je četiri godine i četiri mjeseca manje od bijelog Amerikanca, dok bijela žena ima duži životni vijek od crne. Crnci imaju veći broj umrlih od raka, a i dijabetes prevladava u njima. Osim društveno-ekonomskih i sociokulturnih čimbenika, kao argumentacija takva stanja navode se sljedeće hipoteze:

- *genetska hipoteza* koja ističe da su crnci predisponirani za neke bolesti više od bijelaca;
- *hipoteza psihološkoga stresa* sugerira da su crnci jako frustrirani rasnom diskriminacijom s kojom se susreću te da to dovodi do, primjerice, hipertenzije;
- *hipoteza prehrane* naglašava da crnci imaju takvu prehranu koja povećava njihovu osjetljivost prema određenim bolestima;
- *hipoteza zdravstvene zaštite* argumentira da crnci imaju lošiju zdravstvenu zaštitu nego bijelci, što ima svoje posljedice na njihovo obolijevanje i umiranje.

Odnos između rase i zdravstvenoga stanja objašnjava se i razlikama u preventivnoj medicinskoj skrbi. Međutim, tumačenje nejednakosti u obolijevanju crnaca i bijelaca najčešće se provodi u granicama društvenih i ekonomskih čimbenika, odnosno statusa crnaca u američkom društvu. Naime, kakvoća zdravstvenih usluga različita je za bijelca i crnca, posebno s obzirom na njihov društveni status. Biti siromašan, a crnci su to češće, znači biti uskraćen u mnogim stvarima, pa i u zdravstvenim uslugama. Tome pridonosi i činjenica da zdravstveni sustavi u SAD-u nisu izašli ususret potrebama siromašnih koji dobivaju drugorazredne zdravstvene usluge. Slično se događa i u hrvatskom tranzicijskom društvu u kojem zdravstvena politika na povećane potrebe stanovništva odgovara racionaliziranom ponudom i u kojem ne vrijedi isto za bogate i siromašne.

Način na koji živi velika skupina siromašnih u Hrvatskoj nije dosta uzet u obzir kod pružanja zdravstvenih usluga u nas jer se prakticira jedna kakvoća liječenja za bolesti bogatih, a druga za iste bolesti siromašnih. S obzirom na velike razlike u općoj kakvoći življenja manjega broja bogatih i većega postotka siromašne populacije u Hrvatskoj, takve tendencije vode ka kopiranju rasističkih rješenja iz neslavne prošlosti američkoga zdravstvenog sustava.

Sociokulturna pripadnost i zdravlje

Iako postoje brojni semantički problemi, općenito se smatra da kultura obuhvaća vrijednosti, uvjerenja i sudove o tome što je dobro i poželjno te kako bi se pripadnici jedne kulture trebali ponašati. Kultura, dakle, definira standarde morala, ponašanja, ukusa, ljepote i zdravlja. Društva se, međutim, razlikuju u svojim shvaćanjima o tome što je za njih zdravlje te u svojim odlukama za postizanje i održavanje zdravlja i u borbi protiv bolesti.

Neke kulture će propisati koju hranu treba jesti a koju izbjegavati da se ostane zdrav, a neke kulture imaju različite propise za muškarce i žene, za pubertet, za trudnoću te za starost i smrt. Općenito uzevši, kulturne vrijednosti, ponašanja i uvjerenja članova društva bitno utječu na zdravstveno stanje pojedinca i skupine.

Vrijednosti koje društvo pridaje znanosti, moralu, pravdi, tehnologiji i pravednosti utječu na strukturu i kakvoću zdravstvene skrbi. Vrijednosne orijentacije prema prevenciji i određenim fizičkim ili psihološkim stanjima također utječu na ponašanja bitna za zdravlje. Prevladavajući obrasci ponašanja glede vježbanja, dijete, potrošnje alkohola i duhana te spavanja imaju više ili manje izravne utjecaje na obolijevanje i smrtnost. Ukupna kultura, dakle, ima višestruke implikacije za zdravstveno stanje pojedinca, društvenih skupina i globalnih zajednica. Stoga se od današnjeg liječnika sve više zahtijeva da pacijentu pristupa kao entitetu, a ne prema dijagnozi ili šifri (bolesti).

Sociološka istraživanja potvrđuju da je čitav niz sociokulturno definiranih obrazaca povezan sa zdravstvenim stanjem. Npr. rezultati ispitivanja reprezentativnog uzorka 6 928 odraslih Amerikanaca 1965. godine pokazali su da sedam specifičnih zdravstvenih praksa visoko korelira s fizičkim zdravljem tih pojedinaca. Ta pravila su: spavati sedam ili osam sati dnevno, doručkovati gotovo svakoga dana, nikada ili rijetko uzimati jelo između obroka, održavati propisanu tjelesnu težinu, ne pušiti, umjereno piti alkohol i redovito vježbati (Freeman i Levine 1972., 59-60). Praćenje tijekom devet i pol godina pokazalo je da su muškarci koji su primjenjivali svih sedam zdravih praksa imali stopu smrtnosti koja je bila 28 posto niža nego oni koji su primjenjivali tri zdrave prakse ili manje. Kod žena koje su primjenjivale svih sedam zdravih praksa, stopa smrtnosti je bila 43 posto manja nego kod žena koje su primjenjivale tri zdrave prakse ili manje. To upućuje na zaključak da su socijalno-strukturalni čimbenici oni koji ili promiču ili ugrožavaju zdravlje.

Promjene sociokulturnih obrazaca ponašanja izlažu populaciju štetnim čimbenicima koji povećavaju rizik obolijeva-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 10 (2001),
BR. 1-2 (51-52),
STR. 191-211

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI ASPEKTI...

nja. Tako, npr., u isto vrijeme dok se koronarna bolest u SAD-u smanjuje, a povećava u Ruskoj federaciji, zapažene su paralelne promjene obrazaca ponašanja koji predstavljaju čimbenike rizika za koronarnu bolest. U SAD-u se pušenje cigareta smanjilo kod muškaraca, a promjene prehrane rezultirale su smanjenim unošenjem izvora zasićenih masti. U isto vrijeme u Ruskoj federaciji povećala se potrošnja duhana i unošenje hrane bogate zasićenim mastima. Kulturom propisani obrasci kao što su potrošnja alkohola i uporaba oružja te motornih vozila utječu na vjerojatnost nasilne smrti u populaciji.

Obrasci ponašanja vezani uz ishranu, spavanje, zlorabu opojnih tvari i druga ponašanja ne samo da pridonose specifičnim vrstama poremećaja i odražavaju bolesna stanja, već utječu i na (ne)sposobnost organizma da prevlada bolest (Rivara, 1984., 847).

Socioekonomski status i bolest

Socioekonomski status također utječe na socijalizaciju pojedinaca s obzirom na postupke povezane sa zdravljem kao i s izlaganjem socijalnim ili fizičkim okolnostima koje ili ugrožavaju ili promiču zdravlje. Istraživanja pokazuju vezu između trajanja života i društvene klase, što znači da pripadnost višoj društvenoj klasi (što podrazumijeva kvalitetniji život) utječe na mogućnost duljeg života. Naobražene osobe općenito imaju veću motivaciju za disciplinirano ponašanje i životni stil koji ih održava u boljem zdravlju i duljem životu. Naime, broj umrlih od iste bolesti dvostruko je veći kod osoba sa osnovnoškolskom naobrazbom nego kod osoba koje su završile fakultet (Antonovsky, 1972., Siegrist, 1984.). Općenito, niže društveno-ekonomske skupine, posebno obitelji pritisnute ekonomskim, psihološkim i moralnim teretom (Orešković, 1995., 495), imaju najslabije zdravlje, što se javlja ponajprije zbog društvenih čimbenika. Stoga je smanjivanje razlika među društvenim klasama, kao što je slučaj u Norveškoj i Švedskoj, proces kojem treba težiti želi li se smanjiti broj umrlih uvjetovan slabi(ji)m društveno-ekonomskim položajem. S druge strane, sociološka istraživanja potvrđuju da su postupci povoljni za zdravlje povezani s višim socioekonomskim razinama, jer je pripadnost višim socioekonomskim skupinama povezana s provođenjem zdravstveno-preventivnih ponašanja kao što su dobre prehrambene navike, kontrolni medicinski pregledi, uporaba automobilskih pojaseva i cijepljenja, dok osobe niskog socioekonomskog statusa češće sudjeluju u postupcima koji dovode do lošeg zdravlja, a manje je vjerojatno da će se angažirati u postupcima koji sprečavaju stanja koja dovode do bolesti. Oni, također, u većoj mjeri teže uporabi cigareta i alkohola (Jonjić, 1993., 19), a rjeđe primjenjuju obrasce dijete i tjelovježbe.

Čimbenici kakvoće života i životnog stila povezani sa siromaštvom imaju izravne ili neizravne utjecaje na zdravstveno stanje. Život u područjima u kojima ima mnogo industrije može utjecati na stope obolijevanja od raka, dermatoloških poremećaja i respiratornih bolesti, a život u siromašnim gradskim četvrtima povećava rizik fizičke povrede zbog nesreća ili zločina, kao i vjerojatnost dobivanja prenosivih bolesti.

Više stope ozljeda zapažene kod djece iz obitelji s niskim primanjima djelomično se objašnjavaju time što priroda čimbenika rizika, kojima su izložena ta djeca, zahtijeva prekomjerno visoku razinu vještine da bi se takve povrede izbjegle. Primjeri su sobne grijalice, otvorena ognjišta, neispravne električne instalacije, nepostojanje nužnih izlaza kod požara i dr. Niži socioekonomski status povećava vjerojatnost izlaganja čitavom nizu okolnosti, kao što su buka i prenatrpanost i dr., što dovodi do stresa i obolijevanja. U nas nedopustivo nizak status umirovljenika možemo opisati tragedijom Zagrepčani na Stjepana Kustera (82.) koji je pokušavajući ubiti sebe i svoju nepokretnu i bolesnu suprugu Katicu (79.), legao s njom u kadu punu vode i uronio unutra uključeni kalorifer.

Socioekonomski status povezan je i s prirodom zanimanja kojima se pojedinac bavi. Određena zanimanja nose sa sobom velik fizički rizik, a druga utječu na obolijevanje preko psihološkog stresa povezanog sa statusnim položajem. Veća je vjerojatnost da će, primjerice, rentgenski tehničari biti izloženi radijacijskoj bolesti, igrači nogometa povredama koljena, a građevinski radnici povredama glave, dok radnici u određenim industrijama imaju različite rizike da budu izloženi karcinogenim tvarima (Rivara, 1984., Graham, 1986., 50).

Zanimanja koja zahtijevaju stalnu pažnju ili ekstremnu odgovornost mogu štetno utjecati na krvni tlak. Kod kontrolora leta, u usporedbi s pomoćnim avijatičarima, utvrđena je veća raširenost i povećana incidencija hipertenzije koja se javlja u mlađoj dobi. Među samim kontrolorima leta incidencija je bila niža kod onih koji su radili na manje prometnim kontrolnim tornjevima. Iznimno visoka incidencija hipertenzije opažena je među radnicima na glavnoj telefonskoj centrali, dok su više razine krvnog tlaka i veći broj ishemičkih bolesti srca utvrđeni među londonskim vozačima autobusa nego među kondukterima. Incidencija koronarnih bolesti srca bila je znatno viša među djelatnicima jedne privatne banke u kojoj su se odvijale velike organizacijske promjene nego među djelatnicima jedne javne banke koja nije bila podvrgnuta takvim organizacijskim promjenama i u kojoj djelatnici nisu bili podvrgnuti ekstremnim pritiscima na poslu (Kittel i sur., 1980.).

Stanje nezaposlenosti povezano je s čitavim nizom štetnih ishoda povezanih sa zdravljem koji se mogu odraziti kao

popratni ili maladaptivni odgovori na psihološki stres. Cobb i Casl (1973.) su zapazili da krvni tlak manualnih radnika ima tendenciju porasta nakon zatvaranja tvornica i ostaje povišen tijekom nezaposlenosti. Također, istraživanja potvrđuju povezanost između nezaposlenosti i zlostavljanja djece te između nezaposlenosti i samoubojstava, ubojstva i mentalnih problema (Cobb i Rose, 1980.). Gubitak radnog mjesta povezan je s kasnijim porastom stresa i depresije, što utječe na podložnost drugim bolestima. Razlike u riziku obolijevanja ovisno o socioekonomskom statusu mogu se objasniti i razlikama u izlaganju štetnim okolnostima, ali bitnu ulogu ima i kakvoća i dostupnost zdravstvenoj zaštiti. Naime, osobe s nižim prihodima imaju manji pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti nego osobe s višim prihodima, dok žene s nižim prihodima rjeđe dobivaju pretporođajnu zaštitu, a njihova djeca rjeđe su podvrgnuta zdravstvenim pregledima. Siromašne se žene, također, rjeđe koriste preventivnim uslugama kao što su pregledi dojke, odlazak zubaru, Papa test i dr. (Waitzkin, 1984., Dutton, 1986.). Međutim, dio razlika u odgovarajućoj medicinskoj zaštiti koje se objašnjavaju socioekonomskim razlikama posljedica je ekonomskih i drugih barijera koje siromašni trebaju svladati da bi dobili medicinsku zaštitu, jer troškovi za nju čine veliki postotak ukupnoga prihoda kod siromašnih osoba, pa i kod zaposlenih s manjim primanjima.

Društveni uzroci stresa

Sociološka istraživanja zdravlja i bolesti ukazuju na činjenicu da nije dosta da država opći cilj društvenoga razvoja definira materijalno udobnim životom, jednakom raspodjelom bogatstva, istim pravima svih građana u bolesti i demokracijom, jer upravo one zemlje koje su se najviše približile tom cilju pokazuju najoštrije znakove mentalne neuravnoteženosti, poput Švedske, Švicarske i Danske koje imaju najvišu stopu samoubojstava i najvišu stopu alkoholizma (Fromm, 1980., 37). To potvrđuje da svako društvo ima stanje zdravlja i bolesti primjereno odnosima i procesima u njemu.

Iako su društveni utjecaji na nastanak bolesti evidentni u svakom društvu, oni nisu ograničeni samo spolom, dobi, društveno-ekonomskim i društveno-kulturnim statusom. Naime, i životni stresovi mogu uzrokovati bolest, pa i smrt. Pri tome se navodi slučaj smrti dvadesetogodišnjeg kapetana koji je komandirao ceremonijalnom jedinicom na pogrebu predsjednika J. F. Kennedyja. Kapetan je umro zbog nepravilnoga rada srca deset dana poslije pokopa predsjednika SAD-a.

Brojna istraživanja pokazuju da stresovi nastaju zbog interakcija između ljudi, odnosno zbog društvenih čimbenika. Također, posebni uvjeti u životu osobe i društvenih zajednica utječu na pojavu stresa. Posebno se to odnosi na razdo-

blje u kojem je zajednica jako integrirana i kada je pojedinac prisiljen ponašati se prema očekivanjima, primjerice, nacije. Ta ograničenja su društvene činjenice koje utječu na pojavu bolesti i samoubojstva (Durkheim, 1950., 13).

Nedvojbeno je da ljudsko tijelo stalno prolazi kroz adaptaciju na okolinu. Ono mora stalno biti spremno susretati se s unutarnjim i vanjskim prijetnjama, bile one prave ili simbolične. Od toga adaptacijskog procesa ovisi kakvoća zdravlja (Berger, 1966.). Prijetnja suvremene urbanističke populacije može biti i prometna gužva, jaka buka, zagađena okolina, teška prohodnost gradskih ulica i dr. Međutim, i druge društvene situacije stvaraju stres koji može uzrokovati psihološke poremećaje ili biti uzrokom bolesti i smrti. Također, i važne promjene, odnosno događaji u životu osobe vrlo su važan čimbenik u produkciji stresa.

Ako je tranzicijsko društvo u procesu diferencijacije obilježeno strukturom koja se jasno prepoznaje jer je na vrhu socijalne piramide nekoliko postotaka bogatih i moćnih, a njima nasuprot je masa osiromašenih, s malim ekonomskim mogućnostima i socijalnim šansama za uspjeh (zbog čega ga nazivaju latinoameričkim modelom društva u europskim prostorima) (Cifrić, 1995., 252), evidentno je da ono utječe na pojavu stresa i obolijevanja. Tako je za Hrvate sada karakteristično da se boje raka, a svaki drugi umire zbog bolesti krvožilnog sustava.

Za nas je posebno važno istražiti oblike reakcija i obrasce ponašanja ljudi u teškim ekonomskim prilikama te ekstremnim situacijama kao što je rat i poslijeratno stanje čije su posljedice posttraumatski stresni poremećaj (jaka ekspresija neprijateljstva i visoka stopa samoubojstava).

Stoga je za određivanje utjecaja stresa na pojedinca potrebno poznavati prirodu prijetnje, objektivnu društvenu okolinu u kojoj se prijetnja pojavljuje, različite društvene utjecaje na osobu, posebno potporu koju pojedincu daje skupina (obitelj i dr.) te intenzitet i trajanje prijetnje i drugo.

Bračno stanje i bolest

Glede bračnog stanja, promjena definicije uloge povezane s takvim događajem kao što je smrt bračnog druga, čini se, ima posljedice na sposobnost pojedinca da se odupre bolesti, ili da ostane osjetljiv prema bolestima.

Utjecaj smrti bračnoga druga na mortalitet uvjetovan je spolom i dobi preživjeloga bračnog druga. Očito je da gubitak bračnoga druga povećava rizik od smrti kod muškaraca, ali ne i kod žena u prvoj godini nakon smrti bračnoga druga (Graham, 1986.). Smrt supruge može predstavljati za muškarca veći poremećaj čineći ga osjetljivijim prema drugim stresovima i bolestima. Biti udovac/udovica u starijoj dobi nosi sa sobom niži rizik štetnih posljedica za zdravlje nego u mlađoj dobi, a po-

voljniji ishod kod udovica starije dobi može se objasniti postojanjem drugih udovica koje mogu pružiti potporu i činiti društvo starijim udovicama.

ZAKLJUČAK

Sociološka bibliografija razvijenih zapadnih država, posebice američka, bogata je rezultatima istraživanja zdravlja i bolesti. Općenito, ta istraživanja se temelje na hipotezi da se bolesti ne šire slučajno, već postoje određeni društveni uvjeti i obrasci ponašanja koji promiču zdravlje, odnosno uvjeti koji pogoduju obolijevanju, nastanku bolesti i smrti. Za proučavanje odnosa između socijalne strukture i stanja zdravlja potrebno je poznavati glavne elemente socijalne strukture, kao što su dob, spol, bračno stanje, rasa, socioekonomski i sociokulturni sustav, jer su to glavni, ali ne jedini, čimbenici koji utječu na kakvoću zdravlja ili nastanak bolesti i smrti.

Među brojnim pokazateljima osjetljivosti prema bolestima iznimno su značajna psihološka stajališta, fizička otpornost, imunološka kompetentnost, genetske sklonosti i socijalne mreže (zdravstvene zaštite i sl.). Sudjelovanje u raznim društvenim odnosima i promjene okolnosti koje promiču ili remete te odnose koreliraju sa zdravstvenim stanjem pojedinca, odnosno skupine, pa i globalnih zajednica poput nacije. Sociološka istraživanja potvrđuju da na zdravlje društva utječu vrijednosti koje društvo pridaje politici, znanosti, tehnologiji, religiji, pravednosti, toleranciji i suživotu. Na morbiditet i mortalitet utječe kakvoća života pojedinca i zajednice, odnosno njihov odnos prema fizičkim aktivnostima, načinu rada, odnosu u obitelji i zajednici, provođenju raznih dijeta, konzumiranju alkohola i duhana te stanju (ne)zaposlenosti i dr. I konačno, ukupna kultura koja strukturira živote pojedinca i čitave zajednice ima implikacije na zdravstveno stanje pojedinca, skupine, odnosno društva.

Rezultati do kojih se došlo brojnim sociološkim istraživanjima imaju nezaobilazno značenje za definiranje zdravstvene politike suvremenoga, posebice tranzicijskog društva, jer je kakvoća procesa njegova razvoja izravno povezana sa zdravstvenim stanjem, a time i općedruštvenim ishodima.

LITERATURA

Antonovski, A. (1984), *The Sense of Coherence as a Determinant of Health*, in J. D. Matarazzo, Scharlene M. Weiss, J. Alan Herd, N. E. Miller, and Stephen M. Weiss, eds., *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: John Wiley, pp. 114-129.

Ardigo' A. (1981), *Per una sociologia della salute*, F. Angeli, Milano.

Armstrong, D. (1980), *An Outline of Sociology as Applied to Medicine*, Wright, Bristol.

- Armstrong, D. (1984), The patient's view. *Social Science and Medicine*, 18: 737-744.
- Banks, M. H. & Jackson, P. R. (1982), Unemployment and risk of minor psychiatric disorder in young people, *Psychological Med.*, 12.
- Berger, P. (1966), *The social construction of reality: a treatise on the sociology of knowledge*, N. York, Doubleday.
- Berkman, L. F. and Syme, S. L. (1979), Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents, *American Journal of Epidemiology* 109:186-204.
- Berkman, L. F. and Breslow, L. (1983), *Health and Ways of Living*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L. F. (1985), The Relationship of Social Support to Morbidity and Mortality, in S. Cohen and S. L. Syme, eds., *Social Support and Health*. Orlando, Fla.: Academic Press, pp. 241-262.
- Boyce, W. T. (1981), Interaction between Social Variables in Stress Research. *Journal of Health and Social Behavior* 22:194-195.
- Brown, G. W. and Harris, T. O. (1978), *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock Publications; New York: Free Press.
- Coe, R. (1970), *Sociology of Medicine*, McGraw-Hill, New York.
- Cifrić, I. (1995), Sociologija u novom socijalnom kontekstu, *Društvena istraživanja*, 16-17; 241-264, Zagreb.
- Cerjan-Letica, G., Letica, S. (1988), Suvremena medicinska sociologija: Otkud stiže i kamo smjera, *Revija za sociologiju* 1-2, Zagreb.
- Cobb, S. and Casl, R. (1973), Hypertension, Peptic Ulcer and Diabetes in Air Traffic Controllers. *Journal of the American Medical Association* 224:489-492.
- Cobb, S., Casl, R. (1980), *The Social transformation of American Medicine*, Basic Books, New York.
- Cockerham C. W. (1989), *Medical Sociology*, Fourth Edition.
- Cooper, C., ed., (1983), *Stress Research*. New York: John Wiley.
- Denton J. A. (1974), *Medical Sociology*, Perspective, MIT Press, Cambridge Mass.
- Donati, P. (1982), *Salute e analisi sociologica*, F. Angeli, Milano.
- Donati, P. (1986), *Salute e complessita' sociale*, F. Angeli, Milano.
- Donati, P., Rossi, G. (1982) *Welfare State: problemi e alternative*, F. Angeli, Milano.
- Durkheim, E. (1950), *Le Suicide*, Paris.
- Durkheim, E. (1969), Vrste samoubistva, u knjizi *Teorije o društvu*, V. Karadžić, Beograd.
- Dutton, D. B. (1986), Social Class, Health, and Illness, in L. H. Aiken and D. Mechanic, eds., *Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press, pp. 31-62.
- Egbonu, L. and Starfield, B. (1982), Child Health Social Status. *Pediatrics* 69: 550-557.

- Elliott, G. R. and Eisdorfer, C. eds. (1982), *Stress and Human Health*. New York: Springer-Verlag.
- Freeman, H., Levine, S. and Reeder, L. (Eds) (1972), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Englewood, Englewood Cliffs, NJ.
- Friedson, E. (1970), *Professional Dominance*, Aldine, Chocago.
- Fromm, E. (1980), *Zdravo društvo*, Rad, Beograd.
- Gove, W. R. (1985), Gender Differences in mental and Physical Illness: The Effects of Fixed Roles and Nurturant Roles. *Social Science and Medicine* 19: 77-84.
- Gerhardt, B. and Straus, A. (1979), The Parsonian paradigm and the identity of Medical Sociology, *Sociol. Rev* 27, 229.251.
- Graham, H. (1986), Women's smoking and family health. *Social Science and Health*, 25: 47-56.
- Hing, E., Kovar, M. G. and Rice, D. P. (1983), Sex Differences in Health and Use of Medical Care: United States, (1979) Vital and Health Statistic, Series 3, No. 24. *DHHS Publication No. PHS. 83. 83-1408*. National Center for Health Statistics.
- Kaplan, H. B. (1989), Disease and the Social Structure (Freeman: *Handbook of Medical Sociology*, Fourth Edition).
- Hunt, S., McEwen, J. and McKenna, S. P. (1986), *Measuring Health Status*, Croom Helm, London.
- Jonjić, A. (1993), *Zašto pušiti i piti*, Tiskara Rijeka, d. d., Rijeka.
- Kiesler, C. A. (1985), Policy Implications of Research on Social Support and Health, in S. Cohen and S. L. Syme, eds., *Social Support and Health*. Orlando, Fla.: Academic Press, pp. 347-364.
- Kittel, F, Kornitzer, M. and Dramaix, M. (1980), Coronary Heart Disease and Job Stress in Two Cohorts of Bank Clerks. *Psychotherapy and Psychosomatics* 34: 110-123.
- Kleinman, J. C., Gold, M. and Makuc, D. (1981), Use of Ambulatory Medical Care by the Poor: Another Look at Equity. *Medical Care* 19: 1011-1029.
- LaRocco, J. M., House, J. S. and John R. P. French, Jr. (1981), Social Support, Occupational Stress and Health. *Journal of Health and Social Behavior* 21: 202-218.
- Littlewood, R. and Lipsedge, M. (1981), *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*, Penguin, London.
- Marmot, M. G., Shipley, M. J. and Rose, G. (1984), Inequalities in Death: Specific Explanations of a General Pattern? *Lancet* 1: 1003-1006.
- McKeown T. (1971), *Sociological Approach to the History of Medicine*, Oxford University.
- McKeown, T. (1979), *The Role of Medicine*, Blackwell, Oxford.
- Mechanic, D. (1978), *Medical Sociology*, Free Press, New York.
- Mechanic, D. (1962), The concept of illness behaviour. *Journal of Chronic Diseases*, 15: 189-194.
- Mechanic D. (1980), *Readings in Medical Sociology*; Free Press, New York.
- Mechanic, D. and Volkart, E. H. (1960), Illness behaviour and medical diagnosis. *Journal of Health and Human Behaviour*, 1: 86-94.
- Navarro V. (1976), *Medicine Under Capitalism*, Prodist, New York.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 10 (2001),
BR. 1-2 (51-52),
STR. 191-211

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI ASPEKTI...

Orešković, S., Budak, A. (1995), Hrvatska obitelj: demografske, epidemiološke i zdravstvene tranzicije i novi sustav zdravstvene zaštite, *Društvena istraživanja* br. 18-19, 495.

Parsons, T. (1951), *The Social System*, Free Press, New York.

Peters-Golden, H. (1982), Breast Cancer: Varied Perceptions of Social Support in the Illness Experience. *Social Science and Medicine* 16: 483-491.

Rivara, F. P. (1984), Epidemiology of Childhood Injuries, in J. D. Matarazzo, Sharlene M. Weiss, J. Alan Herd, N. E. Miller, and Stephen M. Weiss, eds., *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: John Wiley, pp. 1003-1020.

Rosemeier H. P. (1991), *Medizinische Psychologie und Soziologie*, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Siegrist, J. (1987), *Medizinische Soziologie*, Urban & Schwarzenberg, München.

Šegota, I. (1995), *Medicinska sociologija*, Medicinski fakultet Rijeka.

Tuckett, D. (1982), *Introduzione alla sociologia medica*, Bologna Capelli.

Warbasse, J. (1909), *Medical Sociology*, Appleton, New York.

Verbrugge, L. M. (1979), Marital Status and Health. *Journal of Marriage and the Family* 41:267-285.

Verbrugge, L. M. (1985), Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior* 26: 156-182.

Waitzkin, H. (1984), *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*, Indianapolis, The Bobbs-Merrill Co., Inc.

Waldron, I. (1983), Sex Differences in Illness Incidence, prognosis and Mortality: Issues and Evidence. *Social Science and Medicine* 17: 1107-1123.

Sociological Aspects of Health and Sickness

Mirko ŠTIFANIĆ
Faculty of Medicine, Rijeka

There is no idea of sickness and health which would be the same for all people. Different ways of understanding sickness and health are directly connected with conditions and relationships in a society, and with the type of behaviour of a group or an individual. Sociological researches of sickness and health deal with social factors which can cause, and have a bad influence on the course and result of various diseases. The aim of observing social conditions is to discover conditions of human life which could improve health and prevent a disease. A typical problem for sociological research is the influence of life-style, sex, age, race, economic and socio-cultural status on health and sickness. The basic aim of such research is to make the results accessible to people, regardless of their social status. That is

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 10 (2001),
BR. 1-2 (51-52),
STR. 191-211

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI ASPEKTI...

the way how social sciences, Medical Sociology in particular, established themselves as academic disciplines in developed countries of the west (USA, Germany...), where Medical Sociology has developed the adequate research methods which help in presenting the conditions, development and projections of a society. There is a need of sociological theoretical-methodological approach which would correspond to economic, cultural, legal, ethnical and political changes in Croatia on the verge of the 21st century, to be able to carry out sociological researches of sickness and health in Croatian social studies. Croatian medical sociologists should use rich experiences of the western countries, the USA in particular, in order to observe the conditions of health in a transitional society dominated by conflicts, drastic differentiation, marginalization of a great part of the society and nemesis. And thus, help the society in understanding itself and in recognizing the needs for its development during the period of transition, which directly influences health and social results in general.

Soziologische Aspekte von Gesundheit und Krankheit

Mirko ŠTIFANIĆ
Medizinische Fakultät, Rijeka

Die Erkenntnisse des Menschen über Gesundheit und Krankheit sind nicht einheitlich, sondern stehen in direktem Zusammenhang mit der jeweiligen gesellschaftlichen Lage und den gesellschaftlichen Verhältnissen, bzw. mit dem Verhalten von Individuen und Gruppen. Soziologische Untersuchungen über Gesundheit und Krankheit widmen sich der Erforschung gesellschaftlicher Faktoren, die verschiedene Krankheiten hervorrufen und deren Entwicklung und Ausgang ungünstig beeinflussen können. Dabei möchte man gesellschaftliche Lebensformen ermitteln, die der Gesundheit förderlich sind und das Entstehen von Krankheiten verhindern. Die typische Frage der Forscher lautet: Wie beeinflussen Lebensstil, Geschlechtszugehörigkeit, Alter, Rasse, ferner wirtschaftlich-soziale, soziokulturelle und andere Unterschiede die Gesundheit des Menschen, das Auftreten von Erkrankungen und deren Verlauf? Es ist das Hauptziel dieser Untersuchung, die entsprechenden Erkenntnisse den Menschen aller Gesellschaftsschichten zugänglich zu machen, egal, welche gesellschaftliche Stellung der Einzelne einnimmt. Auf diese Weise konnten sich die Gesellschaftswissenschaften, insbesondere die medizinische Soziologie, in den westlichen Industriestaaten (USA, Deutschland usw.) als akademische Disziplinen etablieren und entsprechende Forschungsmethoden entwickeln, die unzweifelbare Resultate zu Lage, Entwicklung

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 10 (2001),
BR. 1-2 (51-52),
STR. 191-211

ŠTIFANIĆ, M.:
SOCIOLOŠKI ASPEKTI...

und Projektionen der Gesellschaft hervorgebracht haben. Kroatische Gesellschaftswissenschaftler müssen bei der Durchführung soziologischer Untersuchungen über Gesundheit und Krankheit eine soziologische und theoretisch-methodologische Zugangsweise durchsetzen, die den wirtschaftlichen, kulturellen, rechtlichen, ethischen und politischen Veränderungen in Kroatien an der Schwelle zum 21. Jahrhundert gerecht wird. In Anlehnung an die reichen Erfahrungen der medizinischen Soziologie der westlichen Länder, v.a. der USA, müssen die einheimischen Medizinsoziologen die Volksgesundheit in einer Transitions-gesellschaft verfolgen, in der Konflikte, Differenzierungsvorgänge, Marginalisierung eines Teils der Gesellschaft und Nemesis vorherrschend sind. Auf diese Weise tragen die Gesellschaftswissenschaften zur Selbsterkenntnis der Gesellschaft bei sowie zur Entdeckung, dass zu ihrem Ausbau im Laufe des komplexen Transitionsvorgangs bestimmte förderliche Maßnahmen notwendig sind. Dies hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Volksgesundheit, ebenso aber auch auf allgemeine gesellschaftliche Vorgänge.