

# Πρότυπα οργάνωσης της κοινωνίας, πρόσληψης της αρρώστιας και εφαρμογής πολιτικής

Σωτηριάδου Κυριακή<sup>1</sup>, Σαράφης Παύλος<sup>2</sup>, Μαλλιαρού Μαρία<sup>3</sup>

1. Λγος (ΥΝ), MSc, Υπ. Διδάκτωρ Αριστοτελείου Πανεπιστημίου, 2η ΤΑΞΥΠ/ΔΥΓ, Κοζάνη ksotiriadou@yahoo.gr
2. Καθηγητής Εφαρμογών ΤΕΙ Λαμίας/τμήμα Νοσηλευτικής psarafis@gmail.com
3. Λγος (ΥΝ), MSc, Υπ. Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, 404 ΓΣΝ Λάρισας mmalliarou@gmail.com

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η παρούσα εργασία αναφέρεται στις δύο διαφορετικές προσεγγίσεις στις έννοιες της υγείας και της ασθένειας, αφενός στο κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο και αφετέρου στην οπτική της δημόσιας υγείας και της κοινωνιολογίας της υγείας. Σκοπός: Η παρουσίαση του βιοϊατρικού μοντέλου που κυριάρχησε στη δυτική ιατρική για πολλά χρόνια., η κριτική που έχει ασκηθεί στο μοντέλο αυτό, συγκριτικά με την προσέγγιση της δημόσιας υγείας

**Ανασκόπηση βιβλιογραφίας:** Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας σε διεθνείς βάσεις δεδομένων με λέξεις κλειδιά: βιοιατρικό μοντέλο, δημόσια υγεία, κλινική ιατρική για αρθρογραφία της τελευταίας 10ετίας στο συγκεκριμένο θέμα.

**Αποτελέσματα:** Η κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου το οποίο παραμελεί τις κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας και βλέπει τον ασθενή όχι ως άνθρωπο αλλά ως απρόσωπο περιστατικό, έχει υποστεί σημαντική φθορά. Οι γιατροί έχουν πλέον αρχίσει να υιοθετούν στην καθημερινή πρακτική τους μια προσέγγιση δημόσιας υγείας, ταυτόχρονα με την κλινική προσέγγιση.

**Συμπεράσματα:** Η συμμετοχή των οικογενειών είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας του ασθενούς, ενώ απαιτούνται γλωσσικές και πολιτιστικές ικανότητες, όταν ασχολείται ο γιατρός με ασθενείς που ανήκουν σε κάποια μειονότητα. Οι γιατροί θα πρέπει να δημιουργήσουν δεσμούς με κοινωνικές και κοινοτικές οργανώσεις, σχολεία και επιχειρήσεις και να συμβάλουν στη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας για τους ασθενείς

**Λέξεις – κλειδιά:** δημόσια υγεία, βιοϊατρικό μοντέλο, κλινική ιατρική

---

## 1. Εισαγωγή

Είναι κοινός τόπος ότι η υγεία και η ζωή είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου. Δεν είναι επομένως τυχαίο ότι η ιατρική, έχοντας κύριο σκοπό και ενασχόληση τη διαφύλαξη της υγείας, έχει κυρίαρχη θέση ανάμεσα στις επιστήμες και οι γιατροί προνομιούχα θέση ανάμεσα στους επιστήμονες. Ωστόσο, στη σύγχρονη εποχή, αυτή η κυριαρχία όχι μόνο αμφισβητείται, αλλά συχνά κλονίζεται. Το κυρίαρχο για πολλά χρόνια βιοϊατρικό μοντέλο που επέβαλλε η σύγχρονη δυτική ιατρική δίνει τη θέση του σε ένα άλλο μοντέλο, στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας (Τούντας, 2004).

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας θα γίνει αρχικά μια αναφορά στους όρους «υγεία» και «ασθένεια», ενώ στη συνέχεια θα αναλυθούν οι προσεγγίσεις της δημόσιας υγείας και της κλινικής ιατρικής. Γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά των δύο μοντέλων, καθώς επίσης και στο ζήτημα της εμπιστοσύνης προς τους γιατρούς. Τέλος, θα γίνουν κάποιες παρατηρήσεις σχετικά με τις πρόσφατες εξελίξεις και την προοπτική της ιατρικής και της δημόσιας υγείας στον 21ο αιώνα.

## 2. Υγεία και ασθένεια

Ο ορισμός της υγείας έχει προκαλέσει έντονες επιστημονικές συζητήσεις. Δύο σημαντικές προσεγγί-

σεις είναι των «νορματιβιστών» και των «νατουραλιστών» (Schwartz, 2007:p.47). Εκπρόσωπος των πρώτων, ο Lester King στο κλασικό του άρθρο "What is disease" (King, 1954), προτάσσει το αίσθημα του ανεπιθύμητου και ορίζει την ασθένεια ως τις «συνθήκες που από την κοινωνία κρίνονται ότι προκαλούν πόνο ή αναπηρία. Η υγεία, αντίθετα, είναι η κατάσταση της ευεξίας που συμβαδίζει με τις επικρατούσα κουλτούρα ή με τη στατιστική νόρμα» (King, 1954:p. 197).

Ο «νατουραλιστής» Christopher Boorse (1977), υποστηρίζει ότι πρέπει να αποβάλουμε από τον ορισμό της ασθένειας κάθε αξιακή κρίση και να επικεντρωθούμε μόνο στις βιολογικές φύσης δυσλειτουργίες, σε σύγκριση με τη στατιστικά κανονική βιολογική λειτουργία. Οι απόψεις του Boorse και η «βιοστατιστική θεωρία» που ανέπτυξε (Boorse, 1977:p. 555), είναι ίσως από τις ευρύτερα συζητημένες θεωρίες στη βιβλιογραφία, έχοντας ξεσηκώσει πλήθος αντιδράσεων (Schwartz, 2007:p. 53; Lewens and McMillan, 2004), καθώς, για παράδειγμα, η ομοφυλοφιλία θεωρείται σύμφωνα με τον ορισμό του ασθένεια, αφού ξεφεύγει από τη στατιστικά μέση συμπεριφορά του πληθυσμού.

Η δυσκολία να ορίσουμε την ασθένεια<sup>1</sup> (και την υγεία) έγκειται στο ότι εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη και το περιβάλλον, οι κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες, οι υποκειμενικές κρίσεις των ανθρώπων. Η ασθένεια ωστόσο αποτελεί κατά κύριο λόγο μια προσωπική και σωματική εμπειρία, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται ο προσδιορισμός της φύσης των κοινωνικών και πολιτιστικών παραμέτρων αυτής της εμπειρίας (Αγραφιώτης, 2003).

Σε πρόσφατη παρέμβαση σε αυτή τη μακρά διαμάχη, ο Schwartz διατείνεται ότι ο ορισμός της ασθένειας δεν μπορεί να είναι ένας και μοναδικός (Schwartz, 2007:p. 47). Αντίθετα, θα πρέπει να περιέχει στοιχεία για κοινωνικές αξίες, καθώς επίσης και για σωματικές και βιολογικές δυσλειτουργίες. Ένας ορισμός που θέτει σαφείς διαχωριστικές γραμμές ως προς το τι είναι ασθένεια και τι όχι είναι απλώς η επιβολή μιας απόφασης (Schwartz, 2007:p. 59).

### **3. Το Βιοϊατρικό μοντέλο**

Η σύγχρονη δυτική ιατρική έχει ως βάση το βιοϊατρικό μοντέλο το οποίο στηρίζεται σε μια σειρά από παραδοχές: δυϊσμός πνεύματος και σώματος, το σώμα είναι «επισκευάσιμο», η τεχνολογία είναι απαραίτητη στις ιατρικές παρεμβάσεις, τα νοσήματα αποτελούν παρέκκλιση από το φυσιολογικό και έχουν βιολογικά αίτια και, τέλος, πίσω από κάθε ασθένεια υπάρχει συγκεκριμένη αιτιολογία (Nettleton, 2002:σ. 25; Οικονόμου, 2005:σ. 34)

1. Υπάρχει πληθώρα αντιλήψεων για το τι είναι υγεία όταν ερωτηθεί ο γενικός πληθυσμός, χωρίς ωστόσο να υπάρχει μεγάλη απόσταση από την ιατρική αντίληψη για την υγεία (Blaxter, 2001).

Οι γιατροί αρχικά ήταν μια επαγγελματική ομάδα με μικρή συμβολή στη θεραπεία των ασθενειών, αφού τον πρώτο λόγο είχαν οι μάγοι, η θρησκεία και οι διάφοροι πρακτικοί<sup>2</sup>. Ωστόσο, η ιατρική κατάφερε σταδιακά να γίνει ο κυρίαρχος θεσμός που προσφέρει τη μοναδική αυθεντική πρόταση για την κατανόηση της ασθένειας και την αντιμετώπισή της (Nettleton, 2002:σ. 24). «Η ιατρική απέκτησε απόλυτη εξουσία πάνω στην ασθένεια καθώς επίσης και το μονοπώλιο της θεραπείας της» (Adam και Hertzlich, 1999:σ. 32). Οι εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής ήταν σημαντικές, ωστόσο οι διεκδικήσεις των γιατρών πάντα προηγούνταν των εξελίξεων στην ιατρική γνώση. Οι γιατροί κατάφεραν να αποκτήσουν σημαντική δύναμη πείθοντας την πολιτική εξουσία ότι είναι η μόνη επαγγελματική ομάδα που μπορεί να βοηθήσει στην άνοδο του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Μέσω των συλλόγων τους οι γιατροί καθορίζουν οι ίδιοι το περιεχόμενο σπουδών στις ιατρικές σχολές και τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, ενώ κυριαρχούν στο χώρο της υγείας, παραμερίζοντας ως υποδεέστερες τις άλλες ειδικότητες (Adam και Hertzlich, 1999:σσ. 29-39). Με βάση αυτή την κυριαρχία, το βιοϊατρικό μοντέλο έχει οδηγήσει σε μια ιατροκεντρική κοινωνία, στην ιατροκοποίηση της καθημερινότητας (Οικονόμου, 2005:σ. 38).

### **4. Η κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο**

Το βιοϊατρικό μοντέλο έχει υποστεί ισχυρή κριτική, τόσο από το ευρύ κοινό όσο και στον ακαδημαϊκό χώρο (Nettleton, 2002). Καθώς οι δαπάνες για την υγεία τα τελευταία 30 χρόνια έχουν διογκωθεί σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, η κριτική αυτή προσλαμβάνει ολοένα μεγαλύτερες διαστάσεις με αποτέλεσμα οι γιατροί να αισθάνονται ότι απειλείται η κλινική ελευθερία τους. Χαρακτηριστικός είναι ο τίτλος άρθρου του Alan Williams (1988): "Οικονομικά της υγείας: το τέλος της κλινικής ελευθερίας;" Ο Williams θεωρεί ότι «είναι μάλλον πρόωρη η άποψη ότι η κλινική ελευθερία έχει πεθάνει, γιατί εάν πραγματικά έχει πεθάνει φαίνεται απρόθυμη να πέσει κάτω». Ωστόσο, παρόλο που δεν έχει έρθει το τέλος της κλινικής ελευθερίας, η ενασχόληση με τα οικονομικά της υγείας έχει (σωστά κατά το συγγραφέα) φέρει έναν περιορισμό στο εύρος της (Williams, 1988:p. 1186).

Σημαντική κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο ασκήθηκε από τον Thomas McKeown (2001)<sup>3</sup> με την παράθεση στοιχείων σύμφωνα με τα οποία η πτώση της θνησιμότητας στον 20ο αιώνα δεν οφείλεται σε ιατρικές

2. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, το 1956 αναλόγως του προσώπου που παραστάθηκε κατά τον τοκετό, στο 37% των γεννήσεων παραστάθηκε γιατρός, στο 38,6% μαιία και στο 22,1% άλλο πρόσωπο. Το 1997 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 99,5, 0,3% και 0,1% αντίστοιχα.  
3. Το πρωτότυπο κείμενο δημοσιεύτηκε το 1976, αλλά στην παρούσα θέση χρησιμοποιείται απόσπασμα που περιέχεται στο συλλογικό τόμο Health and Disease: A Reader (Open University Press, Buckingham, 2001).

## **ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ευρωπαϊκοί οργανισμοί για τη δημόσια υγεία**

<b>Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος</b>
Ιδρύθηκε το 1990 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 1210/90 και λειτουργεί από το 1994 με έδρα την Κοπεγχάγη [ <a href="http://www.eea.eu.int">http://www.eea.eu.int</a> ]
<b>Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας</b>
Ιδρύθηκε το 1993 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 302/93 και λειτουργεί από τις αρχές του 1995 με έδρα τη Λισσαβόνα [ <a href="http://www.emcdda.eu.int">http://www.emcdda.eu.int</a> ]
<b>Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Αξιολόγηση Φαρμακευτικών Προϊόντων</b>
Ιδρύθηκε το 1993 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 2309/93 και λειτουργεί από το 1995 με έδρα το Λονδίνο [ <a href="http://www.emea.europa.eu">http://www.emea.europa.eu</a> ]
<b>Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία</b>
Ιδρύθηκε το 1994 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 2062/94 και έχει έδρα το Μπιλμπάο της Ισπανίας [ <a href="http://www.agency.osha.eu.int">http://www.agency.osha.eu.int</a> ]
<b>Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων</b>
Ιδρύθηκε το 2002 με τον Κανονισμό (ΕΚ) 178/2002 και έχει έδρα στην Πάρμα της Ιταλίας [ <a href="http://www.efsa.eu.int">http://www.efsa.eu.int</a> ]
<b>Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων</b>
Ιδρύθηκε με τον Κανονισμό (ΕΚ) 851/2004 και έχει έδρα τη Στοκχόλμη [ <a href="http://ecdc.europa.eu/en">http://ecdc.europa.eu/en</a> ]

παρεμβάσεις, αλλά στην αλλαγή των συνθηκών υγιεινής, της διατροφής και γενικότερα των συνθηκών ζωής. Ωστόσο, ο McKeown αναγνωρίζει ότι με την εισαγωγή φαρμάκων και ιατρικών παρεμβάσεων επιταχύνθηκε η φθίνουσα πορεία των δεικτών θνησιμότητας.

Σχολιάζοντας τα επιχειρήματα του McKeown, ο Bunker (2001) υποστηρίζει ότι στο τελευταίο τέταρτο του 20ου αιώνα (διάστημα στο οποίο φυσικά δεν αναφέρεται ο McKeown αφού η εργασία του δημοσιεύτηκε το 1976), οι πρόοδοι της ιατρικής έχουν επιτύχει ακόμα σημαντικότερη πτώση της θνησιμότητας. Επίσης, δεδομένου ότι η επιστημονική βάση της ιατρικής είναι πολύ περισσότερο σαφής και κατανοητή από τις κοινωνικές διεργασίες που επηρεάζουν την υγεία, ο Bunker προτείνει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στον πολιτικό σχεδιασμό για την κατανομή των πόρων τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας (Bunker, 2001: p. 240).

Σε επίρρωση των απόψεων του McKeown, είναι ενδιαφέρον να δούμε τη μείωση της θνησιμότητας από μια άλλη σκοπιά. Από την εξέταση των ιστορικών στοιχείων είναι σαφές ότι η βιομηχανική επανάσταση, η άνοδος των πόλεων και η αστικοποίηση έγιναν εφικτά όταν οι αγρότες απέκτησαν τη δυνατότητα να παρά-

γουν περισσότερα τρόφιμα από όσα οι ίδιοι κατανάλωναν (Johnson, 1997:σ. 5). Όπως έδειξε ο Νομπελίστας Robert Fogel με τη χρήση τεράστιου αριθμού βιομετρικών στοιχείων για το ύψος, τη μάζα σώματος και τους δείκτες θνησιμότητας, η αύξηση της θερμιδικής εισροής ήταν αυτό που προκάλεσε τη μείωση της θνησιμότητας στη Βρετανία τους τελευταίους δύο αιώνες (Fogel, 1993).

Φαίνεται λοιπόν ότι η άνοδος του καπιταλισμού, που προέκυψε ως αποτέλεσμα της βιομηχανικής επανάστασης, έγινε εφικτή μέσω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων: πολύ απλά, ο καπιταλισμός για να εδραιωθεί είχε ανάγκη από εργατικό δυναμικό ικανό για εργασία, από ανθρώπους δηλαδή που δεν τρέφονταν απλά και μόνο στο επίπεδο επιβίωσης.

Ίσως η πιο σφοδρή κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο ασκήθηκε από το θεολόγο και φιλόσοφο Ivan Illich (2001)<sup>4</sup>, ο οποίος δεν βρίσκει καμία αιτιώδη σχέση ανάμεσα στην υποχώρηση της ασθένειας και στην πρόοδο της ιατρικής. «Οι αλλαγές είναι εξαρτημένες μεταβλητές πολιτικών και τεχνολογικών μετασχηματισμών και δεν είναι σημαντικά σχετιζόμενες με τις δραστηριότητες που απαιτούν την κατάρτιση, το κύρος και τον ακριβό εξοπλισμό για τα οποία το ιατρικό επάγγελμα επαιρείται» (Illich, 2001: p. 264). Ο Illich πηγαίνει ένα βήμα παραπέρα, χαρακτηρίζοντας ως ιατρογενή πολλά από τα προβλήματα που ταλαιπωρούν τους ασθενείς (παρενέργειες φαρμάκων, αρνητικά κλινικά αποτελέσματα χειρουργικών επεμβάσεων, κλπ.).

### **5. Η προσέγγιση της δημόσιας υγείας**

Η δημόσια υγεία έχει μια ιστορία 125 χρόνων στο δυτικό κόσμο (Donaldson, 2001; Moore, 2001), στη διάρκεια των οποίων έχουν συμβεί τεράστιες αλλαγές στις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού, στην υγιεινή, στον τρόπο ζωής γενικότερα. Στη διάρκεια αυτών των χρόνων υπήρξαν πολύ σημαντικές αλλαγές στη λογική και στο εύρος των παρεμβάσεων της δημόσιας υγείας (Moore, 2001). Ενώ παλαιότερα η δημόσια υγεία ήταν ζήτημα τοπικού χαρακτήρα, σήμερα υπερβαίνει τα εθνικά σύνορα με υπερεθνικούς οργανισμούς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ή με οργανισμούς σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (Πίνακας 1).

Αναφέρεται<sup>5</sup> ότι η συνολική αύξηση της προσδόκιμης ζωής στις ΗΠΑ στη διάρκεια του 20ου αιώνα ήταν 30 έτη, από τα οποία πάνω από 25 οφείλονται στα μεγάλα επιτεύγματα της δημόσιας υγείας (εμβολιασμοί, ασφαλέστερα τρόφιμα, φθορίωση του νερού, θέσπιση κανόνων ασφαλούς οδήγησης, κλπ). Αντίθετα, στην πρόοδο της ιατρικής αποδίδονται λίγο πάνω από 4 χρόνια.

Στο σημείο αυτό είναι ίσως χρήσιμο να δούμε συνο-

4. Ibid.

5. <http://www.whatispublichealth.org/impact/achievements.html>

πτικά (Διάγραμμα 1) κάποιες από τις διαφορές της δημόσιας υγείας με την κλινική ιατρική, όπως διατυπώνονται από την αμερικανική Ένωση Σχολείων Δημόσιας Υγείας (ASPH)<sup>6</sup>.

Η σύγχρονη δημόσια υγεία είναι ένα πολυεπιστημονικό πεδίο, με μια ολιστική οπτική που περιλαμβάνει την τέχνη και την πολιτική συντονισμού και εξισορρόπησης διαφορετικών υπηρεσιών της κοινότητας (Tulchinsky and Varanikona, 2000). Βεβαίως, έχει επεκταθεί σε σημείο που να τίθενται ζητήματα ελευθε-

6. Εκπροσωπεί πάνω από 50 πανεπιστημιακές σχολές δημόσιας υγείας των ΗΠΑ και ιδρύθηκε το 1953 με κεντρικό σύνθημα «είσαι τόσο υγιής όσο ο κόσμος μέσα στον οποίο ζεις» (<http://www.asph.org/>).

ρίας επιλογών<sup>7</sup> και να υποστηρίζεται ότι ασκείται τυραννική επιρροή στη ζωή του ατόμου (Fitzpatrick, 2004a:σ. 336). «Αν οι άνθρωποι δέχονται να κυβερνάται η ζωή

7. «Το κράτος – νταντά του παρελθόντος έχει μεταμορφωθεί στο θεραπευτικό κράτος και η νταντά έχει δώσει τη θέση της στο σύμβουλο. Η νταντά απλώς έλεγε στον κόσμο τι να κάνει, οι σύμβουλοι λένε επίσης και τι να αισθάνεται και τι να σκέφτεται» (Fitzpatrick, 2004b). Απαντώντας η Anna Coote, σε άρθρο της στον Guardian (26/5/2004), αναρωτιέται γιατί υπάρχουν τόσες αντιδράσεις για το κράτος – νταντά (“Nanny madness: What’s so terrible about the nanny state, anyway?” <http://www.guardian.co.uk/society/2004/may/26/guardiansocietysupplement.politics1>), αφού σε πολλές περιπτώσεις υπήρξε παρέμβαση του κράτους για την προστασία της δημόσιας υγείας (παστερίωση του γάλακτος, ζώνη ασφαλείας στα οχήματα, κλπ.) και θα φαινόνταν σήμερα γελοίο κάποιος να ζητήσει την άρση των μέτρων αυτών.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Δημόσια υγεία και κλινική ιατρική

### Δημόσια Υγεία

Επικεντρώνεται στον πληθυσμό και εστιάζεται στην παροχή δημόσιας υπηρεσίας, με έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας για ολόκληρη την κοινότητα

Πολλαπλές επαγγελματικές ταυτότητες και συγκεχυμένη δημόσια εικόνα

Χρησιμοποιεί πλήθος παρεμβάσεων για την ανθρώπινη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής

Εκπαίδευση και κατάρτιση: Βιολογικές επιστήμες κεντρικός ρόλος με έμφαση στην υγεία των πληθυσμών, οι αριθμητικές επιστήμες είναι βασικό στοιχείο, οι κοινωνικές επιστήμες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της εκπαίδευσης και τέλος οι κλινικές επιστήμες έχουν περιφερικό ρόλο

### Κλινική Ιατρική

Επικεντρώνεται στο άτομο, με ηθική παροχή προσωπικής υπηρεσίας και έμφαση στην διάγνωση και θεραπεία

Καλά εδραιωμένο επάγγελμα με έντονη δημόσια εικόνα

Ρόλος των επιστημών στην εκπαίδευση και κατάρτιση: Βιολογικές επιστήμες στο κέντρο της εκπαίδευσης, οι αριθμητικές επιστήμες έχουν αυξανόμενη προβολή, οι κοινωνικές επιστήμες είναι προαιρετικό μέρος της εκπαίδευσης, ενώ οι κλινικές επιστήμες έχουν ουσιαστικό ρόλο

τους από μέτρα που πιστεύουν ότι ίσως βοηθήσουν να παρατείνουν την ύπαρξή τους, τότε η ποιότητα της ζωής τους μειώνεται». (Fitzpatrick, 2004a:σ. 336). Στο πλαίσιο αυτό ασκείται κριτική στους γιατρούς που δίνουν συμβουλές υγείας<sup>8</sup> και στο κράτος που παρεμβαίνει σε θέματα δημόσιας υγείας<sup>9</sup>.

### **6. Σχέση γιατρού και ασθενούς**

Η σχέση γιατρού και ασθενούς<sup>10</sup> περιγράφεται ως μια σχέση ασύμμετρης πληροφόρησης, όπως τονίζει ο Νομπελίστας Kenneth Arrow στο μνημειώδες<sup>11</sup> άρθρο του "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". Η πληροφόρηση του γιατρού είναι σαφώς μεγαλύτερη από του ασθενούς, ή τουλάχιστον, όπως επισημαίνει ο Arrow (1963:p. 951), έτσι πιστεύουν και τα δύο μέρη, τα οποία γνωρίζουν ότι υπάρχει ασυμμετρία πληροφόρησης και το γεγονός αυτής της γνώσης χρωματίζει με ιδιαίτερο τρόπο τη μεταξύ τους σχέση. Οι ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας τον καθιστούν ξεχωριστό από άλλους τομείς της οικονομίας (Arrow, 1963:pp. 948-954), και δημιουργούν κενά τα οποία καλύπτονται από κοινωνικούς θεσμούς εκτός αγοράς, εννοώντας κατά βάση την εμπιστοσύνη<sup>12</sup> την οποία θα πρέπει να απολαμβάνει ο γιατρός (Arrow, 1963:pp. 947, 949-951, 965-966).

### **7. Δημόσια υγεία και ιατρική στον 21ο αιώνα**

Η κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου το οποίο παραμελεί τις κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας και βλέπει τον ασθενή όχι ως άνθρωπο αλλά ως απρόσωπο περιστατικό, έχει υποστεί σημαντική φθορά<sup>13</sup>. Βεβαίως οι γιατροί έχουν πλέον αρχίσει να υιοθετούν στην καθημερινή πρακτική τους μια προσέγγιση δημόσιας υγείας, ταυτόχρονα με την κλινική προσέγγιση (Shortell and Swartzberg, 2008)<sup>14</sup>. Η συμμετοχή των οικογενει-

ών είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας του ασθενούς, ενώ απαιτούνται γλωσσικές και πολιτιστικές ικανότητες, όταν ασχολείται ο γιατρός με ασθενείς που ανήκουν σε κάποια μειονότητα. Οι οικογενειακοί γιατροί θα πρέπει να δημιουργήσουν δεσμούς με κοινωνικές και κοινοτικές οργανώσεις, σχολεία και επιχειρήσεις και να συμβάλουν στη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας για τους ασθενείς (Shortell and Swartzberg, 2008). Όλα αυτά είναι ζητήματα της κοινωνικής επιδημιολογίας, η οποία επικεντρώνεται στην ταυτοποίηση παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την έκβαση της ασθένειας (Berkman and Kawachi, 2000).

### **8. Συμπέρασμα**

Στην εποχή μας υπάρχει έντονη αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της κλινικής ιατρικής αλλά και του έντονα παρεμβατικού χαρακτήρα της δημόσιας υγείας. Αυτό που συμβαίνει με τη νέα γρίπη είναι ενδεικτικό: ο πληθυσμός, αλλά και ένα μεγάλο ποσοστό γιατρών, έχοντας υπόψη το «αμαρτωλό» παρελθόν<sup>15</sup>, αρνείται να εμβολιαστεί. Οι αντιδράσεις κυμαίνονται από εύλογα επιχειρήματα για τη μη δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα και μακροχρόνια ασφάλεια του εμβολίου, μέχρι συνομωσιολογικά σενάρια τύπου η CIA εφνύρε τον ιό. Ανεξάρτητα από τη βασιμότητα των επιχειρημάτων, είναι σαφές ότι ποτέ άλλοτε δεν υπήρξε παρόμοιας έκτασης αντίδραση στην επίσημη γραμμή κυβερνήσεων και διεθνών οργανισμών. Οι γιατροί καλούν για εμπιστοσύνη<sup>16</sup>, ωστόσο το ερώτημα είναι εμπιστοσύνη σε ποιούς γιατρούς; Σε αυτούς που λένε να στο εμβόλιο ή σε αυτούς που λένε όχι;

Είναι προφανές ότι η αμφισβήτηση θα συνεχιστεί, ίσως ακόμα πιο έντονη, στο μέλλον. Είναι ενδιαφέρουσες εν προκειμένω οι απόψεις φουτουριστών

8. «Οι γιατροί πρέπει να πάψουν την προσπάθεια να σωφρονίσουν τους ασθενείς και να συγκεντρωθούν στο πώς θα τους θεραπεύσουν» (Fitzpatrick, 2004a:σ. 357).

9. «Να επανορίσουμε την ιατρική με όρους του να θεραπεύουμε τον άρρωστο και να αφήσουμε τον υγιή στην ψυχία του». (Fitzpatrick, 2004a:σ. 357).

10. Τη σχέση αυτή περιγράφει με σχηματικό τρόπο ο Williams (1988): Θεωρητικά ο ασθενής και ο γιατρός είναι σε σχέση εντολέα (ασθενής) – εντολοδόχου (γιατρός). Εάν ήταν πράγματι έτσι, τότε θα ίσχυε ότι: Ο ΓΙΑΤΡΟΣ είναι εκεί για να δώσει στον ΑΣΘΕΝΗ όλες τις πληροφορίες που ο ΑΣΘΕΝΗΣ χρειάζεται, προκειμένου ο ΑΣΘΕΝΗΣ να λάβει μια απόφαση, και ο ΓΙΑΤΡΟΣ στη συνέχεια να εφαρμόσει την απόφαση αυτή, που έχει μόλις πάρει ο ΑΣΘΕΝΗΣ. Αλλάζοντας όμως τις λέξεις ΑΣΘΕΝΗΣ και ΓΙΑΤΡΟΣ: Ο ΑΣΘΕΝΗΣ είναι εκεί για να δώσει στο ΓΙΑΤΡΟ όλες τις πληροφορίες που ο ΓΙΑΤΡΟΣ χρειάζεται, προκειμένου ο ΓΙΑΤΡΟΣ να λάβει μια απόφαση, και ο ΑΣΘΕΝΗΣ στη συνέχεια να εφαρμόσει την απόφαση αυτή, που έχει μόλις πάρει ο ΓΙΑΤΡΟΣ. Είναι προφανές ότι στην πράξη ισχύει το δεύτερο, επομένως ο γιατρός δεν είναι τέλειος αντιπρόσωπος του ασθενούς και αυτό βεβαίως είναι επακόλουθο της ασυμμετρίας πληροφόρησης, η οποία είναι υπεύθυνη και για το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

11. Πρόκειται για ένα πυκνογραμμένο κείμενο που «απαιτεί από τον αναγνώστη το ακαδημαϊκό ανάλογο της ταλμουδικής ευρυμάθειας», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Reinhardt (2001:p. 967). Με το άρθρο αυτό θεωρείται ότι «γεννήθηκε» ο κλάδος των οικονομικών της υγείας.

12. Ο Νομπελίστας Paul Krugman, στην τακτική στήλη του στους New York Times, γράφει πρόσφατα (25/7/2009): «...περιμένουμε περισσότερα από τους γιατρούς από ότι από τους φουρνάρηδες ή τους μπακάληδες». (<http://krugman.blogs.nytimes.com/2009/07/25/why-markets-cant-cure-healthcare/>).

13. Ένας επιπρόσθετος λόγος που συμβάλλει στην απομυθοποίηση της ιατρικής είναι το Internet, όπου μέσω της διάχυσης της πληροφορίας σπάει ο έλεγχος της ροής της πληροφόρησης για ζητήματα υγείας που παραδοσιακά ανήκε στο γιατρό (Hardey, 2001:p. 404).

14. Στο άρθρο εξαιρείται το (μοναδικό στις ΗΠΑ) πρόγραμμα σπουδών του Πανεπιστημίου του Berkeley (ο Stephen Shortell είναι κοσμήτορας της Σχολής Δημόσιας Υγείας στο U.C. Berkeley), που οδηγεί σε διπλό πτυχίο, στην ιατρική και στη δημόσια υγεία. Θεωρείται επίσης θετικό το ότι ορισμένες ιατρικές σχολές υιοθέτησαν μια αναθεωρημένη έκδοση του όρκου του Ιπποκράτη (γράφτηκε το 1964 από το Louis Lasagna, Διευθυντή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Tufts) που αναφέρει ότι: «θα θυμάμαι ότι θεραπεύω έναν άρρωστο άνθρωπο, που η ασθένειά του επηρεάζει την οικογένειά του και την οικονομική του σταθερότητα. Θα προλαμβάνω τη νόσο όποτε έχω τη δυνατότητα, γιατί η πρόληψη είναι προτιμότερη από τη θεραπεία».

15. Η υστερία που επικράτησε στις ΗΠΑ για τον ιό της γρίπης στα μέσα της δεκαετίας του 1970 και η εκστρατεία για το μαζικό εμβολιασμό εκατομμυρίων αμερικανών θεωρείται ότι αποτέλεσε μέρος της στρατηγικής του προέδρου Gerald Ford να επανεκλεγεί στις εκλογές του 1976 (Dixon, 2002).

16. Βλ. π.χ. τα άρθρα των καθηγητών Τριχόπουλου, Κωνσταντόπουλου, Μουτσόπουλου στο ΒΗΜΑ της Κυριακής, 15/11/2009.

της υγείας σχετικά με τις απαντήσεις στις προκλήσεις του τομέα υγείας. Καταρχήν θεωρείται ότι οι πρόοδοι της ιατρικής δεν θα καθορίσουν τη βελτίωση της υγείας. Καθώς το προσδόκιμο ζωής φτάνει στο όριο του, η φροντίδα υγείας θα επικεντρωθεί στη διασφάλιση συνθηκών για ένα υψηλής ποιότητας τέλος της ζωής, έναν «υγιή θάνατο» θα λέγαμε

(Hancock and Garrett, 1995:p. 942). Ένας τομέας που θα γνωρίσει άνθηση είναι η ψυχονευροανοσολογία, ενώ αυτά που θα παίξουν κυρίαρχο ρόλο θα είναι οι βελτιώσεις στο μακρο-περιβάλλον μέσω οικολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και τεχνολογικών μεταβολών (Hancock and Garrett, 1995:p. 943).

## ABSTRACT

### SOCIETY ORGANISATION MODELS, PERCEPTION OF ILLNESS AND POLICY IMPLEMENTATION

Sotiriadou Kiriaki<sup>1</sup>, Pavlos Sarafis<sup>2</sup>, Maria Malliarou<sup>3</sup>

[1. Captain Nurse, MSc, PhDc Aristotle University of Thessaloniki, 2nd Brigade, Kozani, 2. Lecturer Technological Educational Institute of Lamia / Nursing Faculty, 3. Captain Nurse, MSc, PhDc University of Athens, 404 Military Hospital of Larisa]

**Introduction:** This paper refers to two different approaches to the concepts of health and illness, the dominant biomedical model on the one hand and the perspective of public health and health sociology on the other.

**Purpose:** The presentation of the biomedical model which dominated Western medicine for many years. The criticism in this model compared with the public health approach

**Literature Review:** Searched literature in international databases by keywords: biomedical model, public health, clinical medicine articles in the last 10 years on this issue.

**Results:** The dominance of the biomedical model which neglects the social dimensions of illness and sees the patient not as human being but as an impersonal medical incident, has been significantly reduced. Doctors have now begun to adopt in their daily practice a public health approach, together with the clinical approach.

**Conclusions:** The involvement of families is essential to maintaining the health of the patient whereas the doctor needs linguistic and cultural skills are required, when dealing with patients belonging to a minority. Physicians should establish links with social and community organizations, schools and businesses and help create self-help groups for patients

**Keywords:** public health, biomedical model, clinical medicine

## Βιβλιογραφία Ελληνική

1. Αγραφιώτης, Δημοσθένης (2003), Υγεία, αρρώστια, κοινωνία – τόποι και τρόποι σύμπλεξης, εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα.
2. Οικονόμου, Χαράλαμπος (2005), Κοινωνιολογία της υγείας, εκδόσεις Διώνικος, Αθήνα.
3. Τούντας, Γιάννης (2004), Κοινωνία και υγεία, εκδόσεις Οδυσσεάς, Αθήνα.
4. Adam, Philippe και Claudine Hertzlich (1999), Η Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής, (μετάφραση Κατερίνα Βασιλικού, επιστημονική επιμέλεια Δημοσθένης Αγραφιώτης), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
5. Dixon, Bernard (2002), Η αόρατη δύναμη, πώς τα μικρόβια κυβερνούν τον κόσμο, (απόδοση στα ελληνικά: Μαρία Αστροπεκάκη, επιστημονική επιμέλεια: Τάσος Οικονόμου), Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
6. Fitzpatrick, Michael (2004a), Η τυραννία της υγείας – οι γιατροί

και οι κανόνες για το σύγχρονο τρόπο ζωής, (μετάφραση Άσπα Γολέμη, επιμέλεια Βαγγέλης Γεωργίου και Θανάσης Παπαγεωργίου), εκδόσεις Πολύτροπον, Αθήνα.

7. Nettleton, Sarah (2002), Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, (μετάφραση Ανθή Βακάκη, επιμέλεια Δημοσθένης Αγραφιώτης), εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

## Ξενόγλωσσον

1. Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review* 53(5), pp. 941-973.
2. Berkman, Lisa and Ichiro Kawachi (2000), "A Historical Framework for Social Epidemiology," in Lisa Berkman and Ichiro Kawachi (eds.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
3. Blaxter, Mildred (2001), "What is health?," in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
4. Boorse, C. (1977), "Health as a theoretical concept," *Philosophy*

- of Science, 44, pp. 542-573.
5. Bunker, John (2001), "Medicine matters after all", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
  6. Donaldson, L.J. (2001), "125 years of public health in the UK," *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121(3), pp. 146-151.
  7. Fitzpatrick, Michael (2004b), "From 'nanny state' to 'therapeutic state'," *British Journal of General Practice*, 54(505): p. 645.
  8. Fogel, R. W. (1993), "Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy," (Nobel Prize lecture), [http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/economics/laureates/1993/](http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/1993/)
  9. Hancock, Trevor and Martha Garrett (1995), "Beyond Medicine: Health challenges and strategies in the 21st century," *Futures*, 9/10, pp. 935-951.
  10. Hardey, Michael (2001), "Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
  11. Illich, Ivan (2001), "The epidemics of modern medicine", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
  12. Johnson, D. Gale (1997), "Agriculture and the Wealth of Nations," (Ely lecture), *American Economic Review*, 87(2), pp. 1-12.
  13. King, L.S. (1954), "What is disease?", *Philosophy of Science*, 21(3), pp. 193-203.
  14. Lewens, T. and J. McMillan (2004), "Defining disease," *The Lancet*, 363, p. 664.
  15. McKeown, Thomas (2001), "The medical contribution", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
  16. Moore, S.R. (2001), "125 years of public health in the USA," *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121(4), pp. 262-267.
  17. Reinhardt, Uwe (2001), "Can efficiency in Health Care Be Left to the Market?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), pp. 967-992.
  18. Schwartz, Peter H. (2007), *Decision and Discovery in Defining 'Disease'*, in Harold Kincaid and Jennifer McKittrick (eds.), *Establishing Medical Reality – Essays In The Metaphysics And Epistemology Of Biomedical Science*, Springer, Netherlands.
  19. Shortell, Stephen and John Swartzberg (2008), "The Physician as Public Health Professional in the 21st Century," *Journal of the American Medical Association*, 300(24), pp. 2916-2918.
  20. Tulchinsky, Theodore H. and Elena A. Varavikova (2000), *The New Public Health, An Introduction for the 21st Century*, Elsevier Science, Netherlands.
  21. Williams, Alan (1988), "Health economics: the end of clinical freedom?" *British Medical Journal*, 297, pp. 1183-1186.