

# Re(de)konstrukcija Parsonsovog koncepta uloge bolesnika u postmodernom društvu

ŽIVKA STANIČIĆ\*

Farmaceutsko-biokemijski fakultet  
Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, Hrvatska

Pregledni rad

UDK: 316.258-056.24

Primljeno: siječanj 2007.

*Analize koje se u članku izlažu temelje se na aksiomatskoj pretpostavci koja sažeto glasi: ekonomske, političke i sociokulturne konstelacije na bitan način određuju nivo socijalnog života ili socijalni status bolesnika. Polazeći od navedene analitičke hipoteze, u radu se, na tragu Weberovih »idealnih tipova«, raščlanjuju razlike u legitimirajućem, tj. socijalno doznačenom identitetu bolesnika u modernom društvu, s jedne strane, te u postmodernom društvu, s druge strane.*

*U svojstvu teorijske predradnje za naredne analize, upućuje se na leksičko-pojmovna razgraničenja koju riječi bolest ima u engleskom jeziku: disease, illness i sickness. Svrha te pojmovne raščlambe jest odgovoriti na pitanje: što se točno misli kada se kaže da je netko bolestan?*

*Parsonsov koncept uloge bolesnika (sick role) poslužio je kao analitički konstrukt za razumijevanje načina na koji je moderno društvo sredine 20. stoljeća odlučivalo o svojim bolesnicima. Teorijski značaj i vrijednost ovog koncepta prepoznaje se ne samo u tome što je on operativan, odnosno jednako primjenjiv (barem načelno) na sve članove društva već i u tome što se bolesna osoba oslobađa izvršenja uobičajenih socijalnih zadataka kao i moralne krivice, a time i svake druge odgovornosti za nastanak bolesti.*

*Nakon iscrpnog i strukturiranog prikaza Parsonsovog koncepta uloge bolesnika, u završnom dijelu rada, kritički se razmatra status ili »svijet života« bolesnika u optici strukturalno kontingentnih procesa u razvijenim političkim ekonomijama postmodernog društva.*

*Rezultat tih analiza sabire se u zaključku: uvođenjem principa tržišta u sferu javnog dobra, kakvo je upravo zdravlje ljudi, potkopavaju se temeljna prava bolesnika, a time i realni izgledi za kvalitetnu medicinsku skrb.*

**Ključne riječi:** *illness, disease, sickness, Parsonsov koncept uloge bolesnika (sick role), prava bolesnika, obveze bolesnika, simuliranje bolesti, moderno društvo, postmoderno društvo, neoliberalne reforme sustava zdravstvene zaštite.*

---

\* Živka Staničić, Farmaceutsko-biokemijski fakultet/Faculty of Pharmacy and Biochemistry, A. Kovačića 1, 10 000 Zagreb, Hrvatska/Croatia, zstanicic@pharma.hr

## O JEDNOM TEGOBNOM »DRŽAVLJANSTVU«

Svoj osebujuć pogled na zdravlje i bolest Sontag (Sontag, 1983.) iznosi uz pomoć dojmljive prispodobe o dvostrukom »državljanstvu«: »carstva zdravih« i »carstva bolesnih«. Navedena nas metafora upućuje, prije svega, na (s)poznavanje neumitnosti<sup>1</sup> pripadanja (i) onom tegobnom i nepoželjnom »carstvu« – »carstvu bolesnih«. Budući da je određenje bolesti<sup>2</sup> i uloge bolesnika u društvu nemoguće izvršiti na apstraktan i apsolutan način, valja nam uvijek nanovo ispitati pod kojim se uvjetima, ne samo medicinskim već i ne-medicinskim, postaje »državljaninom« tog »carstva«. Svaki takav konkretni pokušaj polazi od aksiomske pretpostavke: sociokulturni i politički kontekst na bitan način određuje ne samo kako će netko interpretirati znakove ili simptome bolesti već i kako će takvu osobu prihvatiti drugi pripadnici društva, koje će se strategije liječenja ili terapijski modaliteti primjenjivati te, naposljetku, kakav će nivo socijalnog života ili socijalni status bolesnik imati. Konzekvencije dosadašnjih postavki dadu se sažeti: kada sebe i(li) druge prepoznajemo kao bolesne, na djelu je proces socijalne identifikacije; svaka bolest, naime, ima posebne implikacije za nas kao ljude, a ne samo kao biološke organizme; biti bolestan znači poprimiti »socijalno doznačen identitet« (Berger, Luckmann, 1992.:195). Zaključujući ovaj uvodni dio valja, kao posebno važno, dojetnuti: kategorije bolesti nisu vrijednosno neutralni, univerzalni i nedvosmisleni opisi

biološko-kemijskih ili fizioloških procesa. Naprotiv, bolest je društvena stvar, ne samo zato jer su joj i porijeklo i posljedice društvene već i zato jer društvo »s datim znanjem svoje medicinske tehnike – odlučuje o svojim bolesnicima...« (Sartre, 1984.:65). U narednoj raspravi pokušat ćemo – na tragu Weberovih »idealnih tipova« - jasno razlučiti kako je, ne samo »s datim znanjem svoje medicinske tehnike« već i s datim socijalno-političkim, ekonomskim i vrijednosnim konstelacijama, o »svojim bolesnicima« odlučivalo moderno, a kako postmodernom društvu.<sup>3</sup>

## NA ŠTO SE TOČNO MISLI KADA KAŽEMO DA JE NETKO BOLESTAN?

Odgovor na navedeno ključno pitanje nije ni samorazumljiv, niti može stati u malo riječi. Ipak, u traganju za njim, dobar dio poteškoća uklonit ćemo usvajanjem leksičke hipoteze: ne samo individualne, već i socijalne razlike važne »u životima ljudi konačno će postati kodirane u njihovom jeziku; što je neka razlika važnija, to je vjerojatnije da će ta razlika biti izražena zasebnom riječju« (Mlačić, 2002.:555). Tako npr. za riječ bolest u engleskom jeziku postoje čak tri zasebne riječi: *disease*, *illness* i *sickness*. Valja, međutim, posebno upozoriti: bez obzira na razlike u njihovom značenju, niti jedan od navedenih koncepata »ne može egzistirati kao koncept neovisno od procesa interpretacije i pregovaranja« (Bellaby, 1990.).

<sup>1</sup> Mikrobiolog Dubos (1965.) upozorava da je potpuna oslobođenost od bolesti gotovo nespojiva s čovjekovim tjelesnim opstankom; bolest je, drugim riječima, inherentna životu. Isto tvrdi i Kierkegaard (1980.): u stvarnosti teško možemo pronaći potpuno zdrava čovjeka. Za Durkheima bolest se temelji u prirodi bića (1999.).

<sup>2</sup> Razlike među ljudima su tako izražene da ne postoji konzistentan kriterij čak ni za određenje tjelesne visine i težine; zapravo, rigidni obrazac – anatomske, fiziološke, imunološke – nije uopće moguć; unutar grčke filozofije, skeptici ukazuju na postojanje raznovrsnih »idiosinkrazija« u pogledu tjelesne razlike (Hegel, 1983.:468).

<sup>3</sup> Umjesto detaljne analize razlika između modernog i postmodernog društva, iznijet ćemo samo njihova tipična identitetska obilježja koja se reflektiraju u socijalnoj ulozi bolesnika.

Do jasnog razdvajanja značenja riječi »bolest« dolazi pod utjecajem moderne biomedicine koja, ishodišnom tezom o čovjekovom tijelu kao pukom objektu, razvija koncept bolesti (*disease*) – znanstveno utvrđene »činjenice«, odvojeno od subjektivnog iskustva (*illness*).

Pojam *illness* koristi se, dakle, kao oznaka za subjektivno, osobno iskustvo/ doživljaj boli i bolesti (Field, 1976.), osjećaje koji su izazvani promjenama u tjelesnim stanjima kao i posljedice koje nastaju uslijed nošenja s bolešću (Radley, 1998.); *illness* se tiče odgovora individue na simptome: kako netko iznosi i interpretira simptome, što pro(do)življava te kakav smisao i značenje pridaje svojoj bolesti.

Pojam *disease* se koristi isključivo kao oznaka za promjene u tijelu, na individualna patološka fizička/organska oštećenja, na »nešto što liječnik dijagnosticira i liječi kao npr. gripa, rak ili tuberkuloza« (Radley, 1998.). *Disease* je, zapravo, liječnikova »konstrukcija bolesnikovih pritužbi u tehničku terminologiju određenog sustava liječenja« (Kleinman i Seeman, 2000.:231); *disease* uključuje proces »medicinske klasifikacije i etiketiranja *illness*« (McPherson i Armstrong, 2006.).

Vrlo česta pojava brkanja pojmova *disease* i *illness*, odnosno njihovo korištenje kao sinonima u svakodnevnom jeziku proizlazi iz »pretpostavke da je 'normalno' da se oni pojavljuju zajedno« (Radley, 1998.:3). Međutim, iako se bol »obično smatra pokazateljem bolesti« i, iako je »izvjesno da općenito između tih dviju činjenica postoji odnos«, nema nimalo dvojbe da tom odnosu »nedostaje postojanosti i točnosti« (Durkheim, 1999.:59).<sup>4</sup> Sasvim je moguće, drugim riječima, osjećati bol, a ne imati bolest, tj. neki oblik aberacije koji je liječnik objektivno, konkretno utvrdio i *vice versa*: mno-

ge su teške bolesti bezbolne (kao npr. rak u početnoj fazi). Proizlazi da se bolesnikovo iskustvo bolesti ne treba nužno podudarati s dijagnostičkim i terapijskim svijetom bolesti (*disease*) ili »službenim sustavom etiologije i tretmana« (Hess, 2004.).

Pojam *sickness* se odnosi na socijalno stanje ili nivo socijalnog života na kojem se ljudi nalaze kada ih društvo proglašuje bolesnima. *Sickness*, drugim riječima, poprima oblik »legitimirajućeg identiteta«, tj. onog koji »uvode dominantne društvene institucije radi proširenja i racionalizacije svoje dominacije nad društvenim akterima« (Castells, prema Cifrić i Nikodem, 2006.:178). Problematiku »legitimirajućeg identiteta« bolesnika ili, jednostavno rečeno, uloge bolesnika (*sick role*) u medicinsku sociologiju je »na velika vrata« uveo Talcott Parsons (1951.). Ovaj koncept drži se važnim doprinosom sociologiji (Shilling, 2002.), konceptualnim »kamenom temeljcem medicinsko-socijalnih znanosti« (Fox, 1989.; Weiss i Lonquist, 1994.), »plodnosnim konceptom« (Crossley, 1998.). Teorijski značaj Parsonsovog koncepta uloge bolesnika sastoji se u preinačavanju odnosa liječnik – bolesnik od »isključivo terapijskog u odnos koji je određen širim 'socio-kontrolnim' mehanizmima« (Armstrong, 2003.:27). Preuzimajući ulogu bolesnika, osoba, naime, biva »okružena nizom novih socijalnih i kulturnih« (Taylor, 2000.:265) ili »institucionaliziranih očekivanja« (Crossley, 1998.:509). Za razliku od biomedicinske perspektive koja naglašava biološku/fiziološku stvarnost čovjekovog organizma, Parsons ističe socijalnu stvarnost bolesti – činjenicu da je osoba bolesna onda kada se »ponaša kao bolesna« (Cockerham, 2001.:157). Biti bolestan ne znači biti u socijalnom vakuumu. Naprotiv, kada čovjek oboli, dolazi do komutacije uloga: umjesto uobičajenih, »normalnih« uloga,

<sup>4</sup> Konkretno: opće je poznato da bol i, općenito, slabljenje organizma ne izaziva samo bolest već i »mnoga stanja, poput gladi, umora, porođaja, mjesečnice koje su čisto fiziološke pojave« (Durkheim, 1999.:59).

dobiva se jedna nova, po mnogočemu jedinstvena, socijalno »pripisana« uloga – uloga bolesnika.

**PARSONSOV KONCEPT ULOGE BOLESNIKA (SICK ROLE); ILI: KAKO JE O »SVOJIM BOLESNICIMA« ODLUČIVALO MODERNO DRUŠTVO**

Parsonsovom konceptu uloge bolesnika reflektira se ne samo stupanj/stanje medicinske znanosti već i sveukupna socijalno-ekonomska, politička te kulturno-vrijednosna konstelacija modernog društva sredine 20. stoljeća; neka od brojnih paradigmatičkih obilježja tog vremenskog razdoblja ukratko ćemo izložiti: medicina (koja sebe sagledava utjelovljenjem racionalne, prirodne, vrijednosno-neutralne znanosti) sve je učinkovitija u terapiji bolesti koje tada prevladavaju (akutne, zarazne); nakon što su – ekonomski, politički i konceptualno – porazili sve ostale ne-znanstvene modalitete liječenja, liječnici se hegemonistički pozicioniraju na medicinskom tržištu; država, uz pomoć liječničke profesije, uspostavlja kontrolu (ovaj put na »znanstven« način) nad radnom snagom. Kako se radi o društvu koje proizvodnju, odnosno, općenito rad smatra »potencijalom, snagom, historijskim procesom, generičkom djelatnošću« (Baudrillard, 2001.:76), »kontroliranje radne snage« predstavlja središnji društveni interes. Takvu orijentaciju u ekonomskom životu dodatno pojačava stanje duha<sup>5</sup> koje, na zasadama protestantske etike, vrijednost čovjeka primarno određuje njegovom

sposobnošću za rad. U ekonomskim i vrijednosnim konstelacijama u kojima je sve podređeno napretku, a na rad se gleda kao »put do poboljšanja« (Nordstrom i Ridderstrale, 2002.), ne moći raditi ne znači samo ugrožavanje praktične/materijalne osnove za vlastiti život i život zavisnih članova obitelji već i gubitak »moralne reputacije«. Ovakvo se dominantno stanje duha i ekonomskog života potpuno »prelilo« u Parsonsovu konceptualizaciju bolesti i uloge bolesnika. Bolest, kao limitirajući faktor socijalnog djelovanja, znači prije svega oblik devijacije ili udaljavanja od društveno postavljenih ciljeva. Bolest je ono stanje koje direktno ugrožava rad, socijalni red i reprodukciju (Parsons i sur., 1969.:670).

Glavni parametri uloge bolesnika sačinjavaju dva dinamična i međusobno povezana niza prava i dužnosti.

Bolesna osoba legitimno se oslobađa svih (ili većine) uobičajenih socijalnih uloga i vidova socijalne odgovornosti koje kao član zajednice ima spram drugih članova i spram društva u cjelini.<sup>6</sup> Uloga bolesnika ga »ujedno i skriva i osigurava« (Bloch, 1981.:523): »skriva« utoliko što ne treba izvršavati uobičajene zadatke (npr. pohađati školu, odlaziti na posao<sup>7</sup>) i »osigurava«, tj. štiti od negativnog socijalnog obilježavanja, tj. sumnje da se »udaljio« od vladajućih društvenih normi. Parsons bolesnu osobu amnestira i najmanje moralne krivice/odgovornosti za nastanak bolesti; ako tome dodamo da je, uslijed bolesti, njezin kapacitet »normalnog« funkcioniranja smanjen, oslobođenje od uobičajenih aktivnosti ne

<sup>5</sup> Neposredna posljedica tog novog »duha« jest novo mjerenje vremena koje je, malo po malo, dovelo do »praktičnog i teorijskog izjednačavanja pojmova reda, rada, proizvodnje i novca. Na isti način, pojmovi reda, odmora, dokolice i potrošnje temelje se na novom određivanju kraja ciklusa. Nadalje, ako odmor predugo traje, oni i teorijski i stvarno postaje najveća prijetnja radu« (Attali, 1992.:235).

<sup>6</sup> Mjera poštede od izvršavanja uobičajenih socijalnih uloga određena je štetama koje bolesnik može izazvati ne samo sebi već i drugima nastavi li s izvršavanjem svojih uobičajenih socijalnih zadataka.

<sup>7</sup> Oslobođanje od radnih obveza koje donosi status bolesnika Illich stavlja u kontekst »socijalne jatrogeneze«; njegovu ćemo tvrdnju ukratko izložiti: liječnik, na osnovu određenih medicinski utvrđenih simptoma, oslobađa one pripadnike društva koji obavljaju destruktivan rad, zbog čega se tim istim ljudima oduzima prilika da se bore za izmjenu društva (Illich, 1976.:34).

pokazuje se pretjeranom socijalnom povlasticom.

Uloga bolesnika ne znači samo određena prava već i dva seta komplementarnih obveza/odgovornosti; prava bolesnika su, naime, strogo kondicionalna (Fox, 1989.:22). Prvi bitni uvjet jest da osoba svoje stanje definira kao nepoželjno te da poduzima energične korake ka ozdravljenju. Druga obveza bolesnika odnosi se na traženje pomoći isključivo od »tehnički kompetentne« osobe – liječnika. Riječ je o »situacijskoj ovisnosti« a to znači da bi »dobio medicinsku uslugu, pacijent mora pristati na uvjete koje propisuje liječnik (ovlašteni ekspert)« (Cerjan-Letica i Letica, 2003). Parsons ne dvoji oko toga da li će bolesna osoba pristati na »terapeutski postupak« koji je treba što brže reintegrirati u društvo; ključni razlog bolesnikove »motiviranosti« ili »volje bolesnika da ozdravi«<sup>8</sup>, odnosno pristajanja na terapiju, Parsons pronalazi u vulnerabilnosti bolesnika<sup>9</sup> te u ostvarivanju »zadovoljstva organizma«, odnosno »samoočuvanja tijela«.

Po Parsons, društvo je stalno izloženo riziku da njegovi članovi iskorištavaju zajednička prava i povlastice i da na taj način bude žrtvovana zajednička (društvena) korist. U red takvih pojava spada i simuliranje

bolesti.<sup>10</sup> Evo kako tu pojavu »motivacije« k bolesti (koja sama po sebi također predstavlja bolest, tj. devijaciju) Parsons namjerava spriječiti: računajući na to da svatko ponekad poželi izbjeći izvršavanje socijalnih obveza (koje su, usput rečeno, i za mnoge pripadnike suvremenih društava, u svakom pogledu, nepodnošljive<sup>11</sup>) i tako ostvari svoje »pravo na lijenost« (bilo simulirajući<sup>12</sup> bolest, bilo nepoduzimanjem koraka u cilju što bržeg ozdravljenja), ulogu bolesnika valjalo je »prostorno strukturirati« ili, figurativno rečeno, bolesnika »vezati za krevet« (Bloch, 1981.). Drugim riječima, da bi se domogao slobode neizvršavanja svojih normalnih socijalnih uloga, bolesnik je prisiljen prihvatiti jednu formu neslobode: živjeti s ograničenjima koja svaka zdravstveno-zaštitna institucija (posebno bolnica) nameće. Parsons je uvjeren da će se na taj način ne samo onemogućiti da netko prevarom<sup>13</sup> stekne status bolesnika, već da će se i vrijeme bolovanja, kod kojih je ta uloga »zasluženo« dobivena, »optimalno skratiti«. Iz navedenog proizlazi da je primarni liječnikov zadatak razlikovati navodnog od pravog bolesnika<sup>14</sup>, a tek potom »propisivati lijekove«. Zašto možemo biti sigurni da će liječnici lojalno izvršavati zadaću koju im je društvo povjerilo? Jams-

<sup>8</sup> Čovjekovo fizičko zdravlje se na »složen način prožima sa važnim ali neodređenim područjima duševnog zdravlja i volje bolesnika da ozdrave.« (Parsons, 1991.:25).

<sup>9</sup> Čak i liječnik »klone duhom« »kad obori ga bolest pa se ne zna snać i koristan pronaći samom sebi lijek« (Eshil, 1998.).

<sup>10</sup> Od liječnika se traži da svojim odgovornim prosudbama zaštite društvo praveći jasno razliku između istinskih bolesnika i simulanata (Kozarić-Kovačić i sur., 2003.).

<sup>11</sup> Prava istina je, međutim, da je privremena pošteda od rada tek vrlo niska cijena koju društvo plaća za iscrpljenost i skore napore kojima će osoba biti ponovno izložena.

<sup>12</sup> »Prvi koji je postavio dijagnozu simulacije bio je nesumnjivo Palamed, koji je odlučio da Odisej simulira ludost da ne bi sudjelovao u Trojanskom ratu« (Devereux, 1992.).

<sup>13</sup> Da bi ostvarili takve (i)li slične ciljeve, mnogi ljudi, poput glavnog lika iz romana Saul Bellowa, Herzog, »čine sve da se razbole«; to što su, u Herzogovom slučaju, svi pokušaji da se razboli ostali bezuspješni, ima se zahvaliti činjenici da je »njegovo zdravlje zaista čudo svoje vrste« (Bellow, 2004.:16).

<sup>14</sup> I za Kierkegaarda je primarni zadatak liječnika »prije svega zapaziti bolest i, dakle, prije svega, znati da li je navodni bolesnik stvarno bolestan ili da li navodno zdrav čovjek nije možda u stvari bolestan«. Uostalom, kada bi se liječnik mogao potpuno »osloniti na to što svaki čovjek kaže o tome kako se osjeća, da li je zdrav ili bolestan, kakve ima bolove itd., onda bi uloga liječnika bila varka« (Kierkegaard, 1980.:19).

tvo pruža to što se liječnik u otkrivanju bolesti ne oslanja na bolesnikov subjektivni doživljaj (*illness*) već na biologijske poremećaje, aberacije koje se mogu, s datim stanjem medicinske znanosti i tehnike, znanstveno, konkretno-empirijski, objektivno, vrijednosno-neutralno detektirati (*disease*). Prema tome, subjektivni doživljaj boli i osobna percepcija simptoma imaju vjerodostojnost tek ako ih potvrde rezultati fizičkih i inih dijagnostičkih testova. Samo u ovako strogo ograničenim uvjetima stjecanja uloge bolesnika moguće je, drži Parsons, ne samo pravo bolesnika već i pravo liječnika »uskladiti s institucionalnim poretkom« (Parsons, 1988.:30). U protivnom, kao u slučaju posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kod kojega se dijagnoza temelji najviše na subjektivnim simptomima bolesnika (*illness*), lako može doći do simuliranja bolesti<sup>15</sup> ili tzv. sekundarnog dobitka koji nije usklađen s »institucionalnim poretkom«<sup>16</sup> (na što je u našoj društvenoj stvarnosti više puta ukazivano).

Parsonsov koncept društvenog sustava pretpostavlja postojanje savršene kompatibilnosti i recipročnosti uloga svih aktera u društvu.<sup>17</sup> Konkretno, to znači da prava i obveze nemaju samo bolesnici spram liječnika već i obrnuto. »Prirodni« okvir za liječnikov i bolesnikov intersubjektivni odnos predstavlja paternalizam; ovaj se model međuodnosa temelji na liječnikovom

neupitnom autoritetu (ekskluzivno pravo istraživanja bolesnikova tijela, pravo na informacije o bolesnikovim najintimnijim stvarima), s jedne strane, te potpunom bolesnikovom, na neznanju utemeljenom, povjerenju u taj autoritet, s druge strane. Takva koncentracija moći/kontrole u rukama liječnika nije, međutim, za Parsonsa nimalo problematična.<sup>18</sup> Naprotiv, liječnikova vlast nad bolesnikom je dobrohotna i uvijek u najboljem interesu bolesnika.<sup>19</sup>

### KAKO POSTMODERNO DRUŠTVO ODLUČUJE O »SVOJIM BOLESNICIMA«?

Parsonsov koncept uloge bolesnika u potpunosti odgovara pragmatičnom, racionalističkom duhu modernog društva sredine 20. stoljeća. Riječ je o konceptu (i praksi) koju je iznjedrila socijalna država ili država socijalne pravde koja, koristeći se raznim mehanizmima (među kojima institucija socijalne uloge bolesnika ima poseban značaj), pomaže ljudima nositi se s najrazličitijim rizicima u svim aspektima njihovih svakodnevnih života. U današnjem, postmodernom društvu<sup>20</sup> takav tip legitimirajuće uloge bolesnika doveden je, međutim, u pitanje. Riječ je o strukturno kontingentnim procesima koji utječu ne samo na bolesnikovo individualno,

<sup>15</sup> Za pojavu simuliranja bolesti, Jaspers koristi »mekši« izraz: »neprimjetna predanost bolesti« koja se ponekad, da bi se postigao određeni cilj, javlja zapravo kao »volja za bolešću«. Za razliku od Parsonsa, Jaspers drži da ta »volja za bolešću« može imati i druge ciljeve, a ne samo izvlačenje od radnih obveza; »volja za bolešću« može nastati zato jer takav »bolesnik« želi biti »predmet sažaljenja, predmet senzacije«, u sebi pobuditi »fantastična osjećanja prijatnosti« (Jaspers, 1978.:401).

<sup>16</sup> Budući da je društvo jedino liječnicima dalo mandat legitimiranja uloge bolesnika, od njih se traži i veća odgovornost u razlikovanju »genuinih« bolesnika (kod kojih je bolest objektivno utvrđena) od simuliranih.

<sup>17</sup> Unatoč tome što neki akteri svoje uloge ne izvršavaju lojalno.

<sup>18</sup> Drugi autori u ovom vide opasnost od potpune »medikalizacije«; »u ime zdravlja«, zapravo se vrši »kolonizacija bolesnikovog života« (Zola, Conrad, Illich, Szasz...).

<sup>19</sup> Djelovati »u najboljem interesu bolesnika«, ne znači, po Parsonsu, primarno poštovati bolesnikovu autonomiju (pravo na izbor u skladu s osobnim vrijednostima), već, prije svega, »osloboditi bolesnika neželjenih simptoma« (Jackon, 2001.:101).

<sup>20</sup> Naredne analize treba shvatiti tek kao privremenu bilancu koja treba dodatna proširenja i nadopune.

svakodnevno iskustvo («svijet života»), samopercepciju bolesti već i na način kako bolesnike prihvaćaju drugi ljudi i društvo u cjelini (svaki identitet u suštini počiva na priznatosti od drugih). Upravo nadolaskom postmoderne započinje razgradnja gotovo svih sastavnica Parsonsovog koncepta uloge bolesnika.

U narednim analizama podastrijet ćemo osnovne dimenzije te dekonstrukcije.

Među najvidljivije promjene koje mijenjaju uvriježenu (samo)percepciju statusa bolesnika spada promjena »biološkog poretka«. Naime, »stari biološki poređak« (akutne infektivne bolesti) ustuknuo je pred »novim biološkim poretkom«<sup>21</sup> (kronično-degenerativna oboljenja); u tako promijenjenoj morbiditetnoj strukturi, apsurdno je računati na iole značajniji bolesnikov »oporavljajući potencijal« (Payer, 1996.). Ako je za većinu ljudi bolest trajna, doživotna, s pravom se postavlja pitanje: je li, ne samo s aspekta funkcioniranja društva kao sustava već i iz aspekta »svijeta života« kroničnih bolesnika, opravdano i poželjno, takve ljude trajno osloboditi svih socijalnih zadataka, izolirati ih od društva i »vezati za krevet« na način na koji je to implicirao Parsonsov koncept bolesnika? Negativan odgovor se nadaje sam po sebi: zato jer je došlo do »temeljite promjene u individualnom iskustvu bolesti« (Crosley, 1998.:510), kronični ili »rutinirani bolesnici« (Bernhard, 2003.) u pravilu, nastavljaju živjeti manje-više »normalan« život. Bolesna osoba, naime, ne želi biti pošteđena (barem ne u potpunosti i trajno) izvršavanja uobičajenih socijalnih uloga i obveza (Weiss i Lonnquist, 1994.:135). Proizlazi da osoba može biti prepoznata kao bolesna, ali prava i obveze (koje Parsonsov koncept uloge bolesnika implicira) ne trebaju »stupiti na snagu«. Uostalom,

valja istaknuti da nas svaka bolest »ne onesposobljava uvijek toliko da nismo u stanju nepopravljive neprilagođenosti; ona nas tek prisiljava da se prilagodimo na drugi način od većine nama sličnih« (Durkheim, 1999.:61). Apsurdno je, dakle, tražiti da se, poput drugih bolesnika, i kroničan bolesnik, oslobodi svih uloga koje kao član društva ima (Freund i McGuire, 1991.:133).

Procesi razgradnje posebno su zahvatili onu konceptualnu odrednicu Parsonsove uloge bolesnika koja implicira oslobađanje bolesnika svake moralne krivice za nastanak bolesti. U postmodernom društvu, naime, uspostavlja se jedna nova »zdravstveno-politička paradigma« koja se temelji na postavci da »odgovornost za zdravlje ljudi nadilazi osiguranje zdravstveno-zaštitinih sustava« (Green i Thorogood, 1998.). Ono što se misli pod »nadilaženjem« u suštini se svodi na pokušaj da se bolest prikaže isključivo kao osobni problem, odnosno da se svatko proglasi odgovornim za vlastito zdravlje. Na ovaj način se (i) na području brige o zdravlju postiže krajnji cilj politike i filozofije neoliberalizma: »deregulacija« – rasterećenje društva u saniranju posljedica bolesti. Da bi se ovaj, u biti politički neoportuni, cilj što bolje zamaskirao, uspostavlja se (ponovno) tijesna veza između bolesti i »žrtve«. U današnjim okolnostima, naime, na oboljelog se gleda kao na onog tko je sam kriv za svoju bolest. Središnji pojam u prevenciji i otklanjanju bolesti postaje pojam rizika (Davison i sur., 1992.) koji upravo implicira osobnu, moralnu krivicu, a odatle i svaku drugu odgovornost. Oni koji nisu sposobni promijeniti svoje rizično ponašanje, mogu biti prokazani kao »neodgovorni«, »iracionalni« pa i optuženi da se »ne brinu o sebi« (Peterson, 1997.). Cilj je neoliberalne politike uvjeriti građane da je nemiješanje države (»deregulacija«) u

<sup>21</sup> Takvu pojavu Omran (1971.) naziva »epidemiološkom tranzicijom«.

Život ljudi ne samo jamstvo ostvarenja veće »ekonomske učinkovitosti«, »produktivnosti« već i jamstvo ostvarenja čovjekove slobode (koju stroga i unaprijed određena uloga bolesnika sputava). U tom smislu, suvremeni dominantni javno-zdravstveni diskurs stvara mit o »racionalnom«, »refleksivnom«, »odgovornom« čovjeku koji svoj život/zdravlje ima u svojim rukama. Ako se bolest ipak dogodi, onda se taj »događaj« u postmodernim konceptualizacijama nedvosmisleno dovodi u vezu s nedostatkom »samodiscipline«, »samokontrole«, »samoodricanja«, »moralnog pada«; proizlazi da »zdravo tijelo« može biti isključivo »vlasništvo zasluženo vlasnika« (Abrums, 2000.). Bolest sada p(o)staje oznaka/dokaz »narušenog identiteta« (Baudrillard, 1998.) ili »pokvarenog identiteta« (Goffman, 1963.). Ono što je ovdje ukratko nagoviješteno, dade se zaključno sažeti: neke su bolesti danas u tolikoj mjeri stigmatizirane da postaju dominantna čovjekova oznaka zbog čega bolesna osoba može prosuditi da su prava koja legitimno proizlaze iz uloge bolesnika znatno manja od šteta (marginalizacija, diskreditacija, izolacija...) koje bi im mogle biti nanesene prihvate li ulogu bolesnika.<sup>22</sup> Paradoksalno formulirano može se reći: dok je prije simuliranje bolesti za neke ljude imalo privlačnu moć, danas, obrnuto, velika većina ljudi (i to ne samo zbog gore navedenih razloga) nastoji, simuliranjem zdravlja, suspendirati ulogu bolesnika.

U društvu »refleksivne modernizacije« (Beck, 1992.) na udaru je jednako tako i paternalizam (naglašena asimetrija znanja i moći) koji, u Parsonsovoj konceptualizaciji, predstavlja najbolji mogući tip odnosa između kompetentnog liječnika i nekompetentnog bolesnika. Unatoč tome

što paternalizam postavlja bolesnika u odnosu na liječnika/profesionalca u neravnopravan položaj, ovo bitno ograničenje Parsonsovog koncepta kompenzira se intersubjektivnošću njihovog odnosa, s jedne strane, te liječnikovim neupitnim altruizmom, s druge strane. Filozofija neoliberalizma, kojoj se u postmoderni širom otvaraju vrata, umjesto paternalizma ističe visokoparne zahtjeve za čovjekovom autonomijom, individualizmom, preuzimanjem (samo)kontrole, (samo)odgovornosti...; u novom ideološkom okruženju, nastaju novi (zdravstveno)socijalni pokreti (samoliječenje, neortodokсни modaliteti liječenja...) koji inzistiraju da bolesnik, umjesto dosadašnje pasivne i krajnje podređene uloge, aktivno suodlučuje u svakoj fazi liječenja. Iako je zahtjev za razgradnjom paternalizma opravdan i legitiman, valja istaknuti kako su moć i mogućnost bolesnikovog odlučivanja u procesu liječenja (i brige o zdravlju općenito) u postmodernom društvu pervertirali u konsumerizam i »klijentizaciju«; bolesnikova »autonomija« je eskalirala do te mjere da se asimetrija moći, koja je prije bila naglašena na strani liječnika, premjestila u korist »refleksivnog« bolesnika.

Ideja liječničke profesije kao altruistički orijentirane, kompetentne i autonomne u svom djelovanju, kako je postulirana u Parsonsovoj konceptualizaciji uloge bolesnika, u postmodernom društvu također odumire.<sup>23</sup> Jedan od najvidljivijih oblika odumiranja liječničke profesije jest erozija liječnikovog autonomnog kliničkog djelovanja, dakle onog na »mikrorazini« (Harrison i Ahmad, 2000.:130). Do toga dolazi slijedom jedne nove politike u potpunosti zarobljene tržišnom logikom: u postmoderni, naime, deregulacija oslobađa tržišne sile

<sup>22</sup> Szasz navodi rezultate sociološkog istraživanja koji nedvosmisleno pokazuju da ljudi »ne prepoznaju 'duševno oboljenje' kao vladanje« već zato jer su ga tako identificirali liječnici (Szasz, 1982.:240).

<sup>23</sup> Iako je »mudrost« i »dobrota« liječničke profesije već davno prokazana (npr. Moliere u *Umišljenom bolesniku*), široka akademska rasprava o ovom pitanju povela se tek u postmoderni.



koje zahvaćaju svaku poru ljudske djelatnosti, pa i medicinu, odnosno sustav zdravstvene zaštite. Sukcesivnim reformama, sustav zdravstvene zaštite podvrgava se u cijelosti poretku tržišta kojim se počinje sve više upravljati u »industrijskom smislu«. Sada se, naime, polazi od samorazumljive tvrdnje da se liječnikovo djelovanje ne razlikuje od drugih oblika proizvodnje. Na tragu nove »refleksivnosti«, suvremeni političari u razvijenom svijetu pa i u nas, primjenjuju tržišna rješenja gdje je to moguće (a po definiciji je moguće svugdje) nudeći »rad onima koji mogu raditi' i samo ograničenu sigurnost 'onima koji ne mogu raditi' u dobro uređenom sustavu u 'kojem su troškovi mjerljivi'« (Blair, prema Taylor-Gooby, 2000.:2). Kopirajući u potpunosti ovaj »Blairov« model reforme sustava zdravstvene zaštite, u nas se posljednjih godina intenziviraju procesi rutinizacije, birokratizacije i menadžerizacije liječnikovog djelovanja: izvanjskom kontrolom, liječnicima se tako propisuje koje će dijagnostičke metode primijeniti, koliko receptata smiju izdati, koliko dana bolovanja mogu odobriti za svaku pojedinačnu dijagnozu, koliko uputnica za specijalističke preglede smiju izdati... Sve u svemu, liječnici se i u nas danas nalaze između »čekića« i »nakovnja«, odnosno, između zahtjeva svojih neumoljivih poslodavaca i njihove politike »racionalizacije« i »rentabilnog poslovanja«, s jedne strane, te bolesnika, spram kojih imaju profesionalnu odgovornost pružiti im univerzalnu brigu. Na deprofesionalizaciju liječnikovog djelovanja na bitan način utječu i sve intenzivniji procesi »mrvljenja« rada (specijalizacija i subspecijalizacija) zbog čega liječnikov rad nije više moguć kao solo djelovanje u kojem bi se on neposredno susretao s bolesnikom. Nova tehnička priroda rada stubokom mijenja ne samo dosadašnju interakcijsku formu – dijadu,

već i tipove učesnika u interakcijama (uz liječnike, pojavljuju se i brojne paramedicinske pa i nemedicinske profesije). Neposredna posljedica navedenih procesa jest to da bolesnik gubi »svog« liječnika kojeg zamjenjuje njemu netransparentan tim (para)medicinskih stručnjaka najrazličitijeg profila; istovremeno, liječnik gubi »svog« bolesnika jer mu, u zamršenoj institucionalnoj mreži, više ne može biti »potpuno realan« (Berger i Luckmann, 1992.). Zbog nastalih promjena, veza između liječnika i bolesnika, po svemu sudeći, gubi attribute »kompleksne, ljudske, totalizirajuće« (Sartre, 1984.). Liječenje sve manje predstavlja licem-u-lice odnos te postaje »proizvodni pogon«. Neposredna posljedica sve čvršćeg vezivanja medicine uz činjenice (*evidence-based medicine*), liječenje kao umjetnost utemeljenu na kliničkoj intuiciji sve više pretvara u »sterilnu« znanstvenu djelatnost.

Aktualne neoliberalne reforme zdravstvenog sustava uvođenjem *market-type* mehanizma (Green i Thorogood, 1998.; Benzval, prema Haralambos, 2002.) potkopavaju institucije zdravstvene zaštite, a time i instituciju uloge bolesnika (prava i obveze) – jedno od posljednjih uporišta »nekapitalističke socijalne strukture«. Naime, Parsonsov koncept uloge bolesnika sve više gubi »tlo pod nogama« u uvjetima suvremenog »superkapitalizma«<sup>24</sup> koji potresa kriza rada, a time i kriza zaposlenosti – radnih mjesta; konkretno, riječ je o pojavi ne samo sve većeg broja stvarno i trajno nezaposlenih već i sve većeg broja ljudi koji su samo »privremeno«, »povremeno« zaposleni, koji rade na »određeno vrijeme«, tzv. »ugovorni rad«. To je zato što moderne korporacije »žele fluidnu rezervu radnika s ugovorima za skraćeni i privremeni rad i slobodnih strijelaca, da može održati niske ukupne troškove i izvoditi bravure na

<sup>24</sup> Nordstrom, Ridderstrale (2002.)

tržištu« (Klein, 2002.:188). Samo po sebi je jasno da nestajanjem rada koji je »stabilan, s pripadajućim naknadama, plaćenim godišnjim odmorom, mjerama sigurnosti i eventualnom sindikalnom zaštitom« (Klein, 2002.:188), u postmodernom društvu nestaju (je li nepovratno!?) sva bitna socijalna prava bolesnika, a time i realni izgledi za kvalitetnu liječničku skrb.

**KAKO TREBA MISLITI  
ULOGU BOLESNIKA U  
POSTMODERNI?; ILI: O  
POTREBI REKONSTRUKCIJE  
PARSONSOVOG KONCEPTA  
ULOGU BOLESNIKA**

Ako nam je uistinu stalo do zdravlja ljudi, neke elemente Parsonsovog koncepta uloge bolesnika potrebno je nanovo izgraditi i implementirati u suvremeni sustav zdravstvene zaštite. Prije svega, riječ je o Parsonsovom zahtjevu da se bolesna osoba oslobodi moralne krivice za nastanak bolesti. Naime, u vrijeme globalne prijetnje zdravlju, neprihvatljivo je – primjećuje Beck – promovirati sliku o tijelu kao »otoku sigurnosti u globalnom sustavu karakteriziranom mnogostrukim i rastućim rizicima« (Beck, 1992.).

Nadalje, suvremeno, postmoderno društvo treba promptno nanovo izgraditi i Parsonsovu ideju liječničke profesije (koja je eksplicitna sastavnica njegovog koncepta uloge bolesnika). Razloge potonjem zahtjevu ukratko ćemo izložiti: sve je više razvidan iatrogeni utjecaj primjene novih zdravstveno-zaštitnih tehnologija (terminologija, samo po sebi označava razdvajanje tretmana na ljude koji se liječe od ljudi koji ih liječe, od konteksta u kojem se liječi.) Općenito, ubrzani znanstveni i biotehnoški napredak medicine i farmacije – do kojeg dolazi u postmoderni – priziva u svijest suvremenog čovjeka brojne prijetnje i opasnosti koje oni potencijalno donose. Naime, stvarajući nove tehnolo-

gije, čovjek nije »kadar svoju namjeru ostvariti u čistom stanju, izjednačavajući se u metodološkoj preciznosti s Postojanjem«, upozorava Lem (1977.); drugim riječima, što god čovjek stvara (tehnologija) on »gotovo nikad ne zna što ustvari čini – ili to bar u potpunosti ne zna« (Lem, 1977.). Upravo zato da se »biotehnoško stoljeće« ne bi sunovratilo u »vrli novi svijet« potrebno je nanovo izgrađivati »kulturu profesionalizma« (Toulmin, 2003.); dobar temelj za tu ponovnu izgradnju predstavlja upravo Parsonsovo poimanje liječničke profesije.

Parsonsovo poimanje liječničke profesije, naime, isključuje i najmanje urotničke namjere spram laika; naprotiv, liječnik, koristeći se svojim stručnim znanjem, tehničko-manipulativnim sposobnostima, »kolektivno orijentiran«, potpuno autonomno donosi odluke u najboljem interesu bolesnika. Riječ je o shvaćanju profesije u kojoj je naglasak na normativnim vrijednostima (internalizacija društvenih normi); moralna ili »socio-emocionalna« dimenzija, zajedno sa znanstveno-tehničkom dimenzijom, predstavlja temelj liječnikovog profesionalnog djelovanja.

Budući da liječnička profesija spada u red profesija koje se ne bave samo čovjekovim fizičkim tijelom već i stvarima čovjekove »unutarnje egzistencije« ili »graničnim situacijama« kao što su patnja, bolest, smrt, krivnja...(Jaspers, 1978.), veza između liječnika i bolesnika mora biti temeljena na bolesnikovom povjerenju (»ontološka sigurnost«) koje je moguće samo putem intersubjektivnog odnosa. Iz sociološke perspektive, pojam povjerenja ne podrazumijeva primarno »emocionalan ili afektivan stav prema okolini« nego »racionalni izbor ili epistemičku odluku da pripišemo stručnost, iskrenost i benevolentne motive osobi koja nas informira u situaciji u kojoj je moguće da nas namjerno ili nenamjerno obmanjuje ili laže« (Prijić-Samaržija, 2006.:297). Zazivanje intersubjektivnog odnosa između liječnika

i bolesnika ne bi se smjelo shvatiti kao nagovor na napuštanje prirodnih znanosti i stečevina tehnike već kao priznanje da se ni zdravlje ni bolest ne mogu shvatiti iz samih fizikalno-kemijskih načela; drugim riječima i kliničko prosuđivanje i terapija leže u višem pojmovnom sloju (»terapeutska alijansa«, Bissell i sur., 2004.). Zahtjev za reprofesionalizacijom, dakle, ne odnosi se na zagovaranje neupitnog liječnikovog autoriteta već za uspostavom tješnje suradnje s bolesnikom.

Socijalna uloga liječničke profesije se, međutim, ovim ne iscrpljuje. Parsonsova konceptualizacija jednako tako podrazumijeva tezu da socijalni život ne bi bio moguć ukoliko bi se zasnivao isključivo na ekonomskim interesima; da bi se nesmetano razvijalo, društvo treba socijalne institucije čije je djelovanje suprotno motivu ostvarivanja profita i osobnog interesa. U tom smislu, iako ima kapitalističku ekonomiju (kojoj se, jasno, Parsons ne protivi), moderno razvijeno društvo treba imati »nekapitalističke socijalne strukture« (White, 2002.:8) koje nisu vođene osobnim, partikularnim interesima, već idejom dobrobiti društva/općeg interesa. Važnu (ako ne i najvažniju) socijalnu strukturu suvremenog kapitalističkog društva predstavlja upravo medicina, odnosno sustav zdravstvene zaštite.

Odlučujuća točka Parsonsove argumentacije eulogizacije liječničke profesije<sup>25</sup> sabire se, dakle, u sljedećem: liječnici na bitan način doprinose stabilnosti društvenog sustava jer svojim djelovanjem (re)integriraju bolesnike u društvene procese. Da bi ta primarna socijalna uloga i cilj liječnika/medicine bio ispunjen, Parsonsov koncept uloge bolesnika pretpostavlja stabilan vrijednosni

sustav koji je operativan ili jednako vjerojatan za sve članove društva ma kakva bila njihova pozicija u društvenom prostoru. U tom pogledu, Parsonsovo legitimiranje uloge bolesnika, kolateralno, utječe na poravnanje najgorih nepravednosti kapitalizma.

Uvođenjem principa profita u sferu javnog dobra (kakvo je, nema nimalo dvojbe, upravo zdravlje ljudi), postmoderna društva, međutim, ne dovode samo u pitanje primarnu svrhu postojanja medicine/liječnika – »vanjsku potrebu društva« (Kuhn, 1999.), tj. reprodukciju društva koja, dakako, podrazumijeva zaštitu i unapređenje zdravlja **cjelokupne** populacije, već i mogućnost ostvarenja »sekundarnog« cilja – smanjivanja latentnih (i)li otvorenih društvenih napetosti čega je Parsons (a prije njega, Durkheim) bio itekako svjestan. Logika je tog »sekundarnog« djelovanja krajnje jednostavna: budući da je država »previše udaljena od pojedinca« (njihovi su odnosi »previše površni i povremeni da bi mogli dublje prodrijeti u svijest pojedinca i socijalizirati ga«), liječnici se, kao jedna od najvažnijih »sekundarnih strukovnih skupina«, posrednički postavljaju između »države i pojedinca« jer se u »u svom djelokrugu djelovanja uspijevaju dovoljno približiti ljudima, da ih na taj način uvuku u opći tok društvenog života...« (Durkheim, prema Fukuyama, 2000.) što u konačnici uvijek dovodi do stabilizacije socijalnog sustava. Iako su, za sada, standardi i kvaliteta zdravstvene zaštite u nas kao i u svijetu, vođeni primarno ekonomskim interesom, a ne moralnim vizijama, socijalni i zdravstveni planeri ne bi smjeli podcijeniti činjenicu: institucija prava bolesnika nezamjenjiva je »djelatna snaga« u ostvarenju stabilnosti cjelokupnog socijalnog sustava.

<sup>25</sup> Drugi ekstrem predstavlja Illichev pogled na profesije: primarni cilj profesionalnog djelovanja je ostvarenje osobnog, partikularnog interesa na uštrb laika (Toulmin, 2003.:115).

## LITERATURA

- Abrams, M. (2000). »Jesus will fix it after awhile«: meanings and health. *Social Science and Medicine*, 50:89-105.
- Armstrong, D. (2003). Social theorizing about health and illness. In: L.G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw (eds.), *The handbook of social studies in health and medicine*. London, New Delhi, Thousand Oaks: C.SAGE Publications.
- Attali, J. (1992). *Povijest vremena*. Zagreb: Biblioteka Mixta, A. Cesarec.
- Baudrillard, J. (2001). *Simulacija i zbilja*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo.
- Beck, U. (1992). *The Risk society*. London and Beverly Hills, Ca.: Sage.
- Bellaby, P. (1990). What is genuine sickness? The relation between work-discipline and the sick role in a pottery factory. *Sociology of Health and Illness*, 12(1):47-68.
- Berger, P. L., Luckmann, T. (1992). *Socijalna konstrukcija zbilje*. Zagreb: Naprijed.
- Bernhard, T. (2003). *Wittgensteinov nećak*. Zagreb: Meandar.
- Bissell, P., May, C. R., Noyce, P. R. (2004). From compliance to concordance: Barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science and Medicine*, 58: 851-862.
- Bloch, E. (1981). *Princip nada, II. svezak*. Zagreb: Naprijed.
- Cerjan-Letica, G., Letica, S. (2003). Uloge i odnosi pacijenta i liječnika. U: G. Cerjan-Letica, S. Letica, S. Babić-Bosanac, M. Mastilica, S. Orešković: *Medicinska sociologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Cifrić, I., Nikodem, K. (2006). Socijalni identitet u Hrvatskoj: Koncept i dimenzije socijalnog identiteta. *Socijalna ekologija*, 15(3):173-202.
- Cockerham, W. C. (2001). *Medical sociology*. Eighth Edition. New Jersey: Prentice Hall
- Crossley, M. (1998). »Sick role« or »empowerment«? The ambiguities of life with an HIV positive diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, 20(4):507-531.
- Devereux, G. (1992). *Ogledi iz opće etnopsihijatrije*. Zagreb: Naprijed.
- Dubos, R. (1965). *Čudesno zdravlje*. Zagreb: Epoha.
- Durkheim, E. (1999). *Pravila sociološke metode*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo.
- Eshil (1998). *Okovani Prometej*. Zagreb: Hena Com.
- Gerhardt, U. (1987). Parsons, role theory and health interaction. In: G. Scambler (ed.), *Sociological theory and medical sociology*. London: Tavistock.
- Field, D. (1976). The Social definition of illness. In: Tuckett, D. (ed.), *An introduction to medical sociology*. London and New York: Tavistock Publications.
- Fox, R. C. (1989). *The sociology of medicine: A participant observer's view*. New Jersey: Prentice Hall.
- Freund, P.E.S., McGuire, M. B. (1991). *Health, illness, and the social body*. New Jersey: Prentice Hall.
- Fukuyama, F. (2000). *Povjerenje: društvene vrline i stvaranje blagostanja*. Zagreb: Izvori.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Penguin Books.
- Green, J., Thorogood, N. (1998). *Analysing health policy: A sociological approach*. London-New York: Longman.
- Haralambos, M., Holborn, M. (2002). *Sociologija. Teme i perspektive*. Zagreb: Golden marketing.
- Harrison, S., Ahmad, W. I. U. (2000). Medical autonomy and the UK State 1975 to 2025. *Sociology*, 34(1):129-146.
- Hegel, G. W. F. (1983). *Istorija filozofije, II dio*. Beograd: BIGZ.
- Hess, J. D. (2004). Medical modernisation, scientific research fields and the epistemic politics of health social movements. *Sociology of Health and Illness*, 26(6):695-709.
- Illich, I. (1976). *Medicinska Nemesis*. Beograd: Vuk Karadžić.
- Jackson, J. (2001). *Truth, trust and medicine*. London and New York: Routledge.
- Jaspers, K. (1978). *Opšta psihopatologija*. Beograd: Prosveta.
- Kierkagaard, S. (1980). *Bolest na smrt*. Beograd: Mladost.
- Klein, N. (2002). *No logo. Bez prostora. Bez izbora. Bez posla. Bez logotipa*. Zagreb: VBZ.
- Kleinman, A., Seeman, D. (2000). Personal experience of illness. In: L.G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S.C. Scrimshaw (eds.); *The handbook of social science and medicine*. London, New Delhi, Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Kozarić-Kovačić, D., Borovečki, A., Udovičić, S., Kocijan-Hercigonja, D. (2003). Simulirani PTSP. *Društvena istraživanja*, 12(3-4):283-612.

- Kuhn, T. S. (1999). *Struktura znanstvenih revolucija*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo.
- Lem, S. (1977). *Summa technologiae*. Beograd: Nolit.
- McPherson, S., Armstrong, D. (2006). Social determinants of diagnostic label in depression. *Social Science and Medicine*, 62(1):50-58.
- Mlačić, B. (2002). Leksički pristup u psihologiji ličnosti: Pregled taksonomija opisivača osobina ličnosti. *Društvena istraživanja*, 11(4-5): 553-576.
- Nordström, K. A., Ridderstråle, J. (2002). *Funky Business. Kapital pleše samo s darovitima*. Zagreb: Differo.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transitions: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, XLIX, No.4, Part I.
- Parsons, T., Shils, E., Naegele, K. D., Pitts, J. R. (1969). *Teorije o društvu. Prva knjiga*. Beograd: Vuk Karadžić.
- Parsons, T. (1988). *Društva. Evolucijski i poredbeni pristup*. Zagreb: Biblioteka Suvremene teme.
- Parsons, T. (1991 (1951)). *The social system*. London: Routledge.
- Payer, L. (1996). *Medicine and culture. Varieties of treatment in the United States, England, West Germany, and France*. New York: Henry Holt.
- Peterson, A. (1997). Risk, governance and the new public health. In: A. Peterson, A., R. Bunton (eds.), *Foucault, health and medicine*. London: Routledge.
- Prijčić-Samaržija, S. (2006). Povjerenje i društveni kontekst. *Društvena istraživanja*, 15(3):295-318
- Radley, A. (1998). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. London: SAGE Publications.
- Sartre, J. P. (1984). *Kritika dijalektičkog uma*. Beograd: Nolit.
- Sigerist, H. (1960). *On the sociology of medicine*. New York: MD Publications.
- Shilling, C. (2002). Culture, the »sick role« and the consumption of health. *British Journal of Sociology*, 53(4):621-638.
- Szasz, T. (1982). *Proizvodnja ludila. Usporedno proučavanje inkvizicije i pokreta za brigu o duševnom zdravlju*. Zagreb: GZH-Biblioteka.
- Sontag, S. (1983). *Bolest kao metafora*. Beograd: Pečat.
- Taylor, S. (2000). Health, illness and medicine. In: S. Taylor (ed.), *Sociology. Issues and debates*. Palgrave.
- Taylor-Gooby, P. (2000). *Risk, trust and welfare*. Palgrave in association with Economic Beliefs and Behaviour.
- Toulmin, S. (2003). *Return to reason*. Harvard University Press.
- Weiss, L. G., Lonquist, L. (1994). *The sociology of health, healing and illness*. New Jersey: Prentice Hall
- White, K. (2002). *An introduction to the sociology of health and illness*. London-Thousand Oaks-New Delhi: SAGE Publications.

### Summary

## **RE(DE)CONSTRUCTION OF PARSONS' CONCEPT OF THE SICK ROLE IN POST-MODERN SOCIETY**

**Živka Staničić**

*Faculty of Pharmacy and Biochemistry, University of Zagreb  
Zagreb, Croatia*

*Analyses presented in the article are based on the axiomatic assumption that concisely states the following: economic, political and socio-cultural constellations significantly determine the level of social life or the social status of patients. Starting from the aforementioned analytical hypothesis, the paper analyses the differences in the legitimising i.e. socially remitted identity of the patient in modern society on one hand, and in post-modern society on the other.*

*As a theoretical preliminary work for further analyses, the lexical-conceptual demarcation between the words that exist in the English language is emphasised: disease, illness and sickness. The purpose of this conceptual analysis is to answer the question: what exactly do we mean when we say that someone is sick?*

*Parson's concept of the sick role served as an analytical construct for understanding the way in which modern society in the middle of the 20<sup>th</sup> century decided about its patients. The theoretical significance and value of this concept is recognised not only because it is operative, i.e. equally applicable (at least in general) on all members of society, but also because a sick person is relieved from performing customary social tasks, as well as the moral guilt, and therefore from every other responsibility for the occurrence of the illness.*

*After an extensive and structured survey of Parson's concept of the sick role, in the final part of the paper the status or "the world of life" of the sick is critically considered in the light of structurally contingent processes in developed political economies of post-modern society.*

*The result of these analyses is summed up in the conclusion: through the introduction of the market principle to the sphere of public good, such as human health, fundamental right of the sick are undermined, and thus also the real chances for the medical care of quality.*

**Key words:** illness, disease, sickness, Parson's concept of the sick role, rights of patients, obligations of patients, simulation of illness, modern society, post-modern society, neo-liberal reforms of the health care system.