

rozhodujícím „nástrojem sociálního vzestupu“, vypovídají faktory, jež ovlivňují přístup ke vzdělání a jeho úspěšnost, také o charakteru (podmínkách či brzdách) mobilizačních procesů. Jde pak o čtyři skupiny faktorů, které se vztahují na jedinice, školu, společnost a povolání (autor zde modifikoval faktory ovlivňující sociální vzestup, jak je uvádí Fürstenberg).

Předně k faktorům, jež se vztahují na samotnou školu. Je evidentní, že předpokladem úspěšného vyučování na BAS je jistá homogenita studentů, která by zajišťovala pozitivní prognózu úspěšného duševního výkonu. K tomu má sloužit tzv. „předškolní výběr“. Výsledky výzkumu však vedou k závěru, že prognostická hodnota používaných výběrových kritérií (např. vysvědčení z národní školy, přijímací zkoušky apod.) je naprosto neuspokojivá. Ukazuje se, že přes absolutní pokles uchazečů může stoupat podíl přijatých, a že i mnoho z těch, kdo nebyli přijati, mělo vyhlídky na úspěšné studium. I zde je tedy možno vyslovit nejednou opakovanou hypotézu o „rezervách nadaných“, které jsou hlavně mezi dělnickou mládeží. Snad ještě závažnější výsledky ukazuje výzkum selekce během studia: značný počet studujících školu neukončí. Ve večerní formě studia je tento počet dvakrát tak vysoký: extrémně vysoký počet studentů odchází již po 1. semestru. Výzkum příčin takového stavu naznačuje některé faktory, související již s charakteristikou samotných studentů. Nejzajímavější je přitom analýza sociálního zařazení a sebezařazování studentů BAS, kteří vlastně — protože jsou již zaměstnaní — mají jistý sociální status. Ukazuje se však, že ho převážně považují za přechodný, neztotožňují se s ním, což se jednak promítá v tendenci identifikovat se se statutem otce (participují stále na společenské pozici své rodiny), jednak se to projevuje nadečňováním vlastního statusu (tedy projekci cílového statusu do současného postavení). Tento druhý faktor souvisí navíc s jistou koncentrací předpokládaného statusu všech zkoumaných studentů, neboť jejich cílové povolání je přibližně stejné. Není také bez zajímavosti zjištění, že rodiny, z nichž studenti BAS pocházejí, vykazují značně vysokou (ba nadprůměrnou) sociální mobilitu, přičemž největším vzestupem se vyznačují vyšší sociální vrstvy, největším sestupem vrstvy nejnižší. Doplňme-li tento poznatek zjištěním, že právě mládež z vyšších vrstev má daleko horší vzdělání než jejich otcové, potvrzuje se i v této souvislosti fakt, že u této skupiny hrozí sociální sestup, že tedy BAS hraje v silné míře roli „brzdy“ sestupu. Obecným závěrem této části autorových analýz je potvrzení myšlenky, že návštěva školy (a to i BAS) a na ni vázané naděje a očekávání jsou výrazně „třídně“ determinovány.

V dalších částech své studie se D. Jungk zabývá řadou dílčích problémů — např. postojem studentů k dalšímu studiu, jejich názorem na vlastní situaci v porovnání se situací jiných skupin mládeže, vztahem mezi učebními (profesionálními) obory a počtem

studujících BAS, postojem podniku ke studující mládeži, atd. Výsledky důkladné a mnohostranné analýzy vedou autora k závěru, že nelze sdílet laciný optimismus veřejnosti, která přeceňuje význam „Berufsaufbauschule“ a která přehlíží, že jsou na této formě škol naprosto nedostatečně zastoupeny skupiny dělnické mládeže, že značná část studentů školu neukončí, že naprosto nevyhovuje výběr na studium, atd. A dodává: má-li tato forma studia plnit sociální funkce, které se od ní očekávají, musí také „společnost“ uznávat a oceňovat snahu a úsilí studentů o sociální vzestup, musí respektovat jejich dosažené vzdělání (zvl. v zaměstnání), musí brát tuto formu školy za plně rovnocennou a nevyžadovat absolvování dalších — vyšších — škol, jak se to nejdříve děje.

Zájem západoněmeckých sociologů i pedagogů o důkladnější poznání situace ve školství a spojení tohoto zájmu s širším celospolečenským pohledem na složitou problematiku vzdělávacích procesů vzbuzuje respekt. A lze si jen přát, aby zkušenosti a výsledky této aktivity sloužily i v našich poměrech jako metodický i inspirativní teoretický zdroj pro naše vlastní výzkumy.

Josef Alan

Samuel W. Bloom: The Doctor and His Patient. A Sociological Interpretation
(Lékař a jeho pacient. Sociologická interpretace)

New York, London 1965, s. 268.

Postavení lékařské sociologie se ve Spojených státech během několika posledních let výrazně změnilo. Ještě před dvěma desetiletími se tato disciplína zaměřovala především na studium sociálního chování, které se vztahovalo k nemoci: zdá se, že hlavním úkolem bylo dokázat význam sociologie jako vědy ve zdravotnickém prostředí. Postupně se pak přenášel zájem na problémy výuky sociologie na lékařských školách: šlo o to shromáždit takový soubor znalostí, které by byly nejspíše významné pro specifickou situaci ve výchově lékařů. Dnes, zhruba po dvaceti letech od počátku těchto snah, se zdá, že jsme vstoupili do nové fáze. Při výchově lékařů se stali sociologové rovnoprávními partnery. V oboru sociologie medicíny se začíná klást stále větší důraz na výzkum, současně se z oboru stává i legitimní oblast pro postgraduální výuku a na vysokých školách začínají pomalu dominovat sociologové, kteří tvořivě přistupují ke zdravotnické problematice. Mezi sociologií a medicínou se postupně vytvářejí užší a stabilnější vztahy a styky obou disciplín se stávají méně formální.

Tato užší a tvořivější spolupráce sociologie s medicínou je podmíněna změnami, které probíhají v obou oborech současně. Sociologie zaznamenala značné pokroky v metodách a technikách výzkumu, stejně jako rostoucí zájem o otázky, které jsou blízké zdravotnictví: o moderní profesi, o komplexní sociální organizaci, o proces výchovy dospělých. Ze strany medicíny je

tu pak snaha nahradit empiricismus systematictější a racionalistictější analýzou systému výchovy.

Měly-li se stát společenské vědy vůbec a sociologie zejména pro studenty medicíny skutečným přínosem, pokládal autor recenzované práce, který od r. 1956 učí lékařskou sociologii na Baylor University College of Medicine, za prvořadě důležité najít vhodný vztahový rámec, který by zahrnoval sociologické pojmy, teorie a metody, jež by měly přímý význam pro lékaře a jež by bylo zároveň dobře možno předávat studentům. Cílem celé výuky má být podle něho učinit budoucí lékaře vnímavé k psychosociálním aspektům lékařských problémů, jejichž význam by byli současně schopni realisticky interpretovat. Základním cílem má tedy být účinný výcvik v zacházení s lidskými vztahy — ne jako okrajový zájem, ale jako přímá součást povolání. Bloom je pak přesvědčen, že takovým nejvhodnějším referenčním bodem, který splňuje všechny požadavky, je právě vztah lékaře a pacienta.

Tak se recenzovaná práce, která vyšla nejprve jako vysokoškolské učební texty a teprve později knižně péčí Russellovy vědecké nadace, stává pokusem o integraci obsahové náplně oboru lékařské sociologie kolem jednoho ústředního tématu — dyadického vztahu lékaře a pacienta. Tato snaha integrovat sociologickou teorii kolem jednoho pro zdravotnickou praxi významného problému není v novější americké literatuře nikterak ojedinělá: jiným takovým zdařilým pokusem je práce autorského kolektivu vedeného J. Foltovou a E. Deckovou, *Sociological Framework for Patient Care*. Autoři se tu pokoušejí v podstatě o podobnou integraci teoretických pojmů kolem péče o pacienta. Skutečnost, že v obou případech jde vlastně o vysokoškolské učebnice, dokazuje velkou naléhavost výukových aspektů a současně znamená i další stupeň v ustavování specifické teorie lékařské sociologie.

Bloom chápe dyadický vztah lékaře a pacienta jako typ homeostatického sociálního systému, závislého na daném sociálním poli. Celá práce se pak zabývá jednotlivými významnými faktory — od pojmu sociálního pole až po jednotlivé typy interakcí, které v něm probíhají. Ve svém výkladu sociálního pole vychází z celostní psychologie a dovolává se Aschových experimentů, podle nichž osobní a sociální podmínky vedou jednotlivce k tomu, aby byl buď rezistentní, nebo aby ustupoval tlaku skupiny, když se její mínění neshoduje se skutečností. Model těchto experimentů je obdobný modelu experimentů, které studovaly smyslové vnímání. Nová je ale skutečnost, že se tu nyní neuplatňuje fyzické prostředí, ale že určujícím faktorem pole je prostředí sociální.

Asch systematicky obměňoval sociální podmínky kritického subjektu tak, že experimentem testoval postupně celou řadu logicky jednoduchých a jasných hypotéz o vlivu sociálního prostředí na úsudek jednotlivce. Na podkladě výsledků lze říci, že chování jednotlivce, který je vystaven sociálnímu

tlaku skupiny, je současně funkcí charakteru stimulační situace, charakteru skupinových sil i charakteru osobnosti jednotlivce.

Bloom nyní aplikuje výsledky Aschových experimentů na vztah lékaře a pacienta a zdůrazňuje, že tomuto vztahu porozumíme jen tehdy, když nepočítáme jen s osobnostmi jich obou a s technickými znalostmi a schopnostmi lékaře. Oba tyto prvky působí totiž v určitém sociálním poli. Lékař je součástí velké profesionální skupiny, která si během dlouhého historického vývoje vytvořila vlastní profesionální systém hodnot. Pacient je pak především součástí vlastní rodiny, která je v naší společnosti stále nejvýznamnějším socializačním činitelem — ani zdaleka tedy není nezávislou jednotkou, ale je integrální součástí kultury. Vztah lékař-pacient je tedy systémem dvou rolí, kontrolovaných dvěma významnými sociálními institucemi — lékařskou profesí a rodinou.

Kořeny moderní medicíny můžeme hledat jednak ve starověkém Řecku a jednak ve středověké Evropě. Racionální myšlenkový rámec starořecké medicíny je našemu myšlení mnohem bližší než myšlení středověké. Starořecké medicíně však zase chyběla vhodná forma sociální organizace, která by poskytovala lékařům dostatečně stabilní roli a mohla tak vést k aplikaci racionálních znalostí při léčení nemocí. Teprve když počátkem novověku byl způsob myšlení, nezbytný pro racionální moderní vědu, koordinován se sociálním statutem lékaře, institucionalizován v profesích, vzniká moderní medicína.

Její vznik je tedy úzce spjat s tzv. „profesí“. Termín profese se objevuje poprvé v oxfordském slovníku z r. 1541. Ne každé povolání můžeme však v sociologickém smyslu nazvat profesí. Profese má především dva charakteristické rysy:

1. pro příslušníky profesionálních skupin je nezbytná dlouhá specializovaná výuka v určitých znalostech a schopnostech,
2. každou profesi vyznačuje výrazná orientace na služby společnosti.

Profesionalizace probíhá v mnoha oblastech moderního společenského života, i když většinou existující nebo vznikající profese nejsou ve všech kritériích totožné. V povolání lékaře se však oba základní rysy projevují zcela zřetelně. Předpokládá se, že služba společnosti je pro něho základní orientací, a to do té míry, že altruistická motivace skupiny jako celku stojí v protikladu k motivacím ostatní společnosti, zaměřeným především na zisk. Jakékoliv porušení této orientace vyvolává také přísnou kritiku veřejnosti.

Roli lékaře charakterizuje Bloom podle Parsonse jako specificky funkční, afektivně neutrální, řízenou obecnými pravidly profese a orientovanou kolektivně. Medicína sama jako jedna z předních sociálních institucí není ovšem v žádné společnosti nezávislá a nesleduje jen své vlastní motivy. Charakter a dynamika instituce záleží na kulturním typu, jehož je částí. V naší vlastní kultuře

má tedy medicína dva hlavní rysy: její sociální organizace je uspořádána ve formě profese a při diagnostice i terapii můžeme zaznamenat vysokou úroveň aplikace racionální empirické vědy.

Podobně je společenským prostředím určena i role pacienta. Již sama definice nemoci nezahrnuje jen změnu fyziologického stavu, ale vždy i výrazné ovlivnění kulturním prostředím: to, co je v jedné společnosti vážným onemocněním, je jinde pokládáno za normální stav. „Normální“ tu ovšem myslíme ve statistickém smyslu — z klinického hlediska zůstává abnormální stav přes svou extrémní četnost přece nemocí, i když jej společnost vnímá jako obvyklou příhodu, ke které během života dochází, nedívá se na takového nemocného jako na pacienta a nepřisuzuje mu tedy povinnosti a práva, která plynou z role nemocného.

Nejsou to však jen jednotlivé kulturní celky, které nemoc definují v sociologickém smyslu odlišně. Rozdíly jsou i mezi venkovskými a městskými oblastmi téhož kulturního společenství. Významně se to projevuje zejména ve vztahu k duševnímu onemocnění. Nemoc tak není jen izolovaný jev, který je možno definovat jeho vlastními termíny: je hluboce zakotvena v kulturním prostředí a integrována v kulturním kontextu. Navíc je však i určitým způsobem chování: její definici ve společnosti pak komplikuje různá percepce jejích symptomů. Uvnitř téže kultury jsou největší rozdíly v percepci symptomů určeny především společenskou pozicí nemocného.

K roli nemocného se vztahují čtyři důležité aspekty očekávání:

1. nemocný nemusí vykonávat své obvyklé sociální povinnosti,
2. za svůj vlastní stav není zodpovědný (sám jej úmyslně nezavinil),
3. musí se snažit o to, aby se mu co možná nejdříve dařilo dobře,
4. a proto musí vyhledat kompetentní pomoc.

Existují ovšem určité variace této role podle pohlaví pacienta, jeho věku, sociální situace a typu onemocnění. Při hospitalizaci se tu pak uplatňují ještě další faktory. Ke stále častějším hospitalizacím vedou v poslední době stejnou měrou objektivní požadavky nové technologie, jako neschopnost moderní rodiny vyrovnat se s vážnou nemocí. Současná rodina je přísně vyvážená, emočně silně zatížený systém, sám o sobě neschopný absorbovat šok, jakým je vážné onemocnění. Moderní nukleární rodina je na jedné straně velmi dobře přizpůsobena požadavkům průmyslové společnosti, na druhé straně však je tento typ sociální struktury velmi vulnerabilní ke všem typům napětí. Autor analyzuje hlavní role v současné rodině a ukazuje, jak nemoc tento systém oslabuje a narušuje jeho strukturu. Nemoc může znamenat i příležitost k úniku z ustavených rodinných rolí tam, kde jsou tyto role pocítovány z nějakého důvodu jako nesnesitelné břemeno, nebo kde jde o jejich konflikt. Pro lékaře je nezbytně důležitá znalost celého rodinného prostředí, a to pro

diagnózu i pro terapii. Interfamiliální vztahy a tenze mohou hrát významnou úlohu v etiologii nemocí. Navíc pak se znovu začíná počítat s domovem pacienta jako s vhodným místem k poskytování léčebné péče, i když ještě v nedávné době tu měla přednostní právo pouze nemocnice. Jisté k tomu nemálo přispívá i stále častěji zdůrazňovaný chlad, profesionální rutina a dehumanizace mnoha zdravotnických zařízení.

Nemocnice jako sociální instituce má dlouhou historii. Od počátku plnila dvě hlavní funkce, které zpravidla nebyly nikdy v rovnováze: měla pečovat o potřebné a léčit. Tyto dvě úlohy nejsou však krajnostmi téhož kontinua — a nejde tu ani o dualismus vědy a umění. Obě mohou v určitém časovém úseku existovat zcela odděleně. Dnes je zřejmé, že pokroky v léčení nedoprovází vždy pokroky v „pečování“. Pečovat o nemocného bylo dříve příkazem humanity, dnes má tato péče význam pro léčbu samu. Díky úspěchům moderní medicíny se změnila i její orientace: během poloviny tohoto století se podařilo omezit strach ze smrti, spojený s akutní nemocí, a na první místo nastoupil nyní problém „zdraví“. Podle některých údajů asi polovina pacientů, kteří dnes přicházejí do ordinace, není už vážně ohrožena na zdraví, a přitom lze těžko říci, že jsou v pořádku. Pacienti, kteří jsou v podstatě v pořádku a přesto se necítí dobře, nejsou dnes už problémem jen pro psychiatra, ale setkává se s nimi každý lékař.

I když sociologické problémy všeobecné nemocnice se liší od problémů v psychiatrické nemocnici (v tzv. „mental hospital“), jsou obě tato zařízení v podstatě prototypy moderní byrokratické organizace. Byrokratická struktura, která provází moderní společenský vývoj, nepronikala do nemocnice tak snadno jako do ostatních společenských organizací zejména díky tradicím, které obklopují roli lékaře. Přesto postupem doby, jak počet pacientů vzrůstal a technologie se stávala stále komplexnější, dostávalo tu rozdělení práce hierarchickou podobu. Dynamický proces specializace a změny rolí pokračuje i uvnitř pečlivě udržované hierarchie. Není divu, že v tomto procesu se pacient často cítí ztracen. Integrace do mnohosti činností, různé rozdělených a specializovaných, které měly původně usnadnit a zlepšit péči o něho, je tak náročná, že spíše dominuje všemu, než aby sloužila původně určenému cíli. Stává se tak to, co Weber předvídal: byrokratická struktura, která byla původně koncipována jako racionalizační prostředek, se nakonec stává cílem sama sobě. S pokračujícím byrokratickým procesem se postupně zmenšuje autorita lékaře — ztrácí původní monopol na profesionalismus. Stále roste počet kvalifikovaných pomocníků, kteří získávají profesionální privilegia, schopnosti a odpovědnost. Přesto hlavními účastníky procesu, který v nemocnici probíhá, zůstávají lékař a pacient. Ve všeobecné nemocnici má pacient spíše pasivní úlohu, v psychiatrických zařízeních je tomu spíše naopak.