

# NEKAJ RAZKRITIH DIMENZIJ VSAK DANJE BOLNIŠNIČNE PRAKSE

---

Jana Šimenc

---

97

## IZVLEČEK

Avtorica v prispevku obravnava segment bolniške izkušnje pacientov v Kliničnem centru Ljubljana na Ortopedski kliniki ter razkriva nekatera občutenja bolnikov ob izkustvu bolezni. Ukvarja se z biomedicino v urbanem okolju. Čeprav je biomedicina po definiciji naravoslovna in tehnična dejavnost, je veda prav tako družboslovna znanost. Sodoben način znanstvenega biomedicinskega gledanja prepoznava in zdravi »patološka dejstva« skladno z manifestacijo simptomov na telesu; torej prostorom telesa. A bolezen se ne dogaja samo v telesu, ampak v določenem času in prostoru, predvsem pa v povezavi z življenjskimi izkušnjami bolnega posameznika in njegovih bližnjih.

**Ključne besede:** medicinska antropologija, bolnišnica, konstrukt biomedicinskega telesa, hospitalizacija, operacija

## ABSTRACT

The article deals with a segment of the hospital experiences of patients at the Department of Orthopaedic Surgery, Clinical Centre Ljubljana, and reveals some of the patients' feelings when faced with disease. The article discusses biomedicine in an urban environment. Though biomedicine is by definition a natural science and technical activity, the discipline is also a social science. The modern method of scientific biomedical interpretation identifies and treats "pathological facts" in accordance with the manifestation of symptoms in the body; this means that it deals with the body's space. But a disease does not take place only in the body, but also in a certain time and space, and especially in close connection with the life experiences of the patient and his family.

**Key words:** medical anthropology, hospital, construction of the biomedical body, hospitalisation, surgery

## Antropološko raziskovanje biomedicinske tematike

Preučevanje biomedicine je v slovenski etnologiji in kulturni antropologiji še precej zapostavljeno.<sup>1</sup> V anglosaškem svetu pa lahko sledimo antropološkemu

---

<sup>1</sup> Osnova članka je diplomsko delo z naslovom »Med medicinsko antropologijo in biomedicino: opazovanje vsakdanje bolnišnične prakse«, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo, mentor prof. dr. Rajko Muršič, somentor doc. dr. Borut Telban.

raziskovanju zahodnega zdravstvenega sistema v urbanem okolju od osemdesetih let 20. stoletja naprej (pred tem je bilo to znanstveno področje nekako neformalno »rezervirano« za medicinsko sociologijo, medtem ko naj bi se medicinska antropologija osredotočila na medicinske sisteme tradicionalnih družb).

Čeprav sta Rivers in Sigerist, ki sta bila med začetniki znanstvene obravnave odnosov med kulturo in medicino, še v dvajsetih (prvi) in petdesetih letih (drugi) 20. stoletja zastavila temeljno idejo zelo holistično (*kulturni sistemi zdravstvenih sistemov*), se je ta kasneje »zožila izključno na obravnavanje duhovnega, spiritualnega zdravljenja v tradicionalnih družbah« (Kleinman 1980: 28). Interes za zdravstveno tematiko se je namreč porajal v povezavi s preučevanjem religije, simbolov in ritualov v nezahodnih skupnostih. V večini etnografij so tako prevladovali religiozni, ne pa temeljne medicinske teme (npr. izkušnja bolezni na osebni in družbeni ravni, odnos zdravnik - bolnik, zdravstvena oskrba ...). S tem osredotočenjem na manjše skupnosti tradicionalnih družb pa so popolnoma izključili kakršenkoli neposvečen ali nemagičen vidik zdravljenja (in s tem biomedicino).

V petdesetih letih 20. stoletja je zelo vpliven in bolj kabinetno naravnani teoretik Ackerknecht opozoril na potrebo po razvoju ločenih konceptov<sup>2</sup> za obravnavo zahodne medicine (Landy 1977: 48), ki izključuje vse iracionalne ali magične elemente. Nadalje so medicinski antropologi, razen nekaj izjem (npr. Fabrega 1974), samo kritizirali biomedicinski vzorec. Fabrega pa je vztrajal, da je model zahodne medicine enakovreden vsakemu drugemu zdravstvenemu sistemu, ki predstavlja samosvoj kulturni sistem in ponuja alternativno razlago kliničnih fenomenov (Kleinman 1980: 25).

Resnejše antropološke razprave o biomedicini se torej začnejo pojavljati šele v osemdesetih letih, kar pa je posledica vsesplošnega preobrata v antropoloških vedah. Gre za preusmeritev<sup>3</sup> v predmetu preučevanja: od tujih, eksotičnih kultur na lastno (*anthropology at home*). Skladno s tem so antropologi začeli razumevati lastno, zahodno medicino kot socio-kulturni fenomen: sistem, ki je proizvod družbe in je nastal v kulturnem okviru določenih vrednot.

Med prvimi sta nekatere smernice za razmerje med biomedicinsko prakso in antropološko teorijo v članku *Biomedical practise and anthropological theory: frameworks and directions* v reviji *Annual review of anthropology* 12 (1983) zastavila Robert A. Hahn in Arthur Kleinman. Biomedicino sta razložila kot konstrukt s točno določenim vrednostnim sistemom, delitvijo dela, ustreznimi vlogami, ustanovami in rituali. Medicinsko antropologijo pa sta označila za živahno križišče med telesom, duševnostjo in skupnostjo. Za skupni sestavini biomedicine in

<sup>2</sup> Wellin (1977) pravi, da sta poleg Ackerknechta tudi Rivers in Clements podobno ločevala zahodno (znanstveno, racionalno) in tradicionalno (magično in religiozno) medicino. Kleinman (1980) pa razlaga, da je bila ta stroga in zavajajoča dihotomija izpeljana iz etnocentristične perspektive, ki je temeljila na organizacijski strukturi zahodne profesionalne medicine. Tovrstno stališče je, po mnenju Kleinmana, dolgo zaviralo razvoj raziskovanja zahodne medicine.

<sup>3</sup> Vzroki za preobrat: 1. Nezaupanje v neokolonializem in imperializem. 2. Povečanje števila študentov. 3. Odkritje neraziskanih področij v lastni družbi. 4. Lažji dostop do obravnavane družbe in s tem velik prihranek časa in denarja. Iz zapiskov pri predmetu evropska etnologija, nosilec predmeta Borut Brumen, štud. leto 1997/1998.

medicinske antropologije sta označila naravo in kulturo, kjer naj bi primarni teoretični problem predstavljal dialektično razmerje med njima. Veda pa naj za uspešno raziskovanje tega razmerja sistematično združuje medicinsko in antropološko epistemologijo: epidemiologijo in klinične raziskovalne tehnike z etnografijo in kulturološkimi analizami. Priporočila sta pet metod za raziskave v biomedicini:

**SISTEMSKO TEORIJU:** npr. za obravnavo medicinskih ustanov, mednarodnih odnosov med medicino in razvojem,

**TEORIJO MENJAVE:** npr. menjavo materialnih dobrin, znanja, odnosov, osebjav v medicini,

**SEMIOTIKO:** obravnavo simbolnega sistema: npr. virov in posledic konstrukcije bolezenskih znakov,

**ANALIZO POGOVORA:** npr. med pacientom in zdravnikom ali zdravnikom in zdravnikom,

**KOMPARATIVNE RAZISKAVE ZDRAVSTVENIH SISTEMOV:** primerjavo biomedicinske prakse v različnih okoljih na mikro in makro nivoju.

Poleg teoretične sta predložila tudi tematsko usmeritev medicinskih antropologov v biomedicinskem sistemu, ki je še posebej primeren prostor za **raziskovanje družbene moči na različnih ravneh** (hierarhična ureditev med zdravstvenimi delavci, razmerje moči med bolnikom in zdravnikom, moč in distribucija politike v bolnišnicah, moč biomedicine pri socialnih problemih ...). Pozornost naj bi bila usmerjena na **klinične ustanove** (ki predstavljajo središče zdravljenja), **dimenzije in posledice določenih bolezenskih stanj** (akutno - kronično, boleče - asimptomatično, normalno - patološko, smrtno - prehodno ...) ter na **vpliv biomedicinske prakse na človeško duševnost in telo**<sup>4</sup> (ideologija in družbeni odnosi spodbujajo in določajo izkustvo bolezni, doživljanje telesa ...). Cilj tovrstnih raziskav sta avtorja videla v opozarjanju biomedicine na njene kulturne korenine,<sup>5</sup> na pomen kulturnih in psiholoških dejavnikov (ki so izključeni pri laboratorijskih poizkusih), na večje upoštevanje bolnikovega stališča ter na obstoj alternativnih odzivov na človeške probleme.

Več del o biomedicini v zahodnih socialističnih in kapitalističnih družbah se je pojavilo s kritično medicinsko antropologijo,<sup>6</sup> ki na marksističnih temeljih

<sup>4</sup> Za izhodiščno tezo pri raziskovanju tega področja navajata Durkheimovo hipotezo, da so kulturni sistemi podobe in kazalci same družbe.

<sup>5</sup> Gre za to, da so do 17. stol. bolnika večinoma obravnavali kot fizično in psihično celoto v njegovem družbenem in duhovnem okolju, ter za spremembe, ki jih je povzročila Descartesova filozofija, ki je vodila k naslednjemu modelu v medicini: telo = stroj; bolezen = okvara; zdravnik = mehanik, ki bo popravil napako na stroju (več glej v Capra 1982: 118–165).

<sup>6</sup> Kritična medicinska antropologija (ključni članek je napisal Allan Young (1980), med pobudniki so bili še Merrill Singer, Nancy Scheper – Hughes, Hans Baer in Margaret Lock) nastane pod močnim vplivom postmodernih del Michela Foucaulta. Temelji na marksistični teoriji ter zahteva predvsem samokritičnost raziskovalcev, preden podajo kakršne koli sklepe. Kritika naj bi letela predvsem na aplikativno medicinsko antropologijo ter njeno obravnavo biomedicine (npr. glede razrednih interesov, obravnave zdravstvenih problemov na mikroravni namesto obravnave na makroravni – kot socialnih problemov). Bistvena zamisel kritične medicinske antropologije pa je, da je resničnost družbeno skonstruirana in da je verzije resničnosti mogoče uporabljati za prikrivanje kompleksnejših političnih, socialnih in ekonomskih odnosov (npr. kako distribucija moči in bogastva ter delitev dela vplivajo na bolezenske vzorce in dostop do zdravstvene oskrbe). Več o tem: Joralemon (1999) in Brown (1998).

obravnava razmerja moči in interese bogatih v medicini. Med drugim jo zanima tudi reprodukcija medicinskega vedenja, načini proizvajanja dejstev. Kritični medicinski antropologi razvijajo širši politično-družben diskurz (Taussig; Young; Frankenberg; Scheper - Hughes in Lock; Pappas ...).

Interpretativne etnografije severnoameriške in evropske biomedicine v osemdesetih letih 20. stoletja podajo Hahn in Gaines (o zdravnikih - internistih) ter Lock in Gordon (pregled biomedicine).

100 Od devetdesetih let 20. stoletja dalje je mogoče slediti porastu zanimanja za biomedicinsko tematiko. Zanimivo je dejstvo, da sta dve starosti medicinske antropologije, ki sta od sedemdesetih let naprej objavila več vplivnih teoretičnih člankov s področja nezahodnih družb, šele sredi devetdesetih izdala prvi avtorski knjigi na temo biomedicine v lastni družbi. Govorim o Allanu Youngu (etnografija o kliničnem centru za zdravljenje posttravmatskega stresa iz leta 1991) ter Byronu Goodu (predvsem fenomenološka interpretacija biomedicine z bogatimi metodološkimi nasveti za raziskovanje izkustev bolezni iz leta 1994).

Leta 1991 je izšel tudi prvi zbornik na to temo, *The Anthropology of Medicine: From Culture to Method*,<sup>7</sup> kjer so uredniki izpostavili vprašanja, povezana z biomedicino (bolnik in razumevanje diagnoze, zaupanje med zdravnikom in bolnikom, znanstvena paradigma ...). Z zbranimi referati so obrazložili, kako kultura določa dojemanje in razumevanje bolezni (pri zdravniku in bolniku) in kako vpliva na vzorce odločanja pri zdravljenju. Predvsem pa so želeli opozoriti zdravstvene delavce na pomen upoštevanja *biočloveške raziskovalne paradigme*.

V učbeniško zasnovanem uvodu v medicinsko antropologijo Joralemon (1999) navaja kot pomembne družboslovne raziskave biomedicinske prakse v delih treh avtorjev: Howarda Waitzkina (o pogovorih med pacienti in zdravniki na mikroravni iz leta 1992), raziskavo Joan Cassell leta 1991 (o mačistični in čudodelni podobi kirurgov) ter študijo Kathryn Taylor (o onkologih in diagnozah raka iz leta 1998).

Raziskave, ki so osredotočene na nesporazume v komunikaciji, ki nastajajo zaradi kulturnih razlik, so izvedli Kleinman (med psihiatri in pacienti leta 1988), Galanti (med medicinskimi sestrami in pacienti leta 1991) in Singer (med ginekologi in bolniki leta 1987).

V knjigi *Culture, Health and Illness* avtorja Cecila G. Helmana (2001) (gre za predstavitev temeljnih medicinsko-antropoloških kategorij in spoznanj) pa je nazorno prikazano, kakšen vpliv ima kultura pri obravnavanju bolezni in kako je zahodni medicinski sistem le eden možnih odzivov na zdravje in bolezni.

---

<sup>7</sup> V času nastajanja diplome (leto 2001/2002) je bil zbornik redke primer literature na to temo, ki sem jih imela na voljo v knjižnici Oddelka za etnologijo in kulturno antropologijo; nekaj knjig je bilo mogoče najti še na Oddelku za sociologijo. Po pregledu gradiva v NUK-u, Centralni medicinski knjižnici, knjižnici Fakultete za socialno delo, Fakultete za družbene vede ter ISH-ja je še vedno ostala ogromna luknja. Meni je analizo tematike, vsaj minimalno zadovoljivega obsega, z gradivom iz lastne knjižnice omogočil somentor diplomskega dela doc. dr. Borut Telban, za kar se mu na tem mestu zahvaljujem. Nekaj novejših knjig sem kupila sama. Po uvedbi izbirnega predmeta medicinska antropologija na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo ima oddelčna knjižnica nekaj več izbire.

Za (medicinske) antropologe je torej biomedicina že od osemdesetih let 20. stoletja zanimivo raziskovalno področje, ki se, skladno z razvojem novih tehnologij (genetskih raziskav, kloniranja, umetne oploditve ...) in bolezni (npr. bolezni norih krav, številne patologije z atipičnimi poteki in sindromi ...) konstantno širi. Sicer pa splošna ideja govori, da naj bi se antropologi/etnologi zanimali za govor posameznika pri razlaganju bolezni in ne za resničnost bolezni. V skrajnem primeru niti ni potrebno da obstaja, da ima dokazano biološko osnovo; za obravnavanje je (že) zadostno, da je predmet govora (Segalen 2002: 247–248).

Popoln pregled literature je nemogoč. Nekaj del in avtorjev, ki se nanašajo na konkretno obravnavano tematiko (predvsem kritiko biomedicine in razpravljanje o konstruktivnem medicinskega telesa), navajam še v nadaljevanju članka. Dokaj izčrpne bibliografije pa so dodane pri delih Joralemona (1999), Gooda (1994) in Helmana (2001). Metodološko najpopolnejša in najkoristnejša še vedno ostaja monografija Gooda (1994).

## Pristop

Predmet mojega zanimanja je bilo vsakdanje izvajanje biomedicinske prakse, dogajanje in življenje v Kliničnem centru v Ljubljani na Kliniki za ortopedijo.<sup>8</sup>

Pri metodah dela sem poleg *analize gradiva* uporabila kvalitativne metode dela: *opazovanje z udeležbo in odprte intervjuje*. Material, podlago za znanstveno analizo, sem bolj ali manj intenzivno nabirala tri leta. Imela sem priložnost spoznati več oddelkov Kliničnega centra in številne alternativne metode v praksi. Namensko in konkretno dvomesečno raziskavo pa sem opravila na nevtralnem terenu.

Moj namen je bil vzpostaviti čim boljši stik s pacienti in zato sem izbrala le eno sobo z manjšim številom pacientov (3) na Ortopedski kliniki v Kliničnem centru Ljubljana. Z idejo sem pristopila k predstojniku klinike dr. Pavlovčiču, ki jo je takoj odobril. Na oddelku so me tudi drugi zdravstveni delavci z zanimanjem sprejeli in podprli pri raziskovalnem delu.

Izbor pa ni bil naključen. Želela sem namreč sodelovanje in čim večji odziv pacientov, hkrati pa sem se hotela izogniti spremljanju hujših travmatičnih bolezenskih izkušenj. Oddelek mi je torej ustrezal, ker so vse pacientke, vključene v raziskavo, prišle v bolnišnico prostovoljno, zavestno, pripravljene na operacijo (torej ni bilo nobenih večjih presenečenj). Najpogosteje sem prihajala v dopoldanskih urah, ko je intenzivnost dogajanja v sobi večja. V popoldanskih urah so imele pacientke svoje obiske ali pa so počivale. Potrebno je upoštevati,

<sup>8</sup> Znotraj KC sta vsaka klinika in oddelek svojevrstni. Poleg *fizičnih kategorij* (ureditev, urejenost, videz prostorov: višina stropov, barva sten, velikost oken, starost notranje opreme, velikost sob, število bolnikov v sobah, balkoni, širina hodnikov, število sanitarij in kopalnic za bolnike, »dodatna ponudba« za bolnike: manjša knjižnica, televizija, kavni avtomati ...) jih ločuje tudi *način in vrsta dela* (kar je seveda pogojeno z vrsto bolezni in bolnikov). Kakršno koli posploševanje je zato neustrezno. Moja raziskava govori izključno o eni bolniški sobi.

da je moja prisotnost kasneje deloma vplivala na opravljanje službenih dolžnosti zdravstvenih delavcev. Tudi pacientke so me opozorile, da je bilo osebje prijaznejše, ko sem bila v sobi.<sup>9</sup> Niso pa vsi vedeli, da opravljam raziskavo. Nekateri zdravniki so menili, da sem obiskovalka in se niso pustili motiti pri svojem delu. To kaže na odprtost sistema in dopustnost prihoda obiskov ob katerikoli uri (še najtežje je priti mimo vratarja, ki je zelo vesten in nezaupljiv).

102 Preden pa predstavim izsledke raziskave, bi o terenskem delu v bolnišnici še povedala, da je kakršna koli oblika bolezni zelo subjektivna in kompleksna izkušnja in da mora zato raziskovalec-antropolog razvijati določeno senzibilnost (ozir na vpliv bolnišničnega okolja in zdravil). Potrebno je tudi potrpežljivo zbiranje informacij, da ne delamo sklepov na podlagi prvih izjav in kratkih mnenj, ki so večinoma podzavestni, zakoreninjeni, vsesplošni ali folklorni odzivi posameznika na biomedicinsko simboliko.

### Bolniška soba št. 3

Soba se nahaja na Ortopedski kliniki v drugem nadstropju, v še ne prenovljenem krilu stavbe. V času raziskave so ležale v sobi od ene do štiri osebe. Prostor je primarno namenjen za zdravljenje treh bolnikov; zaradi prostorske stiske so enkrat vanj stlačili še dodatno posteljo (samo za en dan). To je bila ženska soba. Čas hospitalizacije je trajal od dveh do štirinajst dni.

Večino časa so razpoložljive postelje zasedale tri pacientke (posredovale so mi tudi levji delež informacij) z več skupnimi imenovalci. Vse so bile upokojenke, stare od 66 do 70 let, ki so prišle v bolnišnico na operacijo zaradi obrabljenega kolena. V sobi se je ustvaril spodbuden kolektivni duh, ki je uspešno vplival na hospitalizacijo tretje pacientke in rehabilitacijo vseh. Delile so si izkušnje, primerjale rezultate, se tolažile, spodbujale in podobno. Najbolj energična in optimistična pacientka je prevzela nekakšno vodilno vlogo, drugi dve pa sta ji sledili. Ko so se v sobi zamenjale bolnice in je izmed treh ostala samo še ena, je bila pri slednji vidna drastična sprememba stanja<sup>10</sup> (upad volje in energije). Skupinska izkušnja je torej zmanjšala občutenja bolečine ter pozitivno vplivala na okrevanje. Tudi Kulik in Mahler sta leta 1989 v svoji raziskavi<sup>11</sup> pokazala, da je družbena plat pomembna v kontekstu priprave na operacijo. 60 odstotkov vprašanih bolnikov bi bilo raje z nekom, ki je pravkar preстал operacijo, 23 odstotkov ni imelo preferenc in 17 odstotkov bi želelo biti z nekom, ki prav tako čaka na operacijo. Pacientova perspektiva je torej pomembna in natančna informacija, ki zmanjšuje strah (v Niven, Robinson 1994: 351).

---

<sup>9</sup> Na predstavitvi diplomskega dela se je med diskusijo porodila zelo konkretna ideja za izboljšanje odnosov v bolnišnicah. Projekt bi se lahko imenoval »V vsako bolniško sobo enega antropologa/etnologa«!

<sup>10</sup> Zmedenost in nejevoljnost sta bili tudi posledica operacije (narkoza).

<sup>11</sup> Gre za raziskavo o predoperativni sostanovalski preferenci. Dve noči pred operacijo sta avtorja čakajoče paciente na operacijo bypass vprašala, če bi želeli deliti sobo z drugimi, ki so v enaki situaciji, s tistimi, ki so že prestali operacijo, ali jim je vseeno.

Vsak vstop bele ali modre halje v sobo je prerezal dogajanje: pacientke so vsakokrat utihnile, pozorno dvignile in obrnile glave ter poslušno pričakovale nadaljnji potek dogodkov.

## Prostor

Soba meri okoli 24 m<sup>2</sup>, ima dvojna vrata (s tem malo preprečijo prepih, ki je v večini sob pri zračenju prostorov stalna nevdečnost in povzročča dodatna obolenja bolnikov). »*Tukaj je prijetno, lahko odpreš okno.*«

Barva sten je bela, notranja oprema (omare in nočne omarice) dotrajana. V kotu stoji miza, kjer lahko jesta dve pacientki. Pri vratih je umivalnik. Soba ima lastno malo kopalnico (tuš), ne pa stranišča. To je za bolnika zelo neugodno in vse pacientke so se pritoževale, ker je na hodniku skupno stranišče za moške in ženske, ki je pogosto zasedeno ali umazano. Tudi tla v sobi niso bila vedno čista in v primerjavi s sobami na drugih klinikah (lahko govorim za nevrološko, gastroenterološko, plastiko) bolj zanemarjena.

Vse pacientke so se v prostoru počutile prijetno (kot se v bolnišnici lahko). Manjša soba, ki omogoča lahko komunikacijo in fizično bližino med njimi, je omogočila tudi dokaj intimno in prijateljsko ozračje. Mene je v tem kontekstu zanimalo, koliko je fizični videz (barve, velikost sobe ...) prostora pomemben za pacientke. »*Veste, to je za nas drugače. Vi "zunanji" (zdravi obiskovalci, op. a.) pridete v bolnico, vidite to in to, opazite razlike, pomanjkljivosti. Če pa si sam v bolnici, ne razmišljaš tako. Sprijazniš se s tem, kar je. Tudi ne rabiš veliko. Veš, da boš prej ali slej zapustil bolnišnico, in komaj čakaš na ta dan. Do takrat pa si zadovoljen s tem, kar je.*« Pacientke niso nikoli razmišljale o prostoru. O pomenu barv je gospa še dodala: »*Slikanice so za otroke.*« So se pa strinjale, da so na ortopediji bolj humano in prijetno urejeni prostori. Na hodniku igra celo radio. Splošno vzdušje je bolj podobno kakšnemu rehabilitacijskemu centru ali zdravilišču, kar pa je seveda povezano z naravo bolezni in poškodb. Večina pacientov na tem oddelku pride v bolnišnico zavestnih in pripravljenih na operacijo, na katero čakajo tudi po več let. Zavedajo se, da jim bo poseg olajšal ali odpravil določene težave in da se bo stanje po operaciji izboljšalo.

Že pri tej temi pa se pojavi vzorec, ki se nadaljuje skoraj pri vseh nadaljnjih; in to je pasivnost pacientov ter vdanost v usodo: »*Veš, da bo enkrat minilo, in sprejmeš tako stanje, kot je.*« Tovrstna pozicija bolnikov je, med drugim, lahko posledica biomedicinskega načina prikazovanja resničnosti, kjer ima zdravniško osebje aktivno, nadrejeno vlogo ter nadzor nad človekovim telesom. Nasprotno je pacient v podrejeni, pasivni poziciji; zaupa v delo medicincev in jim prepusti odločanje. »Obkrožen in izpostavljen je različnim kompleksno izdelanim aparatom in opremi, ki zmanjšujejo zmožnost popolnega razumevanja izvajanih procesov na telesu, hkrati pa je tudi pomirjajoče za pacienta, saj je to odsev aplikacije znanstvene metode (in s tem rezultatov in izboljšanja stanja)« (Coe 1970: 294).

Gre namreč za to, da »posamezniki utelešajo kulturo, v kateri živijo, s tem ko ponotranjijo vzorce telesnega občutenja in izkušenj, ki jih določi kultura« (Helman



2001: 15), kjer pa biomedicina, kot del zahodne kulture, razširja medicinski odnos do telesnih pojavov ter prevzema odgovornost pri bolezni.

V zavest ljudi je tako vcepljena medicinska interpretacija simptomov in skoraj refleksne reakcije v bolezenskih stanjih (npr. če te boli v prsih, najprej pomisliš na kakšne motnje pri delovanju srca, v obdobjih epidemij gripe se počutiš ogroženega že ob manjšem kašlju ...; posledice se kažejo v preveliki občutljivosti, pozornosti ali celo hipohondriji). V industrijskih družbah je bolezen primarno zadeva zdravnikov in medicine, ne posameznikov. Scheper - Hughesova ter Lockova dodajata, da »medikalizacija neogibno povzroča zgrešeno identifikacijo med družbenim in individualnim telesom; teži k transformaciji socialnega v biološko« (Brown 1998: 104 221), kar pomeni, da se bolezen (ki jo lahko tudi interpretiram še kot posameznikovo aktivno obliko protesta nad družbo ali življenjem) preoblikuje v zdravljenje (pasivno obvladanje in zadušitev motnje).

Posledica treh značilnosti biomedicinskega modela (1. znanstveni pristop pri obravnavi telesa; 2. zdravnik ima nadzor nad posameznikovim telesom in s tem hkrati nad osebo; 3. ukvarjanje s posameznimi napakami organov ali drugimi podsistemi in njihovimi simptomi, ne pa s celim telesom) je tudi **konstrukt medicinskega telesa**, ki je:

*pasivno*: vsake aktivne zmožnosti, ki pa jih pokaže, razumejo kot notranje fiziološke procese; te znanstveno opazujejo in razkrivajo zunanji opazovalci-zdravniki;

*urejeno, spremenjeno, izboljšano, popravljeno* z medicinskimi posegi; medicina pa je družbena institucija;

*deljeno, necelostno*: obravnavano notranje telo ali njegovi vidni deli ni enako telesu, ki ga ima, doživlja pacient.<sup>12</sup>

Telo za kartezijansko tehnološko medicino predstavlja le objekt preučevanja, ne glede na osebo. »Za zdravnika je bolezen trenutno prisotna v telesu. Za bolnika pa je telo ne samo fizični objekt ali psihično stanje, ampak bistvo samega sebe. Telo je prisotno, vendar je tiho« (Borofsky 1994: 229–242). Redukcionizem (od splošne na mikroanatomijo, od delov telesa na posamezne organe, nadalje od celice na njihove molekularne strukture) je sistem celo pripeljal do skrajnosti, da je "telo", ki ga najbolj zanima, le še celica. Nadalje medicinski koncept telesa oblikujejo:

**tehnika** (od leta 1895 rentgenski žarki, kasneje ultrazvok, CT<sup>13</sup>, MRS,<sup>14</sup> ki je naredila človeško telo transparentno in razkrila njegovo notranjo sestavo; simptomi se tako materializirajo; Scheper - Hughesova (1994) še dodaja, da kaotični, neverjet-

<sup>12</sup> Tovrstno medicinsko telo je prišlo v ospredje zanimanja številnih raziskav o telesu, predvsem feminističnih (Arms, Scully, Frank, Scheper - Hughes in Lock, Martin, Jacobus, Keller in Lock, Rosser ...). Feministična trditev, da *kar narediš mojemu telesu, narediš meni*, izziva epistemološke temelje medicine, etiko medicinske prakse in razmerja moči (večina zdravnikov je moških).

<sup>13</sup> Računalniška tomografija: diagnostični postopek, pri katerem s kombinirano uporabo računalnika in rentgenskih žarkov nastanejo jasni prečni posnetki preiskovalnega tkiva. Družinska zdravstvena enciklopedija. DZS, Ljubljana 1992, str. 805.

<sup>14</sup> Magnetnorezonančno slikanje (brez rentgenskega ali drugega sevanja). Ibid, str. 533, 543.



ni ali razbrzdani simptomi, ki jih ni mogoče potrditi s sliko, spontano in stalno prebijajo meje med telesom in dušo, naravo in kulturo, osebnim in družbenim;

**napredek v kirurgiji:** transplantacija,<sup>15</sup> vsajanje – človek lahko dobi organ druge osebe;

**uporaba številnih materialov pri zamenjavi poškodovanih organov ali delov telesa:** plastika, najlon, kovine, guma.

»Z impresivno zmogljivostjo biomedicina poustvarja in potrjuje Descartesovo paradigmo, da je telo stroj, v katerem je pokvarjene dele mogoče nadomestiti, zamenjati, popraviti ...« (Helman 2001: 27). Sprejetje tega vzorca med ljudmi nam potrjujejo vsakdanji reki in besedne zveze (*črpalka ne dela dobro (za srce); baterije so se izpraznile (izčrpanost); star avto (starejši ljudje); kdaj pa kdaj je potrebno iti na servis (zdravniški pregled); avto ne pelje brez bencina (potrebno je skrbeti za prehrano); saj boš pregorel (upočasni tempo življenja, sicer boš zbolel) ...*). Analogno, v duhu časa, možgane primerjamo z računalnikom.<sup>16</sup> Samuel Osheron in Lorna Amara Singham sta naredila raziskavo o tej razširjeni metafori telo-stroj ter »dokazala, da je tovrstno razmišljanje o telesu prispevalo k dehumanizaciji klinične prakse« (Joralemon 1999: 5).

105

Med drugim gre tudi za to, da biomedicina določa pravilno družbeno vedenje, saj je njena tendenca standardizirati medicinsko ustvarjeno družbeno določeno dvojno paradigmo telo- duša, sočasno pa označiti tiste, ki tega ne sprejmejo, za deviantne, patološke, iracionalne, neustrezne ali motene.

Poleg vseh teh značilnosti biomedicinskega sistema, ki prispevajo k pasivnosti pacientov, je bilo pri raziskavi vidno še izogibanje odkritim ali kritičnim izjav o zdravstvu, delavcih, stanju (*Pa ne zapisati, da sem to jaz povedala. Saj tega ne boste napisala, ne?*) in strah pred zamero komurkoli izmed zaposlenih (*Najbolje je, da si tiho in nič ne rečeš.*).

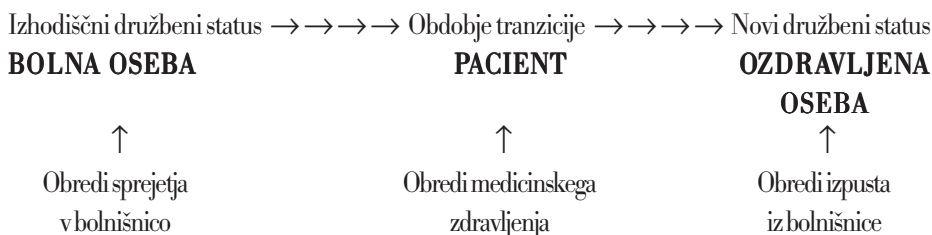
## Prvi dan

V različnih zdravstvenih sistemih so vsi zdravilni obredi hkrati *rituali socialne tranzicije*, pri katerih se bolna oseba spremeni v zdravo. V fazi tranzicije je ta oseba posebej občutljiva in ranljiva ter zato zahteva posebno obravnavo. Ponavadi sta potrebna izločitev bolnika iz vsakdanjega življenja in določen prostor za zdravljenje.

<sup>15</sup> Znanstveni kontekst transplantacije organov vzbuja več antropoloških vprašanj za raziskave (npr. izkušnje darovalcev in prejemnikov organov, sprejetje tujega organa od mrtvega ali živega, transformacije telesa, trgovina z organi, etične dileme v povezavi z ekonomsko globalizacijo, primerjave s *kulo* ...): Ohnuki - Tierney (1994), Joralemon (1995, 1996, 1999). Zanimiv je članek Nancy Schepher - Hughes v *Current Anthropology* (2000).

<sup>16</sup> Ihan piše, da je v posameznih zgodovinskih obdobjih razvoj novih tehnologij ponudil raziskovalcem nove metafore, s katerimi je bilo mogoče na nov način rekonstruirati človeško telo. Tako kot so Hipokratu služile livarske metafore, so se na primer iz 17. stol. ohranili številni naravoslovni spisi, ki so fiziološke fenomene razlagali kot zapleteno mehanično sosledje zobatih koles, vzvodov, verig, vijakov, vzmeti in zglobov ... In tako vse do danes, ko si npr. delovanje človeških možganov v veliki meri razlagamo pod vplivom razvoja računalniške tehnologije (Ihan 2000: 161).

V biomedicini predstavlja bolnišnica prostor za obrede socialne tranzicije. Hospitalizacija ustreza *Van Gennepovi* tridelni shemi obredov prehoda:<sup>17</sup> ločitev, prehod, reintegracija.



106

Hospitalizacija kot obred prehoda

Sprejeti pacienti zapustijo vsakodnevne obveznosti in navade ter sprejmejo pravila institucije. Z vstopom v bolnišnico doživijo standardizirane obrede: zamenjava oblačil za pižamo ali spalno srajco (uniforma); evidentiranje (ko dobijo evidenčni karton in posteljo, postanejo primer za diagnozo in obravnavo). Ko si opomorejo do mere, da lahko zapustijo stavbo, se vrnejo nazaj v družbo z novo družbeno identiteto (pozdravljeni ali bolj zdravi) (Helman 2001: 164).

Proces hospitalizacije ima torej za bolnike družbeni pomen, saj pridobijo novi socialni status.

Hkrati vpliva tudi na spremembo emocionalnega stanja (strah, nejasnost, neugodje, neprijetnost). Posameznik v bolnišnici ne razpolaga več z lastnimi identifikacijskimi simboli (obleka, nakit in druge materialne stvari), katerih manipulacija nam omogoča, da se v družbenih situacijah drugim predstavljamo v želeni luči. Odvzeta mu je zmožnost nadzora in vpliva nad dogajanjem okoli njega (vstopi v sobo, odpiranje oken, vdor vonjav ...) in na njem. Omejenost gibanja poveča občutenje bolehnosti (proizvaja tudi škodljiva stres in strah). Dnevno se srečuje s stereotipnimi in formalnimi odzivi drugih. Medicinski sociologi združujejo te pojave v *družbene procese dehumanizacije in depersonalizacije* (več v Coe 1970: 302–303).

Ohnuki - Tierney (1984) pa s primerjavo ameriške in japonske različice biomedicine potrdi trditev, da so vsi odnosi in vrednote v povezavi z boleznijo in bolniki v tesni zvezi z družbeno ustaljenimi koncepti o posamezniku. Na Japonskem bolnikova vloga ne pomeni nobene negativne sankcije (odseva vsesplošno japonsko soodvisno držo, kjer se posameznik lahko počuti človek samo v družbi drugih): pacient je še vedno oseba (uporablja osebne stvari med hospitalizacijo), pomemben

<sup>17</sup> Joralemon (1999) razlaga simboliko obredov prehoda pri operativnih posegih presajanja organov, kjer je telo tarča različnih manipulacij, ki nosijo simbolno konotacijo (bolnišnična obleka, strogi post pred operacijo, čiščenje pred posegom (strogi higienski postopki pri pacientu in osebju), stanje pacienta med operacijo (nezavednost, bližina smrti), pooperacijski občutek ponovnega rojstva). Več v Joralemon 1999: 25.

član družine (zanj skrbi član družine, pogosto vzamejo dopust v času sorodnikove bolezni) in širše družbene skupnosti (veliko obiskov iz službe). Obiski so želeni, pacienta hranijo z najljubšo hrano, prinašajo mu darila, vsi ga razvajajo. Socialni stiki so povečano aktivirani in omogočajo pacientu, da občuti in izkusi individualno in socialno identiteto, kar prispeva k hitrejšemu okrevanju. Predvsem pa bolnik v družbi ni nezaželen, nesprejemljiv ali obremenjujoč.

V ZDA pa je pacientova vloga refleksija ideje, da je bolezen neželena in odsevanje cenjenih družbenih vrednot: osebne svobode, individualizma in neodvisnosti. Bolni, hendikepirani in starejši so tisti, ki so odvisni od drugih; mladi in zdravi se morajo zato ogibati teh stanj. Bolnika je potrebno umakniti iz družbe in čim bolj izolirati, ker je bolezen lahko nalezljiva motivacijsko in bakteriološko (zato je boljše imeti čim manj obiskov). Bolni posameznik je v bolezenskem stanju transformiran v *pacienta* (kot opisujem zgoraj pri procesih dehumanizacije in depersonalizacije). 107

Z nakazanima primeroma sem želela povedati, da je odnos do bolnikov kulturno pogojen in zelo povezan z družbenimi vrednotami. In kako je pri nas?

Prvi dan ene izmed pacientk na ortopediji je potekal po sledečem vrstnem redu: zjutraj prihod v bolnišnico, dodelitev sobe in postelje, preoblačenje (pacienti lahko imajo tudi svoje pižame in halje), pregledi. »Prvi dan so vsi okoli tebe, potem pa ne več,« je razložila druga pacientka.

Najprej je prišla medicinska sestra, ki je dobila vse potrebne odgovore, da je lahko izpolnila medicinski vprašalnik (rojstni in družinski podatki, o zaposlitvi in stanovanju, o kratki medicinski zgodovini, alergijah, odvajanju, težavah s spanjem ...). Potem ji je vzela štiri epruvete krvi. Ker je sestra videla, da je pacientka zmedena in prestrašena, ji je razložila, zakaj rabijo kri, in pogovor je malo sprostil strah in napetost.

Takoj zatem je sledil obisk študentke, ki je morala za vajo opraviti pregled, postaviti diagnozo in predlagati ustrezno zdravljenje. Gospa je še enkrat ponovila vse podatke, povedala težave in zgodbe. Študentka si je vzela več časa za pogovor in zastavljala bolj odprta vprašanja.

Vmes je prišla zdravnica, da je pregledala pacientko pred operacijo. Rekla je, da bo pohitela, da bo študentka lahko naprej opravljala delo. Pregledala je srce, pljuča, gibljivost kolena in povprašala po medicinski zgodovini. Vse skupaj je trajalo sedem minut.

Študentka je nadaljevala z vajo, pridružila se ji je še ena in malo kasneje še trije sošolci. Sestre so prinesle kosilo. Čez približno deset minut so študentje opazili, da je kosilo že na mizi, in vprašali, če lahko pridejo kasneje še nazaj.

### **Ugotovitve:**

**PRIDOBIVANJE INFORMACIJ:** Standardne kategorije medicinskega intervjuja (opis poglavitnih težav, zgodovina in razvoj aktualnega bolezenskega stanja, pregled simptomov, medicinska zgodovina, družinski in socialni podatki) so sredstva, s katerimi osebo pretvorijo v pacienta, v dokument in projekt za

obravnavo (Good 1994: 77). Intervjuji so rigorozno strukturirani, zahtevajo ogromno natančnih podatkov (veliko števil, datumov) iz bližnje in daljne preteklosti. Vprašanja so kratka in jedrnat, spraševalci pričakujejo odgovore enakega značaja. Pacientka je bila med pogovori zmedena in napeta, mimogrede je pozabila omeniti kakšno pomembnost. Zanimiva je ugotovitev, da so bili odgovori na enaka vprašanja pri vsakem nadaljnjem intervjuju malo drugačni. »*Vas je zdravnica vprašala, pa ste rekli, da dol pa ne gre* (koleno namreč, op. a.)!« Študentka si je vzela največ časa za pogovor; vprašanja so bila manj strukturirana (npr.: Ali gre pacientka lahko do trgovine? Koliko hodi na dan?). V primerjavi z intervjujema s sestro in zdravnico, v katerih je pacientka v naglici kdaj tudi nepremišljeno odgovarjala (z namenom, da bi čim prej nekaj povedala, da ne bi dolgo obremenjevala zdravstvenih delavcev), se je pri tem pogovoru sprostila, si vzela čas za premislek, sama spremenila ali dopolnila podatke. Študentka je tako pridobila veliko več podatkov. Good (1994) omenja, kako sta pravilna interpretacija in zapisovanje pogovora odločilni faktor v procesu preoblikovanja bolne osebe v pacienta. Prav tako ključnega pomena pri biomedicinskem izobraževalnem procesu je naučiti se izluščiti in predstaviti potrebne informacije v nekaj minutah. Študentje imajo lahko na začetku študija še optimistično predstavo in se pogovarjajo s pacienti, vendar se kmalu naučijo redukcije besed: »*Na začetku sem se počutila privilegirano in počaščeno, da so mi ljudje zaupali intimne zgodbe iz njihovega življenja. Do četrtega letnika pa že razviješ odnos: tukaj sem, da opravi svoje delo, in to čim bolj učinkovito in profesionalno.*« Izjava drugega študenta o pogovorih s pacienti se glasi: »*Tam nisi zato, da se pogovarjaš z ljudmi in spoznaš njihova življenja in težave. Si profesionallec, ki je naučen interpretirati fenomenološke opise stanj v fiziološke in patopsihološke procese.*« Good zaključí, da je pri študentih medicine pomanjkanje zanimanja za komunikacijo s pacienti med drugim posledica njihove percepcije, da je v medicinski praksi pomembnejša predstavitev in obravnava projektov (pacientov) od pogovora z njimi (Good 1994: 76–79). Priučeni način komuniciranja prevzame večina bodočih zdravnikov in ga tudi vestno izvaja. Sicer pa je tema odnosa med zdravnikom in pacientom najbolj zanimiva za družboslovje; medtem ko so v medicini te in druge sociološke, psihološke ali antropološke teme vedno marginalizirane.<sup>18</sup> Medicince zanima samo učinek in rezultat, diagnosticiranje in zdravljenje. Zato dajejo v učnem načrtu prednost strokovnim predmetom, ki so že tako skrčeni na minimum, saj množica medicinskih podatkov dnevno narašča in vsi se zdijo pomembni. Razumljivo. Jasno. Toda do zelenega rezultata je možno priti na več načinov. Pohvalno je pogovor pri terenskem opazovanju izvedel kardiolog (ki preveri stanje srca pred operacijo). Nastopil je zelo prijateljsko in sproščeno. Čeprav je potreboval le nekaj odgovorov, si je za njih vzela čas in z bolnico vzpostavil razmerje zaupanja.

<sup>18</sup> Aleksander Merlo, nekdanji predstojnik postojnske porodnišnice: »*Dosedanji študijski program namreč sugerira neživljenjski pogled na svet in se bolj kot s človekom, kateremu je medicina pravzaprav namenjena, ukvarja z znanostjo. Zato na koncu dobimo travmatizirane študente, od katerih se ravno vsi ne poberejo na noge ... Prepričan sem, da bi morali pri vpisu na medicinsko fakulteto poleg mature in uspeha preverjati tudi emocionalni koeficient in splošno širino človeka ...*« Delo, 9. 4. 2002, priloga Ona, leto 4, št. 14, str. 46.

Najprej jo je vprašal, ali ima težave s srcem. Ker pacientka v takratnem obdobju ni imela kardioloških problemov, je rekla, da ne. Zdravnik je dodal: »*Bom pa drugače vprašal: ali ste kdaj jemala zdravila za srce?*« Dodato vprašanje je spomnilo pacientko, da jih ima in tako popolnoma spremenilo nadaljnji potek pogovora in kasneje posegov. Bistveno pri vsem se mi zdi, da je trenutno večinoma podcenjen pomen komunikacije med bolnikom in zdravnikom oziroma sestrami (preverjeno: sproščen pacient se lažje osredotoči na sebe in zato podaja bolj dosledne in točne informacije).<sup>19</sup>

**TERMINOLOGIJA IN KLINIČNI RAZGOVORI:** Klinični razgovori so običajno mešanica pogovornega in strokovnega (medicinskega) jezika. Kot razlaga Kleinman (1980), gre pri pogovoru za transakcijo med (pacientovim) poljudnim in (zdravnikovim) profesionalnim razlagalnim modelom. Jezik medicine se je skozi stoletja razvil v tehničen, ezoteričen in ljudskim množicam vedno bolj nerazumljiv jezik. Tancredi (1982) navaja, da je razvidno, kako večina pacientov (tudi skupine najbolj izobraženih) ni sposobna v celoti razumeti narave medicinske informacije. Pa ne samo zaradi strokovnih izrazov. Pacienti so namreč v odnosih z zdravniki večinoma nepozorni in zmedeni. »Tovrstna drža je lahko posledica bolnikove želje, da prenese odgovornost v kritičnem stanju na zdravnika, ali pa odsev nesposobnosti dajanja objektivne ocene o lastnem zdravstvenem stanju v stanju lastne zdravstvene krize.« (Romanucci - Ross, Moerman in Tancredi 1991: XIV) Komunikacija med pacientom in zdravstvenimi delavci (ki je, mimogrede, bistvena za ustrezno zdravljenje) je neredko enosmerna ali motena. Določeni termin ima lahko za obe strani popolnoma drugačen pomen. Helman omenja Boylovo raziskavo (1970), ki je dvostransko razumevanje prikazal s splošnimi medicinskimi termini (npr. trebuh, zgaga, pljuča, bitje srca, napenjanje ...). Na vprašanje, ali imajo bolečine v trebuhu, je 58,8 odstotkov bolnikov pomislilo na celotno abdominalno votlino (Helman 2001: 104).

**ŠTUDENTSKE VAJE:** Te teme sem se dotaknila že zgoraj.<sup>20</sup> Vstop v svet medicine pomeni poleg učenja jezika in baze znanja medicine še spoznavanje osnovnih praks, s katerimi medicinci formulirajo resničnost na medicinski način; to pomeni specializirani način gledanja, pisanja in govorjenja (Good 1994: 71). Študentje so bili pri pacientki približno 40 minut. Z izjemo ene študentke so ostali že prevzeli prej omenjeni model razmišljanja: profesionalci smo; tukaj smo, da učinkovito ukrepamo brez odvečnega pogovarjanja. Dva pacientke ob prvem stiku sploh nista pogledala v oči, takoj sta se »zapodila« v preučevanje kolena. Vsak študent je potem večkrat prijel oboleli del telesa in skupaj so gledali večinoma samo v koleno. Pacientka je bila po njihovem obisku utrujena od prijemanja in premikanja kolena: »*Vsak prime po svoje, eni ne znajo prijeti.*« Tukaj je konkretni

<sup>19</sup> Čeprav so, kot opozarja Canguilhem, presoje pacientov odvisne od vsakodnevnega kulturnega okolja. Medicinske koncepcije (normativne) so drugačne kot poljudne (bolj spekulativne). Več v Canguilhem 1987: 85.

<sup>20</sup> Z izkušnjami študentov na medicinskih fakultetah so se poleg Gooda (1994) ukvarjali Becker, Geer, Hughes in Strauss, Konner in Mary - Jo Del Vecchio Good.

primer, kako bi komunikacija koristila obema stranema: študentje bi se več naučili, pacientka pa bi se počutila bolj koristno in upoštevali bi jo kot osebo, ne le kot objekt preučevanja. Študentje bi zatorej lahko več spraševali bolnico (npr.: Ali sem vas dobro prijel/a? Kako bi bilo boljše?), namesto da za nekaj centimetrov zgrešijo mesto obravnave in potem vprašajo, ali to boli.

## Potek dneva

110

V bolnišnicah obstaja dnevni red. Vstajanje je pred sedmo uro zjutraj, sledita higiena in zajtrk. Vizita je že ob osmih zjutraj. Do kosila, ki je okoli dvanajstih, se vrstijo različni terapevtski procesi: previjanje, pregledi specialistov, fizioterapija ... Po kosilu običajno bolniki malo počivajo. V popoldanskih urah prihajajo obiski. Čeprav so določene ure obiskov (11.30–19.00), jih dovolijo kadarkoli (to je zelo pohvalno; v bolnišnici na splošno zelo podpirajo vključevanje svojcev v zdravstveni proces, dovolijo in omogočajo dostop do potrebnega materiala, kot so npr. sveža pižama, podloga, led, sanitetni material ...). Okoli šeste ure je na vrsti večerja, potem pa počitek in spanje. Aktivno delo s pacienti torej večinoma poteka samo dopoldan.

Za posameznika pomeni bolnišnični dnevni ritem veliko spremembo. Pacientke so glede prilaganja najprej izpostavile ritem prehranjevanja in kvaliteto hrane.

Prehranjevanje je osnovna človeška potreba. Hkrati je hrana več kot samo sredstvo za zadovoljevanje te potrebe; v človeški družbi igra več vlog in je globoko usidrana v družbeno, versko in ekonomsko podobo vsakdanjega življenja. Lahko nosi določen simbolni pomen, lahko ustvarja in kaže odnose med ljudmi, hkrati pokaže še njihovo razmerje do naravnega okolja (Helman 2001: 32).

Vsak posameznik se privadi na določen ritem in način prehranjevanja. S prihodom v bolnišnico pomeni bolnišnični urnik za nekatere ogromen, dodaten šok za telo: »*Kako naj že ob dvanajstih jem kosilo, ko ga doma jem šele ob štirih dopoldan?*«

V bolnišnici je, po mojem mnenju, podcenjena tudi vloga ter obravnavanje hrane. V kakšnem smislu? Hrana ima veliko terapevtsko moč in je bistvenega pomena za uspešno okrevanje. »*Poglejte, kako naj se človek pozdravi, ko pa nam dajo takšno hrano za jest?*« V bolnišnici pa je prehranjevanje zreducirano na osnovno funkcijo. Obroke postrežejo v plastičnih in kovinskih posodah (po mojem mnenju že sama posoda odvrča pacientu tek), pogosto se pri obrokih pojavi prostorska stiska (za mizo v sobi ni nikoli prostora za vse paciente), zato jedo za improvizirano mizico. Medicinske sestre pridrvijo, rečejo dober tek in hitijo naprej (razumljivo – da se obroki čim manj ohladijo). Pacienti hitro pojejo, saj imajo občutek, da jih preganjajo. Sestre se kmalu zatem že vrnejo in pobirajo pladnje (občasno tudi brez besede ali pogleda v oči pacienta). Gre za izključno rutinski postopek v celoti prežet z naglico.

Dodaten dejavnik je stereotip o slabi, celo smrdljivi in neokusni hrani v bolnišnici, ki se ga bolniki in obiskovalci težko otresemo. »*Duh hrane je pa čuden, se moraš nanj navadit.*« Na podlagi opazovanja lahko sklenem, da so pacientke

določile kakovost in okus obrokov v skladu z njihovim počutjem. Če so imele boljši dan, ni bilo posebnih pritožb. V primeru slabšega počutja pa so sledile izjave v slogu, da »hrana ne more biti slabša«. Dodaten dejavnik, ki določa kakovost hrane, je še mnenje sopicientke. Če je ena izjavila, da »juha pa smrdi«, sta drugi dve prav tako pomislili, da juha res ni dobra, čeprav sta jo že začeli jesti. Običajno je sledila kolektivna ugotovitev, da juhe ni mogoče pojesti.

Popolnoma jasno je, da je vsak posameznik navajen na določen okus in da je vsem nemogoče ustreči, toda obroki prepogosto niso primerni za bolnega človeka. Jedi so težko prebavljive (npr. za večerjo stročji fižol ali obara, ki je mešanica ostankov od kosila) ter povzročajo želodčne težave in druge prebavne motnje.

Potrebno je poudariti, da je puščanje hrane tudi ena izmed oblik bolnikovega tihega protesta in prikaz nezadovoljstva nad stanjem. 111

Vsakodnevno se izvaja tudi **fizioterapija**. Fizioterapevtka na vozičku pripelje napravo za razgibavanje kolena, jo prestavi na posteljo, nastavi stopnjo pregiba in odide k drugemu pacientu. Načeloma bi morala med izvajanjem fizioterapije ostati pri bolniku, vendar »potem ne bi vsi prišli na vrsto« (na dan opravi ena fizioterapevtka okoli 100 storitev, poskrbi za terapijo v sedmih sobah, tj. za okoli 30 oseb). Pacient ostane prepuščen sam sebi. Zgodilo se je tudi, da je terapija trajala manj ali več od odmerjenega časa.

Naprava je personificirana in splošno se uporablja naziv »črnogorc«. »Pustimo črnogorca, da dela za nas.« Bolnice so imele strah pred aparaturo (kljub temu, da živimo v tehnokratski družbi, imamo še vedno nezaupanje in strah pred tehniko). K premagovanju tega strahu je tako veliko pripomogla kolektivna delitev težav. Pacientka je namreč lahko od daleč opazovala proces izvajanja pri drugi, se natančno seznanila z dogajanjem in videla, da ni nič strašnega.

Payne in Walker pišeta, da se je bolnišničnim strahovom možno izogniti ali jih vsaj zmanjšati. Medicinske sestre in terapevti lahko pomagajo pacientom tako, da jih pripravijo na dražljaje, ki lahko vzbujajo strah (injekcije, razni postopki in drugo), in tako ne doživijo nenadnega avtonomnega vzburjenja (Payne, Walker 2002: 68–69).

Tu so še vsakodnevne **vizite**. Okoli osmih zjutraj. Dvakrat na teden pridejo še popoldne (okoli štirinajstih). Vizita pomeni za večino pacientov edini kontakt z zdravnikom. Na srečanje so se zato pacientke vedno že vnaprej pripravile, v mislih oblikovale stavke (*Danes mu bom pa rekla ...*), ob vstopu zdravnikov pa so večino pozabile. Moteč in nejasen element za pacientke je bila tako številčna vizita (več zdravnikov, odgovorne sestre, fizioterapevtka). Vizito namreč opravljajo vsi oddelčni zdravniki skupaj, ker se jim zdi tovrsten pristop najbolj praktičen, učinkovit in hiter. Pacienti so razporejeni po sobah glede na druge kriterije (spol, starost, diagnoza ...), ne pa glede na zdravnika, ki jih operira. Poleg tega lahko kakšen primer skupaj prekomentirajo. Fizioterapevtka je prisotna, ker zdravnik odredi fizioterapijo pri viziti; sestra pa, ker najbolje pozna in spremlja stanje pacienta (vizita je bolj prilagojena zdravstvenim delavcem, pacient je v ozadju!). Občutke ob viziti je ena izmed bolnic opisala takole: »Vsi zdravniki, po pet zdravnikov pride v sobo in gre



*skozi sobo. Še v oči te ne pogledajo, kolena tudi ne; mi pacienti pademo v šok, pozabiš vse skupaj, saj take množice ne moreš kontrolirat.*« Druga pa: *»Zdravnik tudi v oči ne pogleda; počutiš se, kot da si nič; opeka, ki leži na postelji; kot, da si jim odveč.*« Celoten postopek za njih poteka prehitro. Trenutek, poln pričakovanj, "odrešitve", na katerega se pripravijo, mine v dveh minutah. *»Zdravnik reče, pridna ste, pridna, samo tako naprej, in gre naprej.*«

Zanimivi so izsledki Volicerja (1977), ki je na podlagi ocen stresnosti hospitaliziranih pacientov sestavil lestvico bolnišničnega stresa. Med bolj stresne so uvrstili komunikacijske težave (premalo informacij, ignoriranje vprašanj, nerazumevanje medicinskega jezika, nevednost, nepoznavanje diagnoze), strah pred izgubo samostojnosti (vida in sluha) ter grožnjo resnejšega obolenja ali izgube organa. (Niven, Robinson 1994: 346–349).

## Operacija

Vse pacientke so prišle v bolnišnico zavestno, z željo, da jih operirajo in da hitro okrevaajo: *»Če se že odločiš za operacijo; če hočeš, da ti pomagajo, moraš tudi sam sodelovati.*« Nekatero so morale čakati več let (dve, tri ali šest); tiste, ki pa so imele kakšna poznanstva, so prišle na vrsto takoj (tako dve od skupaj šestih pacientk). Za najhujše trenutke so označile prav čas pred operacijo. Takrat doživljajo največje strahove: *»Bojiš se bolečine, posega v telo. Celo noč nisem spala.*« Za bolnika so tudi najbolj rutinske operacije neznano poseganje v telo. Ob dogovorjeni uri so običajno operirani le prvi pacienti, kasneje točnost ovirajo nepredvidljivi operacijski zapleti ali druge intervencije. Še več je razlogov (npr. težave z opremo), da je določena operacija prestavljena za nekaj ur, cel dan ali teden. Bolnik je pri tem obsojen na mukotrpno čakanje.

Operacija bi morala biti ob devetih, ura je bila že skoraj enajst: *»Nihče ne pride nič povedat. Ali so pozabili name,*« se je spraševala bolnica. (Pacienta bi v takih primerih lahko vsaj obvestili, kaj se dogaja in kdaj približno bo prišel na vrsto.) Pogovor z drugimi pacientkami je malo pregnal strah. Med drugim so se pogovarjale o operaciji in v njihovih predstavah velja operacijska soba za mehanično delavnico. *»Na mizi imajo kovinske vijake različnih velikosti,*« je povedala pacientka, ki je že prestala operacijo. *»Tehnika je resnično neverjetna, in kaj vse lahko naredijo. Zdaj celo namesto šivanja uporabljajo kar sponke; kot za spenjanje papirja.*« Pokazalo se je, kako medicinska definicija in konstrukcija telesa zaznamuje praktično in vsakodnevno razumevanje telesa. Zaradi jasno vidnih posegov in rezultatov se je na primerih operacije kolena lahko še posebej potrjeval mehanični model človeškega telesa.

Po pripovedovanju so bili v operacijski sobi zelo prijazni: *»Na glavo ti položijo belo stvar, jaz sem se tresla, pa ni bilo hladno. Sestra pa me je pomirila, me božala po obrazu, se pogovarjala z menoj ...*« Vse pacientke so spodbujali in bodrili.

## Sklep

Pri opazovanju bolnišnične prakse se je izkazalo, da pacienti razumejo in sprejemajo lastna telesa v skladu s konceptom biomedicinskega telesa (mehaničnost, pasivnost, deljenost). Ločujejo telo in dušo; pri tem predajo v upravljanje telo ali del telesa strokovnjakom. Tovrstna percepcija pa poustvarja in utrjuje biomedicinske procese dehumanizacije in depersonalizacije.

Tudi pri nas (kot v večini zahodnih držav) je bolezensko stanje nezaželeno in problematično (ideal je mlado, zdravo, predvsem produktivno telo).

Bolnišnica je dovolj odprta in podpira sodelovanje svojcev pri zdravljenju. Glede počutja v bolnišnični stavbi so pacientke izražale, da imajo občutek, kot da so odrinjene in nepomembne; da so nadloge; tožile so, da se vsak dan srečujejo z istimi frazami prijaznosti (Kako je danes? Ali je vse v redu? Kako ste?...), ki pa jim ne dajejo občutka osebnega odnosa. Najbolj pa pogrešajo poslušanje. Želijo si, da bi jih zdravniki poslušali, kajti *»to pomeni več kot vse tablete; ob spodbudni in lepi besedi je človek takoj bolj zdrav«*.

113

Na drugi strani zdravniki večinoma prevzamejo vzorec odnosa, kjer ni časa za klepetanje ali "psihoterapijo". Njihova naloga je opraviti točno določeno specializirano zdravstveno dejanje.

Želje in lastnosti pacientov ter biomedicinske prakse se torej v več elementih vse bolj oddaljujejo in razhajajo; kot da bi šlo za dva ločena svetova, dva različna časovna tokova, ki tečeta vsak po svoje. Za sinhronost bi bili potrebni premiki z obeh strani.

Če razumem bolezen (v večini primerov) kot odziv, reakcijo ali protest telesa zaradi določene čustvene, eksistencialne težave ali splošnim nezadovoljstvom v življenju, takrat biomedicinski aparat deluje kot tlačitelj teh motenj (ne razreševalec). Neustrezna so torej pričakovanja pacientov, ki v zdravnikih vidijo rešitelje za zdravstvene, in posledično življenjske probleme. Potrebno bi bilo vzpodbujati večjo zdravstveno samozavest pri ljudeh, ki bi se pred obiskom zdravnika vprašali, če lahko najprej sami na kakršen koli način vplivajo na izboljšanje zdravstvenega stanja.

Ker pa okornost zapletenega biomedicinskega sistema težko prenese hitre spremembe, je največ možno narediti na individualni ravni.

Za izboljšanje sistema in uspešnosti zdravljenja predlagam naslednje:

Sistem bi se moral bolj odpreti in komplementarno sodelovati z drugimi medicinskimi praksami.

Osvoboditev tradicionalne sheme: zdravnik - oče, medicinska sestra - mama, pacient - otrok.

V zdravstvu ne more delati vsakdo, ki uspešno konča šolanje. Strinjam se s predlogom Aleksandra Merla, da se poleg mature pri sprejemu na medicinsko fakulteto uvede dodatno preverjanje emocionalnega kvocienta ter splošne širine človeka.

V procesu izobraževanja bi morali najti prostor in dati pomen družboslovnim predmetom (npr. uvesti predmet medicinska antropologija, kot ga imajo npr. na Medicinski fakulteti Harvard<sup>21</sup> ali na McGill univerzi).

## LITERATURA IN VIRI

### ANTHROPOLOGY

1991 The anthropology of medicine: from culture to method. London: Bergin and Garvey.

AUGE, Marc; HERZLICH, Claudine

1995 The meaning of illness: antropology, history, sociology. Luxembourg: Harwood Academic Publishers.

114

BROWN, Peter J.

2000 Understanding and applying medical anthropology. London, Toronto: Emory University.

CANGUILHEM, Georges

1987 Normalno in patološko. Ljubljana: ŠKUC.

CAUDILL, William

1953 Applied anthropology in medicine. V: Kroeber, A.L. (ur): Anthropology today: an encyclopedic inventory. Chicago: The University of Chicago Press.

CSORDAS, Thomas J. (ur)

1994 Embodiment and experience. Cambridge: Cambridge University Press.

COE, Rodney M.

1970 Sociology of medicine. New York: Mc Graw - hill.

DOUGLAS, Mary

1999 Miselni slogi: kritični eseji o dobrem okusu. Ljubljana: \*cf.

FABREGA, Horacio

1972 Medical anthropology. V: B. J. Siegel (ed): Biennial Review of Anthropology. Stanford Uni. Press: str. 167–229.

FOUCAULT, Michel

1984 Nadzorovanje in kaznovanje: nastanek zapora. Ljubljana: Delavska enotnost.

GOOD, Byron J.

1994 Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

HELMAN, Cecil G.

2001 Culture, health and illness. London: Arnold.

---

<sup>21</sup> Za primer je mogoč ogled spletne strani <http://symptom.mit.edu/dumit/anth253-syl.html>., kjer so predstavljene vsebine medicinske antropologije v jesenskem semestru na univerzi Harvard.

IHAN, Alojz

1997 Platon pri zobozdravniku. Ljubljana: Cankarjeva založba.

2000 Deset božjih zapovedi. Ljubljana: Študentska založba.

JORALEMON, Donald

1998 Exploring medical anthropology. Boston: Allyn & Bacon.

KLEINMAN, Arthur

1980 Patients and healers in the context of culture. Berkley etc.: University of California Press.

1995 Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine. Berkley etc.: University of California Press.

LANDY, David (ur.)

1977 Culture, disease, and healing: studies in medical anthropology. New York: Macmillan.

MATCHA, Duane A.

2000 Medical Sociology. Boston: Allyn & Bacon.

McELROY, Ann; TOWNSEND, Patricia K.

1989 Medical anthropology in ecological perspective. London: Westview Press.

NETTELTON, Sarah

1995 The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press.

OHNUKI - Tierney, Emiko

1984 Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view. Cambridge: Cambridge university press.

SCHEPER - Hughes, Nancy; LOCK, Margaret M.

1994 Embodied knowledge: thinking with body in critical medical anthropology. V: BOROFKY, Robert (ur), Assessing cultural anthropology. New York: Mc Graw Hill, str. 229–242.

2000 The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. V: BROWN, P. J. (ur), Understanding and applying medical anthropology. London, Toronto: Emory University, str. 208–225.

2000 The global traffic in human organs. Current anthropology 41, št. 2, str. 191–224.

SCOTCH, Norman A.

1963 Medical anthropology. Biennial Review of Anthropology. Stanford. Stanford Uni. Press : 30–68.

SEGALEN, Martine (ur.)

2002 Drugi i sličan: pogledi na etnologiju suvremenih društava. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.

TAMBIAH, Jeyaraja S.

1990 Magic, science, religion and the scope of rationality. Cambridge: Cambridge University Press.

TELBAN, Borut

1989 Antropologije zdravja, bolezni in zdravljenj. Glasnik SED 29, št. 3–4, str. 153–166.

YOUNG, Allan

1976 Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist* št. 78. str. 5–24.

1982 The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, str. 257–286.

<http://symptom.mit.edu/dumit/anth253-syl.html> (14. 5. 2003)

[http://thunder1.cudenver.edu/sma/about\\_the\\_sma.htm](http://thunder1.cudenver.edu/sma/about_the_sma.htm) (14. 5. 2003)

<http://www.mayfieldpub.com/catalog/anthro/05181.htm> (14. 5. 2003)

<http://www.sfu.ca/medanth/aimandscope.html> (14. 5. 2003)

## 116 INFORMATORJI

Pacientke in zaposleni v Kliničnem centru v Ljubljani na Ortopedski kliniki.

---

### BESEDA O AVTORICI

Jana Šimenc, diplomirana etnologinja in kulturna antropologinja, podiplomska študentka na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani. Ukvarja se z medicinsko antropologijo. Z raziskavami v bolnišničnem okolju je izvedla pionirsko delo v slovenski etnologiji/antropologiji. Raziskuje medicinske sisteme (največ biomedicino), produkcijo, distribucijo in razumevanje znanstvenega vedenja, biomedicinsko tehnologijo ter alergije kot pojav, ki z razposajeno simptomatiko izziva biomedicinsko klasifikacijo ter simbolno resničnost. Zanimajo jo odnosi med simptomi, okoljem, oblikami zdravljenja ter utelešenimi izkušnjami.

### ABOUT THE AUTHOR

Jana Šimenc has a degree in ethnology and cultural anthropology; she is presently a postgraduate student at the Department of Ethnology and Cultural Anthropology of the Faculty of Arts, Ljubljana. Her studies focus on medical anthropology. Her research of a hospital environment is a pioneer work in Slovene ethnology and anthropology. Her research work includes medical systems (mostly biomedicine), the production, distribution and understanding of scientific behaviour, biomedical technology, allergies as a phenomenon with erratic symptoms that challenge biomedical classification, and symbolic truth. She is mainly interested in the relations between symptoms, the environment, treatment methods, and embodied experiences.

---

### SUMMARY

#### REVEALED DIMENSIONS OF EVERYDAY HOSPITAL PRACTICES

The article investigates a medical anthropological theme – biomedicine (the western health system) in an urban environment. It first presents the anthropological tradition of research into biomedical themes. The literature survey mostly includes sources from the Anglo-Saxon environment, where the leading medical anthropological schools are based.

The discipline's rather shaky methodological foundations were stabilised in the 1980s when the first serious treatises on the biomedical system as a socio-cultural phenomenon were published. In the following decade, the first anthologies on the anthropology of medicine

were published, as well as an increasing number of monographs. The interest of anthropologists in this area of research is constantly growing in line with the developments of biotechnologies (epigenetics), the emergence of previously unknown diseases, ethical dilemmas, feminist programs, the crisis of biomedicine, its discourse and the symbolic world, as well as many other socio-political phenomena that have an impact on the individual and his health and diseases.

After a brief literature survey, the author turns to her research work at the Orthopaedic Clinic, Clinical Centre Ljubljana; here she is primarily interested in the execution of everyday biomedical practices in a concrete hospital room. Based on observation and interviews with patients and health workers, she discusses the hospital space, the construction of the biomedical body and the understanding of diseased bodies, the ritual of social transition that take place at the time of hospitalisation, clinical discussions and terminology, students' practical exercises, and ways of obtaining information. She also describes the course of a day in hospital, the administration of physiotherapy exercises and the patients' group experience of disease, the importance and understanding of the doctor's round and, lastly, surgery. The article's conclusions include the author's findings on the embodied experiences of patients in the hospital and the impact of the hospital environment on the individual, the responses of society to the diseased, the doctor-patient relationship, and the state of our health system.

The article finishes with proposals for the improvement of the system and the success rate of treatment and by answering the question where and why an anthropologist may have a function in the health system, and in what ways medical anthropology may contribute to improving the conditions in the health system.