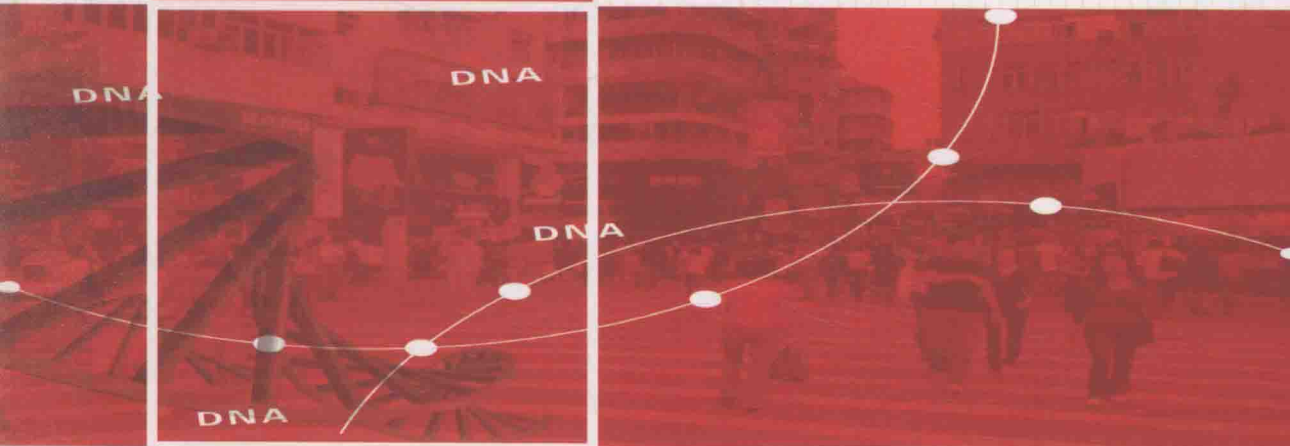
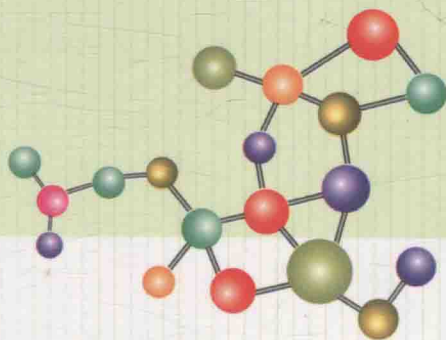


医学社会学基础

YIXUE SHEHUIXUE JICHU

主 编 王志中 王洪奇



医学社会学基础

主 编 王志中 王洪奇
副主编 李薛嘉 姚尚满 任玲艳
编 者 程景民 王 丽 任晓丽
李文言 景虹雅 宗苏秋
何志晶

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

医学社会学基础/王志中,王洪奇主编.

-北京:军事医学科学出版社,2013.6

ISBN 978-7-5163-0247-7

I. ①医… II. ①王… ②王… III. ①医学社会学

IV. ①R-05

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第112331号

策划编辑:李霞 责任编辑:李霞

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:三河市双峰印刷装订有限公司

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:13.5

字数:324千字

版次:2013年7月第1版

印次:2013年7月第1次

定价:29.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换



前言

F o r w o r d

随着医学模式的转变、《国际医学生培养标准》的引入和《中国医学生培养标准》的出台,医学生综合素质培养日益引起医学教育界的重视。而近年来医学(医疗)领域频发的社会问题也促使人们对医学与社会的关系进行重新思考。我们的医学教育应该怎么适应这一系列的变化,如医学教育课程体系怎么进行改革、非医学内容如何进入、怎样的教育才能更好地帮助医学生完成社会化等等,均需要研究。在这一背景之下,我们面向全体本科生开设了《医学社会学》选修课,经过三年的实践,课程日趋成熟,也受到了学生的普遍欢迎。《医学社会学基础》就是结合课程进行探索的产物。

本书由王志中、王洪奇教授提出编写提纲并组织作者完成编写工作。每章由相应作者独立完成。各部分的作者分别是:绪言,王志中;第一章,程景民;第二章,李薛嘉;第三章,任晓丽;第四章,王丽;第五章,任玲艳;第六章,李文言;第七章,景虹雅;第八章,宗苏秋;第九章,姚尚满;第十章,何志晶;第十一章,王洪奇。三位副主编各自承担了部分稿件的统稿工作,分别是:李薛嘉,第一、三、八、九章;姚尚满,第四、五、六、七章;任玲艳,第二、十、十一章。

在本书编写和出版的过程中,得到了多方面的支持和帮助。我们特别感谢被参引文献的作者,是他们的劳动为我们的工作奠定了基础;特别感谢军事医学科学出版社领导与李霞编辑,是他们的坚持和辛勤劳动保证了本书的顺利出版;特别感谢山西医科大学领导及人文社会科学学院的全体同仁,从不同的角度对于本书的撰写和出版给予了大力支持。

同时,也感谢我们自己,我们努力地完成了一件工作,虽然还有诸多不尽如人意之处,但毕竟,这一步终于迈出去了。

本书的编写虽然起步较早,但因为各种原因,写写停停,耗时较长,书中肯定有很多不足之处,恳请读者提出批评建议,我们一定接受。如果有再版的机会,我们必将博取众家之长,争取做得更好。

王志中 王洪奇
2013年5月16日



目 录

Contents

绪 言 关于医学的社会性	(1)
第一章 医学社会学概述	(8)
第一节 医学社会学的定义和内容	(8)
第二节 医学社会学的产生和发展	(15)
第三节 国内外医学社会学现状特点和发展趋势	(21)
第二章 医学社会角色	(24)
第一节 社会角色概述	(24)
第二节 医生角色	(26)
第三节 护士角色	(30)
第四节 患者角色	(33)
第五节 其他角色	(36)
第三章 医疗人际关系	(41)
第一节 医患关系	(41)
第二节 医际关系	(46)
第四章 医学社会组织	(50)
第一节 社会组织与医学社会组织	(50)
第二节 医疗行政组织	(53)
第三节 医院	(59)
第四节 医学社会机构	(65)

第五章 医疗社会行为 (69)

第一节 社会行为与医疗社会行为 (69)

第二节 健康行为和不良行为 (72)

第三节 求医行为与遵医行为 (76)

第四节 施医行为与救助行为 (79)

第五节 医疗社会保健 (82)

第六章 医疗社会政策 (87)

第一节 社会政策和医疗卫生政策 (87)

第二节 医院和患者的相关法规 (93)

第三节 国家药物政策及基本药物 (96)

第四节 药品的分类管理制度 (100)

第五节 国家药品储备制度 (106)

第七章 医疗社会保障 (111)

第一节 社会保障与医疗社会保障 (111)

第二节 世界范围的主要医疗社会保障制度 (116)

第三节 我国医疗社会保障的现状与改革 (122)

第八章 医学社会问题 (128)

第一节 社会问题与医学社会问题 (128)

第二节 医疗越轨 (129)

第三节 药物滥用 (133)

第四节 过度医疗 (136)

第五节 非正常涉医现象 (138)

第九章 医学社会教育 (144)

第一节 社会教育与医学社会教育 (144)

第二节 医学国际教育 (147)

第三节 医学社会教育实施的思考与对策 (152)

第四节 继续医学教育 (155)

第十章 医学发展的社会动力及社会化趋势 (165)

第一节 社会需要与医学发展 (165)

第二节 医学发展中的社会性因素 (167)

第三节 医学模式的发展变化对医学发展的影响 (170)

第四节 医学社会化提出的新要求和新问题 (174)

第十一章 社会科学研究方法..... (181)

第一节 课题、事实与假设 (181)

第二节 逻辑方法 (184)

第三节 社会调查与社会统计方法 (197)



绪言

关于医学的社会性

医学从来不是医生或者医学研究者个人的事,它一直是以一种社会性的事物和现象而存在的。作为对于医学社会学思考的开端,首先确认的是在现代社会,医学和社会学的交叉已经成为必然之势。社会学是研究社会良性运行的科学,而医学社会学自然基于二者的结合,从医学的角度研究社会,从社会的角度思考医学,从协调发展的角度研究促进人类健康进而为社会的良性有序健康运行提供帮助。建构一个科学的医学社会学体系,深化学科研究,对于医学社会性的思考首当其冲,即怎么使我们的医学和社会找到契合点,这是解决问题的切入口,医学社会学存在的必要性和可能性自此而生。笔者以为,医学的社会性至少可以从以下一些方面得到启发。

1. 医学目的和主体的社会性 医学的根本意义就在于保护和增进人类健康。而健康本身就是一个社会性的概念。世界卫生组织关于健康的新概念已经得到了普遍的认可,即“健康不仅仅是没有疾病或虚弱,而且是身体、心理和社会适应处于完满状态。”健康不再是单纯的没有疾病,而是有了更高要求。随着社会的不断发展,人们物质生活的提高,健康意识越来越强。人们不再只注重疾病的治疗,而是疾病怎样防范,健康怎样保持。国民健康已经成为社会进步的重要尺度,全球范围内对健康的愈加重视已经凸显健康在人类社会中的地位和作用。现代社会已经进入风险社会。人类健康所面临的诸多威胁要求社会的、政府的行为与医学的互动。健康作为一种基本人权,必然要求国民健康的普遍性和一致性,至少在重大疾病的预防和基本医疗方面应当对所有国民无差别,然而不管是发达国家还是发展中国家,居民承担健康风险的能力是非常有限的。只有政府才能真正担负起这一社会责任,至少承担起与社会经济发展水平相适应的基本卫生服务,以满足国民的基本健康需要,医疗卫生事业的根本宗旨就在于此。从医学的社会性出发,医学的目的和医学理念已不仅仅局限于治疗疾病,即传统意义上的“救死扶伤”,而是从更高、更完整的层面即促进人类的健康。

与医学目的相联系的是医学的主体。通常意义上,医学的主体应该是医疗卫生服务机构的从业者、医学教育机构的从业者、医学科研机构的从业者、医学行政管理机构的工作人员等对于医学的存在和发展起决定作用和保证其正常运行的这一部分人群。社会给了医学以专业上的“垄断权”,严格的准入和较高的门槛保证了职业的严肃性和崇高性,同时,医学专业理应对社会有所回馈,回应社会的常规和急需的医疗保健和公共卫生任务。实际上,医学主体还应

该包括病人及其家属,在某种程度上,他们也应该也必然成为医学的主体。医学的发展、医疗服务及科研的进行离不开病患的主动配合,病人家属则是照顾者和医疗活动的协助者。所有这些医学社会角色本身又是社会人,他们处于复杂的社会关系巨大系统中,使医学具有了更强、更广的社会性。

2. 医学对象和活动的社会性 医学的对象是疾病和患病的人。疾病的内涵是包括了社会因素的,患病的人更是一个社会性的高级动物,医学的对象如果抽掉了社会性,就会失去其存在的意义和价值。我们知道,疾病的发生和发展是社会的,界定疾病的标准也不可能是单一的生物学指标。健康必须考虑身体、心理和社会三方面的适应情况,疾病亦然。患病的人具有多维性,患病以后不仅有身体上的改变,而且更有其心理的感受和社会功能的改变。病人角色至少具有三种含义:躯体器官有功能性和器质性病变的客观症状和体征,即所谓疾病(disease);心理上有主观的不适感觉,称之为病感(illness);生病后往往难以履行自己应负的许多社会责任,例如不能正常学习、工作,生活需别人照顾等,称之为病患(sickness)。健康与疾病不仅是生物医学研究的对象,也是社会医学和医学社会学研究的重要方面。健康与疾病不仅是自然现象,同时具有社会的原因,因此也可以作为社会现象加以研究。从社会学视角看,健康是人类生存发展的要素,它属于个人也属于社会。疾病既是个体的问题也是一个社会问题,因此需要从不同的层面加以研究和关注。同时,健康和疾病又是一个动态的观念,人类的疾病观和健康观随着社会发展、生活水平提高、科学技术进步而不断变化。

现代社会,疾病谱以超出我们想象的速度在变,由传染病、营养不良性疾病变为慢性退行性疾病,行为环境因素取代了理化生物因素成为主要的致病因素,这些变化更体现出医学是社会性的事物。以目前居于前三位死因的心血管疾病、恶性肿瘤和脑血管疾病来说,都包括有心理紧张、吸烟、环境污染等心理社会因素在内,至于公害病、交通事故、自杀、吸毒、酗酒、饮食过度、因犯罪率升高和“家庭瓦解”以及其他种种心理社会因素而引起的心因性疾病的广泛发生,则更主要是心理、社会因素。人们的疾病大都不是来源于自然的新陈代谢,而是生活方式。医源性的、药源性的、食源性的,环环相扣,层出不穷,此伏彼起。尤其后者,是医药本身左右不了的社会现象,如地沟油、瘦肉精、苏丹红、皮革奶、注水肉、假羊肉、黑水大米、剧毒生姜等等,无一不对民众的健康构成了危害,增大了医学和医疗的压力。郭时印等从后医学时代背景出发,分析了食源性疾病,认为食源性疾病就是与摄食有关的一切疾病,既包括与摄食有关的急性中毒、传染性疾病,又包括因饮食方式不当和不科学导致的慢性退行性疾病。食源性疾病的发主生主要取决于三种因素的影响:可能的食品危害(包括各类污染和营养成分、营养元素)、危害发生的概率、食品消费者对危害识别的能力和身体对危害的敏感性,这三种因素都与人及其社会活动有关,都会受经济、文化、社会阶层等方面的影响,具有很强的社会性。这些问题的解决恐怕不是医疗机构和医生力所能及的,是要借助于社会医疗的。这里的“社会”绝不仅仅是医学模式改革上的社会,而是纳入国家宏观布局上的社会,先治“社会病”,减少人类自身不当行为对人群的伤害,可以减轻给医学所带来的巨大的压力。

3. 医学内容和模式的社会性 医学的内容有什么?恐怕是个见仁见智的问题。医学科学已发展成一个学科群,包括有生命科学、保健科学和医学社会人文科学等三个相互联系的系统。因此,现代医学的内容,已经不仅是单纯的疾病防治的科技知识和经验,还有着日益丰富的社会性的内容。从广义上讲,凡是涉及疾病和健康的问题,例如前述的对于医学本质的研究、对于医学对象的研究、对于疾病与健康的研究等,都是医学研究和医疗活动的内容。在此,



我们主要从医学内涵和医学模式的角度认识。医学内涵可以从小医学和大医学考虑。小医学主要就是医疗,大医学则包含着更多的内容,如包括预防、医疗、康复、保健的社会性、全过程性医学结构。再如日常所说的医疗卫生事业,包括医疗保障、医院服务、药品供应、公共卫生、医药监督、医学教育等领域无疑都是医学所应包括的,这些也是民生事业,关系着国计民生,关联着国家稳定发展。

医学模式自然是医学的内容,它可以用来勾画医学科学和医学实践总的特征。医学模式经过了一个发展过程,这一过程与社会发展程度呈正相关,也体现了人们对于医学和社会关系的认识过程。最早是存在于奴隶社会之前的远古时期的神灵主义医学模式。后来是首先在文明古国如古埃及、古印度、古希腊、古中国诞生的自然哲学医学模式。再后来是跟随近代社会一同到来的,从15世纪下半叶至20世纪中叶的生物医学模式,它立足于生物科学尤其是分子生物学和细胞生物学的基础上,认为疾病完全可以用偏离正常的、可测量的生物学(躯体)的变量来说明,在今天其依然是占统治地位的医学模式。但是,社会经济的发展和医学本身的发展,越来越显示出生物医学模式有着重大的缺陷。生物医学模式不仅在精神病和心因性、功能性疾病方面束手无策,即使在原因明确、病理变化明确的躯体疾病方面(例如结核病、冠心病等)也不能畅通无阻。在现代工业化社会中,传染病、寄生虫病、营养缺乏已经不再是威胁人们的主要疾病,取而代之的是与心理性、社会性因素有关的疾病的显著增高。正像美国纽约州罗彻斯特大学精神病学和内科教授、著名医学理论家恩格尔(Engle)所说:“这种模式认为疾病完全可用偏离正常的可测量的生物(躯体)变量来说明。在它的框架内没有给病患的社会、心理和行为方面留下余地。生物医学模式不仅要求把疾病视为独立于社会行为的实体,而且要求根据躯体(生化或神经生理的)过程的紊乱来解释行为的障碍。任何不能作如此解释的障碍都必须从疾病范畴中排出去。”1977年,恩格尔教授实现了在医学理论上和实践上的突破,提出了生物-心理-社会医学模式,认为“一个健康和疾病的全面观点,应该包括生物学、心理学和社会学的相互作用”,保护与促进人类健康,要从人民的生活环境、行为、精神和卫生服务等多方面努力。这个观点发表后,立即引起了世界医学界的重大反响,现在已经成为全世界医学界从理论上广泛接受的医学模式,实践上的转变正在进行之中,虽然困难重重,但从未停下脚步。2005年初,世界卫生组织公布:人类三分之一的疾病通过预防保健是可以避免的;三分之一的疾病通过早期检查的发现是可以得到有效控制的;三分之一的疾病通过信息的有效沟通能够提高治疗效果。在新医学模式之下,人们越来越认识到,光用生物科学和生物大分子的改变来解释疾病和防治疾病,已经不够了,而必须把人作为包括自然环境和社会环境在内的生态系统的组成部分,从生物的、心理的、社会的水平来综合地考察人类的健康和疾病,并采取综合的措施来防治疾病,增进人类健康。医学越来越开始成为一项社会性的事业。

4. 医学关系和医学责任的社会性 医学关系是社会关系的一类,本身又是一个多元的集合体,发生在医学行为中的所有相关各方的关系都可以称之为医学关系。常见的有医患关系、医护关系、医社(工)关系、医际关系、护际关系、医管关系、护管关系等等,所有这些关系构成具有社会性的医学关系系统。这其中,医患关系是最受人关注的一对基本关系,或者说是医学社会关系系统的核心关系。有学者认为,医患关系是在运用医学技术为患者诊治疾病过程中所形成的一种特殊关系,医学有着自身的规律性,但医学技术的运用受到其社会性的影响,从而使医患关系在社会变迁过程中出现了新的特点,反过来又对医学技术的运用产生了新的影响。在近些年来,医患冲突似乎成了医患关系的代名词,医务工作者的“白衣天使”转变为“白



狼”，患者对医务人员的信任度极大地下降。其影响是两方面的：一方面，医务人员的人身安全受到了威胁，暴力伤医事件接二连三，经常冲击人们的视线和已经脆弱的神经，广大医务人员很受伤。有的医院开始给主要大夫配备保镖，有的医院的医护人员头戴钢盔上班，有的医院组织护院队且配备钢叉等“武器”，公安部下令各地公安要派员给二级以上医院“保驾”，医院成了“堡垒”，医院成了“战场”。另一方面，医务工作者自我防范意识大大地增强，相应的探索精神在“减弱”，过去弘扬的是“只要有1%的希望就做出100%的努力”的医学精神，现实却是让患者做更多的检查，保留更多的“证据”以规避风险，甚至有人采取“只要有1%的风险就做出100%的放弃”的现实主义态度。患者也很受伤。更让患者不堪的是，个别医生和医院把患者当作了生财机器，必欲盘剥净尽而后快，“慢刀”和“快刀”结合起来，一刀一刀割得患者及其家属“血淋淋”的，损害的是整个医疗系统、医院、医生的形象。医患矛盾、医患冲突、医患攻防，反映的均为不正常的畸形的医患关系，某种程度上是社会矛盾和社会关系紧张在医疗领域的延伸。个别医者认为“看你们（患者）再闹，最后受害者还不是你们？！”实质是，这个现象伤及的又岂止是患方呢？没有了患者的配合，医学的发展、医生的生存、医院的壮大又从何谈起？从长远看，这场斗争中没有完全的胜利者，必然是两败俱伤。医患关系在本质上应该是一种以医务人员为主导的合作关系，因为他们面对着共同的敌人——疾病，双方的对立和冲突显然不利于战胜疾病。只要医务人员以科学的态度和严谨的作风对待医学、医疗活动和患者，对医学多一份赤诚，对患者多一份爱心，只要患者对医学多一份尊重，对医务人员多一份理解，通过建立健全法制，医患之间这种合作关系就完全可以建立起来。医学的渗透性深刻地改变着社会，医学的进步也需要良好的社会空间，这样才能还原医学的本质，否则这种偏离将越来越远。

医学责任，应该是医学关系中各方所负的责任，这是一种社会责任。医院、医务人员有救助患者，维护健康的责任。在当代社会，作为窗口行业，还必须要有维护和倡导公序良俗的责任。医院和医务工作者需要站在这样一个高度来认识自己所肩负的使命和承担的责任：医院是社会主义卫生事业的重要组成部分，是推进医学技术的重要力量，是“济群生”、“普救含灵之苦”的场所，医务工作是最主要的“操盘手”和引领者。病人在求医的过程中，也有责任，那就是积极地恢复健康，重新回归健康人群，投身正常的社会生产和社会生活的责任。负责任的大夫和负责任的病人的结合，会极大地提高医疗效率。此处，还有一个深层次的问题，即谁该对疾病负责？也即疾病的责任，是病人的吗？实际上既是个人的，也是家庭的，还是社会的。因而医疗保障也必然是社会的。我国老一代著名的社会学家、优生学家、民族学家和教育学家潘光旦先生早在1934年就对疾病的社会性提出过自己的认识，而且已经得到了现实社会发展和疾病发展的印证。潘光旦先生分析了当时上海医生的所谓“过剩趋势”，医疗广告的“标新立异、勾心斗角、互相攻讦”、无限夸大疗效欺骗病人的现象，医师诊金太高、自重身价、“往往一次出诊之费或手术费，便足供贫人一年的需用”等等现象，认为这些都要医师个人来负责，当然这未免过火了些。他认为，这个问题的根本症结，还是制度问题，或者说是观点问题。一向我们都把疾病看做个人的事，个人应负责任（正如我们从前对犯罪的人一样），因之在医师们，也就不免把行医看做纯粹个人间的私事，既属私事，对社会当属无责任可言。因有把疾病看做个人的事，所以穷人生病以后，只有自叹命薄，没有向社会要求诊治的权利，活算是他的幸运，死了也没有任何人觉得有些不安于心。这种观点，显然是错误的：第一，疾病之来，不是个人的责任，例如营养不良；第二，疾病影响所及不限于个人，传染病不消说了；假如病者是一家的主要劳动力，则全家的衣食便马上发生问题。只有把疾病应由个人负责的观念打破了以后，



我们才可有希望去提高那日在下落的医业道德;只有把疾病看作社会的事以后,我们才有理由去“统制”医师的营业。

5. 医学问题和困惑的社会性 具有社会性的医学问题,也可以称之为医学社会问题。当前阶段,医学、医疗、健康等领域社会问题进入了高发期,甚至已经影响到了医学的正常发展、医疗的正常运行、健康的正常维护,加剧了社会紧张。上文所述医患关系的“畸化”自然是极大的社会问题,医患冲突案件呈现日益频发、日渐恶性(从挨骂到挨打,直到今日挨刀)的趋势,不断占据着媒体头条,医患冲突已经成为当今社会无法承受之痛。亚健康是最集中的社会问题,医学界和媒体关注甚多,已经给予了很多的研究和大量的报道,在此无需赘言。过劳死的问题越来越引起国人的关注和探讨,也是让医学大伤脑筋的社会问题。过劳死的特征是在岗死亡、英年早逝、男多女少、白领为主、亚健康前兆、猝死为主。过劳死现象的频频发生,有着深刻的、多方面的经济社会背景 and 影响因素,有经济社会转型、竞争加剧、社会压力增大和医疗保障制度不健全等。社会压力的增大,是现代社会和现代文明的一个负面影响。这种社会压力包括几个方面:工作的压力太大,社会不公的压力,社会流动的压力,信息爆炸的压力。过度医疗和医疗伤害同样成为了严重的世界性的社会问题。《健康报》在1999年5月29日曾报道过,据世界卫生组织的死亡统计证明,全球有1/3的死亡是由滥用药物或医疗原因引起的。再如,抗生素滥用的问题一度几乎失控,大处方、过度检查、过度治疗的问题更是普遍,使医患双方都有不能忍受之痛,以至于卫生行政主管部门不得不下重拳进行治理,国家必须出重典用以规范。卫生资源配置不合理是医疗卫生管理中的一个根本性社会问题。国家投入方面的悬殊,技术结构的失衡,城乡之间的巨大反差,使城乡居民无法选择适宜的医疗服务提供者,从而提高了医疗费用支出;城市医疗机构的集中,医疗设施的重复建设,医疗设备的重复购置,既造成资源浪费,又带动医院医疗成本大幅度上涨,加大了本已捉襟见肘的财政补偿难度。这些问题,加上又为全体国民提供与社会经济发展水平相适应的基本医疗保险,这就不是医院和医生能够承担的,需要社会的协助,更需要政府的主导。面对众多的医学问题,王一方先生在一篇文章中写道:“当下,改革者、管理者的最大困惑是道德偶像的感召、仁爱之心与博爱情怀的宣导无法抵御技术崇拜下制度化的商业贪婪。君不见接诊之后就进行拉网(套餐)式的系统(过度)检查,病房里片面追求新、高、洋、贵,摒弃验、便、土、廉的诊疗决策。抗生素满天飞,吊瓶满天飞,支架满天飞,钉子满天飞。医务界为此付出沉重的代价,他们得到真相,却失去了真诚,也失去社会大众的信任;发现了真理(论文、头衔满天飞),却失去了真谛(医学不是为真理而真理的学术,而是普救含灵的技艺),也迷失了职业价值。”

医学问题的频发,阻碍了医学的进步和健康事业的发展,不仅仅引起了社会学家们的关注,也引起了医界名家和医学人文学者的思考,他们试图从社会、从人文那儿寻找答案和寻求对策。在2005年中国名医论坛上,著名矫形外科专家秦泗河先生发表演讲时指出,20世纪的医学发展仿佛从“上帝”那里获得了“魔杖”,奇迹不断,霞光漫天。然而对医学成就喝彩的同时,严酷的医学现实促使人们沉思、感叹、遗憾!甚至部分人对现代医学和从事医学工作的人,迸发出愤懑的情绪与清算的吼声!高新技术的冷峻和客观渐渐替代了原本与医学融为一体的亲情和仁爱,各门科学、各个行业广泛渗透的现代医学研究,更多地关注技术与人体局部的细节,关注医学的巨大市场和巨额的经济效益。医学技术的发达与人文伦理的错位,学术的攀升与道德的下降,资材的巨大消耗与社会健康保障的极大不公正,医疗的过度干预与情感的匮乏——凡此种种,凸现了当代医学与社会发展的矛盾,失落了广大民众对新医学发展前景的期



盼,医学怎么了?医学研究生命,但自身的生命感正在逐渐衰落,原本起源于文化的医学为什么会发生人文贫血、职业冷漠?医患关系的紧张,是民众对医学仁、慈、善职业的过高期盼?还是医学自身机制与运转秩序的平衡失调?医学与临床医生在社会转型中的定位到底是什么?文化发展的方向是在前方还是重追过去?进入21世纪,人的医学和从事医学工作的人,依然在沉思中探索。王一方先生也写出了他的担忧:“或许再过若干年,新世代的历史学家会这样描述我们今天的医学,‘这是一个变革的时代,医改成为人们热议的主题和探索的方向。这也是一个医患之间冲突频发的时代,一个公众疾苦观、生死观、医疗观畸形的时代。技术飙升与道德迷茫并存,人们对于医学、医疗的期待异常高,对医疗技术、金钱极度崇拜,在高支付与高技术的光环之下,一切痛苦都应该免除,一切死亡都是非正常死亡,都是不正当的,都是医学、医院、医生的失职、失误与过错,都可以通过冲突的方式赢得社会(媒介社会)的同情和商业补偿。一时间里医学被污名化,医生被妖魔化,医患关系呈现恶化’”。对于这些难题的解读和解决,远非传统医学本身能够做到,必须要寻求人文学、社会学的帮助。因为这些问题已经超出了医学的范围,成为社会问题。

6. 医学学科和医学研究的社会性 这个问题是关于医学的学科归属的问题。医学属于自然科学,这本不是一个问题,现在也少有人完全否认医学的这一属性。问题在于,医学的对象是人,医学是人学,医学活动是社会性的活动,把医学仅仅界定在自然科学领域,已经不能适应当代社会对于医学的需要和医学自身发展的要求,伴随社会的进步,科学的发达,特别是在“以人为本”的现代社会,医学的社会科学属性越来越突出。

关于医学的社会科学属性,早在一百五六十多年前,就有医学专家做过论述。1848年,德国病理学家,细胞病理学的创始人魏尔啸(Rudolf Virchow)提出了他著名的公式化的思想:“医学是一门社会科学,政治只不过是大大尺度上的医学。”欧美著名医学家西格里斯(Henry E. Sigerist)曾发表《医生在现代社会中的地位》的论文,提出了一个著名的论断:“当我们考察到现代社会所赋予医生的使命的时候,我们很快便会发现医学的范围是大大地扩展了。医学已经从两个个体之间的私人关系,迅速地变为一种社会机构,它是一系列社会福利机构组成的长链中的一个环节。医学,通常被看成是一门自然科学,实际上乃是一门社会科学。因为医学的目标是社会的。医学的主要目标必定是保持个体和环境的调适,成为一个有用的社会成员,或者当他们因为患病而脱离社会时使之重新调适。在与疾病作斗争中,医生每天用自然科学的方法,但是是为了实现一个社会目标。”1954年,在罗马召开的第14届国际医学史大会上西格里斯发表的演说《医学对文化进步所作出的贡献》中指出:“医学已经从社会的领域中,接受了很多信息,然而,假如医学发展成为一门社会科学之后,医学就会对社会学有越来越多的贡献。展望将来,我们会看到治疗将不再是医生的主要任务。虽然治疗仍会是医生非常重要的任务,但是,医学必须变为预防医学。医学的主要任务将是保持和增进健康、预防疾病,当预防失败时则加以治疗,并最终使先前患病的人康复,重新整合到社会中去。医生的工作场所将不再是坐在办公室里等病人来找他,而要深入到工厂、矿山、农庄、船队中去,到集合人们进行工作的地方去。医生的总部将是健康中心。在这种安排下显然需要医生与教育家、体育家、社会工作者、管理者和政治家密切合作。医学和社会学的关系将是非常紧密的”。美国哥伦比亚大学具有公共卫生研究背景的历史学教授大卫·罗斯纳在其《20世纪史》中“20世纪的医学”一章中写道:“在20世纪里,人类对疾病的体验以及疗效的期望发生了根本性的转变。公众对科学和医学洞察生命、治愈疾病的能力大为增加,公众对现代医学能力的态度和期望发生了根本



性转变。——生命更加乐观,更加信任医学,也诱发了过度投资与消费,过度期望的情绪,使得医学做下更多,抱怨越多(即医学的现代魔咒)。”他特别指出:“对医学日益增加的信任导致了似是而非的社会效果。疾病不再只是一个生物学事件,而是一个社会事件。疾病、健康与个人行为、美德发生了关联,决定了社会(阶层、规范)、经济、政治(身份、权利)对疾病的反应模式。”这些医学名家阐明了医学具有社会科学的性质,并且把医学的社会科学研究看成是未来医学发展的重要条件,这些见解至今仍然具有很大现实意义。

医学社会性的表现是多方面的,除上述分析之外,还有如医学社会组织、医学社会制度、医学教育等都是具有社会性的。医学社会学作为一门新兴学科,在反映医学的社会科学属性方面具有代表性。假如说,原有的基础医学、临床医学和预防医学课程,主要提供了生物医学知识与技能的话,那么,医学心理学、心身医学、心理治疗学等则主要提供医疗保健方面的心理学知识和技能,而医学社会学、社会医学、医疗卫生事业管理学等就从社会学和人际关系、人类行为等方面提供知识和技能。甚至可以说,医学作为一门社会科学,最主要的一个研究领域就是医学社会学。因为,医学法学、医学伦理学、医学政策学等是从某一个方面来研究医学和保健事业。因此,加强医学社会的教学与研究,对于促进医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变、对于改善医生、护士以及各种有关保健的人员的知识结构,提高医疗保健服务的水平,增进人们的健康是很有意义的。

(王志中)

参考文献

- [1] 宁德斌. 从医学的社会性探讨医患关系的内涵[J]. 医学与社会, 2004, 17(4): 10-12.
- [2] 刘增垣, 李美华. 第三状态与心身医学研究[J]. 医学与哲学, 2001, 22(1): 36-37.
- [3] 郭时印, 孙振球, 黄忆明, 等. 后医学时代食源性疾病的社會性分析及其控制[J]. 实用预防医学, 2010, 17(1): 199-201.
- [4] 元文伟, 戴国庆. 论医学的社会本质[J]. 中国社会医学, 1988, (2): 8-11.
- [5] 潘光旦. 疾病的社会性[J]. 书摘, 2002, (7): 49-50.
- [6] 王洪春. 过劳死: 拷问医疗社会保障制度的缺陷[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2006, 27(11): 19-21.
- [7] 王一方. 破解医患冲突困局, 该医学人文登场了. 见: 张大庆. 中国医学人文评论 2012[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2012: 4.
- [8] 秦泗河. 医学与人文 医生腾飞之两翼——谈医生的人文品格. <http://health.sohu.com/20050421/n225286475.shtml>.



医学社会学概述

随着社会学的成熟发展,其影响力已经广泛地向各个专业学科领域渗透,并与这些学科相结合共同开拓那些重要而又未曾开拓过的领域。这种渗透性是由其广泛、综合和强烈的应用性等特点决定的。其中必然将与医学相互渗透,相互结合。我们必须看到,尽管现代医学被看成是现代化的胜利,但却遇到很多瓶颈的局限,例如面对日益提高的医疗费用、面对普遍的慢性病和艾滋病等传染病,疾病纯粹的医学和技术观点显得过于狭隘。医学社会学就是在社会学与医学迅速发展的基础上相互融合而形成的交叉学科,它所涉及的研究领域既对社会学的发展有重要的意义,而且对医疗保健事业有着不可忽略的重要作用。医学社会学在研究中借助社会学的理论和研究方法,从行为学的角度对医疗保健事业有独到的贡献。因而医学社会学从形成到发展至今,越来越引起医务工作者及社会学工作者浓厚的兴趣。随着现代化医疗保健事业和社会学的不断发展,医学社会学的地位将会越来越重要。

第一节 医学社会学的定义和内容

一、医学社会学的定义表述

医学社会学是社会学与医学相结合而产生的一门新兴学科。由于医学和社会学的范围都很广泛,因此这两个领域结合而产生的学科往往有着不同的名称,例如医学社会学、医疗社会学、保健社会学、健康和患病的社会学、医学和病患的社会学、医学的社会学、医学中的社会学等。事实上,“医学”是一个很广泛的词,医疗、卫生、保健、健康、患病等,都在医学所包含的范围之内,因此医学社会学便成为更广泛使用的一个学科名称。

由于同样原因,人们在使用“医学社会学”这个名词时,对其所包含的具体内容亦常有或多或少的差异,并不存在一个统一的医学社会学定义。所以,国内外学术界对医学社会学的定义有过多种不同的表述。

(一)国外学术界对医学社会学定义的描述

医学社会学这一概念是19世纪美国医学家麦克英泰尔(C. McIntire)于1894年首先提出来的,他认为,医学社会学是“把医生本身作为特定群类的社会现象来加以研究的科学,也是



总体上研究医疗职业和人类社会关系的科学”。

20 世纪 30 年代以后,特别是 50 年代,美国的一些社会学家进入医学领域,医学社会学得到了较大发展。其中,1957 年斯特劳斯(R. Strause)在《美国社会学评论》发表的《医学社会学的性质和状态》提出将医学社会学分为“医学中的社会学”和“医学的社会学”两个领域。这种观点至今也被广泛地引用。在 1986 年出版的柯克尔汉(Cockarham)《医学社会学》一书中对这两个领域有着明确的说明。

医学中的社会学可以说是一种应用的研究和分析,主要是解决医学问题而非社会学问题。医学中的社会学家直接和医生及其他医疗保健人员合作,研究与某种特定的健康障碍有关的社会因素,试图直接应用于患者的医疗或者直接解决公共卫生方面的问题。医学中的社会学家所进行的工作任务,有一部分乃是分析健康障碍的病因学、社会对于健康态度方面的差异,以及诸如年龄、性别、社会经济状况、种族和部族、教育水平和职业等因素对于某种特定的健康障碍的产生和流行关系。这种分析旨在帮助医疗保健人员处理健康问题。因此医学中的社会学家通常的工作场所乃是医学院、护理学院、公共卫生学院、教学医院、公共卫生机构以及其他医疗保健组织。他们也可能在政府的卫生部门作生物统计学家、卫生计划员、管理人员和顾问。

医学的社会学则有着不同的着重点。它主要处理诸如医学实践中的组织、角色关系、规范、价值观念以及信念等人类行为的因素。它所着重研讨的乃是在医学领域中的社会过程,以及对这些社会过程的研究,如何帮助我们了解医学与社会,特别是帮助我们去了解一般的社会生活。可以说,并不存在什么“仅仅用于医学的”社会学的特殊学说和理论,医学的社会学和社会学中的其他所有领域有着同样的目标与理论,从而可以认为医学的社会学的特点在于从社会学的观点来研究和分析医学领域。虽然也有一些医学的社会学家受雇于卫生机构,但他们主要还是作为大学和学院中社会部门的教授存在的。

当然,“医学中的社会学”和“医学的社会学”是难以完全截然分开的,它们有着部分重叠的、密切的相互关系。但是,这两个领域在性质上是有明显差别的。简而言之,“医学中的社会学”是属于医学性质的,而“医学的社会学”是属于社会性质的,这种差别恰恰就是“社会医学”和“医学社会学”的差别。因此,我们最好把“医学中的社会学”归入“社会医学”,而把“医学的社会学”直接称为“医学社会学”。

对于医学社会学的研究对象,斯特劳斯在《医学社会学的性质和状态》文中提出医学社会学包括两个方面,一是研究疾病的生态学、病因学、健康和疾病的行为模式;二是研究医疗保健职业、机构及医护人员等。

虽然医学社会学的明显研究出现于 20 世纪 50 年代,但它的发展很快。如 1977 年版的德国《医学词典》对医学社会学的定义有了新的描述:“医学社会学是社会的分支,它研究社会条件与人们的健康和疾病的关系。提出医学社会学主要有两个主要研究方向:一,人与健康的一般关系以及对病因、病程、治疗、预防和康复效果的影响;二,社会结构的保健体制以及人群之间(患者、医生、护士)的社会相互关系的形成、发展和协调的规律性。”目前在美国,基本上是按照斯特劳斯的说法来确定医学社会学的研究对象,对医学社会学和社会医学未作严格区分。

(二) 国内学术界对医学社会学定义的描述

目前,国内学者对于医学社会学的定义并未形成一个统一的界定。

如刘宗秀、阮芳赋等认为,医学社会学乃是对医学中的社会学问题和社会学中的医学问题