



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

MEDIKALIZACIJA ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENA NEGA

MEDICALISATION OF HEALTH AND NURSING CARE

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidat: Elvis Kararić

Jesenice, april, 2023

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Katji Pesjak za strokovno pomoč, spodbudo in vodenje pri izdelavi diplomskega dela in Mateji Bahun, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela. Hvala tudi lektorici za lekturo.

Iskrena hvala moji družini za potrpežljivost, razumevanje in podporo v času celotnega študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Medikalizacija vsakdanjega življenja se pojavlja v vseh sferah družbe. Želeli smo izvedeti več o medikalizaciji zdravja in vlogi ter pomenu zdravstvene nege v tem kontekstu.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti glavne karakteristike medikalizacije zdravja ter vlogo zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije zdravja.

Metoda: Diplomsko delo temelji na pregledu literature. Uporabili smo različne podatkovne baze: spletni bibliografski sistem COBISS+, Obzornik zdravstvene nege, PubMed, CINAHL, ProQuest in Google Scholar. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: iskanje člankov v obdobju 2012–2022, dokumenti v angleškem ali slovenskem jeziku, dostop do polnega besedila in izvlečka brez plačila. Med ključnimi besedami smo uporabili Boolov operator za slovenski jezik »IN« in za angleški jezik »AND«. Za ključne besede smo uporabili besede oz. besedne zveze v angleškem in slovenskem jeziku: »medikalizacija«, »zdravstvena vzgoja«, »promocija zdravja«, »zdravje in zdravila«, »sodobne bolezni«, »medikalizacija in zdravstvena nega«, »medikalizacija in medicinske sestre«, »konstrukcija zdravja in bolezni«.

Rezultati: Vključenih je bilo dvanajst znanstvenih virov. Pregled gradiva je identificiral dve večji vsebinski kategoriji: karakteristike medikalizacije zdravja in vloga zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije zdravja. Vsebinski kategoriji sta bili oblikovani na podlagi prepoznavanja bistvenih kod. 23 kod je pokazalo, da medikalizacija zdravja poteka na različnih ravneh ter da je najpomembnejša vloga zdravstvene nege za zmanjševanje medikalizacije zdravja učinkovita promocija zdravja.

Razprava: Glede na karakteristike medikalizacije lahko zdravstvena nega najučinkoviteje prispeva k zmanjševanju medikalizacije zdravja le preko promocije zdravja. Pomembnost ravni primarnega zdravstvenega varstva kot tiste prve točke srečanja s pacienti daje zdravstveni negi težko nalogo – opolnomočenje posameznikov. Breme medikalizacije se lahko zmanjša le z vztrajnim in sistematičnim vpeljevanjem zdravstvenovzgojnega dela, motivacije in spodbujanja, kar bo paciente usmerilo k zdravemu načinu življenja.

Ključne besede: zdravje, bolezen, promocija zdravja, demedikalizacija

SUMMARY

Theoretical framework: The medicalization of everyday life occurs in all spheres of society. We were interested in learning more about the medicalization of health, as well as the role and significance of nursing care in this context.

Aim: The aim of this diploma thesis was to identify the main characteristics of medicalization of health and the role of nursing care in reducing medicalization of health.

Methods: The diploma thesis is based on a literature review. We used a variety of databases, including the online bibliographic system COBISS+, Obzornik zdravstvene nege, PubMed, CINAHL, ProQuest, and Google Scholar. The search criteria were as follows: articles published between 2012 and 2022, documents in English and Slovenian, and free access to the full text and abstract. We used the Boolean operators "IN" for the Slovenian language and "AND" for the English language when searching for keywords. We used the following words or phrases in English and Slovenian languages as keywords: "medicalization", "health education", "health promotion", "health and medicines", "modern diseases", "medicalization and nursing care", "medicalization and nurses", and "construction of health and illness".

Results: Twelve scientific sources were included in our research. The literature review identified two major categories of content: (i) the characteristics of the medicalization of health and (ii) the role of nursing care in reducing the medicalization of health. The two content categories were established based on the identification of essential codes. The 23 essential codes showed that the medicalization of health occurs at various levels and that effective health promotion is the most important role that nursing care plays in reducing the medicalization of health.

Discussion: Given the characteristics of medicalization, nursing care can most effectively contribute to reducing the medicalization of health only through health promotion. The importance of primary health care as the first point of contact with patients presents nurses with a difficult task - empowering individuals. The burden of medicalization can only be reduced through the continual and systematic implementation of health education, motivation, and encouragement, which guide patients to a healthy lifestyle.

Key words: health, illness, health promotion, demedicalisation

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 MEDIKALIZACIJA DRUŽBE IN ZDRAVJA	3
1.2 VPLIV MEDICINSKEGA IN TEHNOLOŠKEGA NAPREDKA NA MEDIKALIZACIJO	5
1.3 ZDRAVSTVENA NEGA IN MEDIKALIZACIJA	8
1.3.1 Vloga zdravstvene nege pri zmanjšanju medikalizacije	9
2 EMPIRIČNI DEL	12
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	12
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	12
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	12
2.3.1 Metode pregleda literature.....	12
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	13
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	14
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	14
2.4 REZULTATI	15
2.4.1 PRISMA-diagram	15
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	21
2.5 RAZPRAVA.....	22
2.5.1 Omejitve raziskave.....	27
2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo	27
3 ZAKLJUČEK	29
4 LITERATURA	30

KAZALO SLIK

Slika 1: PRISMA-diagram.....	16
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	13
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu.....	15
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov.....	17
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	22

1 UVOD

Medikalizacija je proces, ki osebnostne, vedenjske in socialne značilnosti prikazuje skozi prizmo biomedicine ter te zadeve opredeljuje kot patološke. Medikalizacija postavlja zdravstvo kot vrhovno avtoriteto, ki zdravi in obravnava številna osebna, vedenjska in socialna stanja (Lantz, 2019). Hofstad, et al. (2020) navajajo, da je koncept bolezni ključnega pomena za zdravstveno varstvo – tako teoretično kot praktično. Določa cilj medicine: odkrivanje, razumevanje, zdravljenje in/ali blaženje bolezni. Poleg tega ima normativno funkcijo pri razmejevanju, kdo je upravičen do pozornosti, nege in zdravljenja, odloča o družbeni vlogi in statusu osebe (npr. kdo je upravičen do bolniške odsotnosti in nadomestila). Zato je bolezen osrednji koncept v zdravstvu, pri oblikovanju zdravstvene politike in družbe nasploh. Kljub pomembni vlogi koncepta bolezni, ga je težko enotno opredeliti (Hofstad, et al., 2020).

Večina raziskovalcev medikalizacijo obravnava kot kategorijo oziroma stanje (neko stanje je medikalizirano ali pa ni), ne pa kot kontinuirano vrednost (medikalizacija se povečuje ali pa zmanjšuje). Obravnava medikalizacije kot kategorije postavlja tri analitične izzive: 1. raziskovalec mora najprej določiti, katera je tista točka, ko je neko stanje medikalizirano; 2. medikalizacija kot kategorija zmanjšuje pomembnost procesa naraščanja ali upadanja medikalizacije, 3. zanemari se dejstvo, da medikalizacija in demedikalizacija lahko potekata hkrati, obenem se spregleda, da je medikalizacija vsepovsod prisotna, demedikalizacija pa precej redka (Halfmann, 2012). Postavi se vprašanje, kje so razlogi za medikalizacijo in pretirano poseganje medicine v vse več sfer vsakdanjega življenja. Rezultat tovrstnega delovanja je pretirana osredotočenost na čim bolj zdrav način življenja, pogosti posveti in pregledi v zdravstvenih ustanovah ter odločanje za (ne)potrebne zdravstvene posege oziroma storitve. Trg ponuja številne zdravstvene storitve, na voljo je pester nabor zdravil in pravica posameznika do zdravstvene obravnave (Bulc, 2020). Ob tem se pojavi vprašanje o medikalizaciji stanj, ki so v nekih trenutkih veljala za naravna – menstrualni ciklus, potenje, diabetes, ravni holesterola, motnja pozornosti, krvni tlak, anksioznosti in ravni depresije itd. Navedeno je v nekih družbenih kontekstih veljalo za neproblematično, »normalno«, v sodobnih družbenih kontekstih pa se stanja problematizirajo (Gradišnik, 2018).

Koncept medikalizacije ima korenine v sociologiji, razumevanje koncepta pa je izjemno pomembno za razumevanje sodobnih zdravstvenih vprašanj. Pojem medikalizacije ni vezan le na upravljanje bolezni. Ko se govori o medikalizaciji, se govori o procesu in ne le o rezultatu; proces ima tako pozitivne kot negativne strani. Zdravstvo in pacienti pomembno vplivajo na medikalizacijo, za posameznike in družbe pa je medikalizacija pogosto škodljiva in predvsem finančno potratna. Nevarnost medikalizacije globalnih zdravstvenih vprašanj je, da bi preveč poudarila vlogo zdravstva pri zagotavljanju zdravja, definirala bi koncepte v odnosu do bolezni, strategije zdravljenja itd. (Clark, 2014). Skozi čas so se razvile številne nove strategije, kako nadzorovati zdravje in preprečevati bolezni (številne nove intervencije, predvidevanje bolezni še v obdobju zdravja ...). Slednje, skupaj z razvojem na področju genetskega inženiringa in novih tehnologij v zdravstvu, pospešuje medikalizacijo zdravja. Zdravstvo se na nov način povezuje s posamezniki in sistemi, predvsem je povezovanje zelo individualizirano (Contino, 2016). Zaradi krhkosti in končnosti človeškega življenja je želja po viziji in nadzoru nad našim prihodnjim zdravjem in telesno integriteto še posebej globoka. Trenutno smo priča vse večji medikalizaciji življenja, širitvi diagnostičnih in nadzornih tehnologij, namenjenih lažjemu upravljanju in obvladovanju neizbežnih ali potencialnih bolezni. Ta razvoj je tesno povezan s porastom in dostopnostjo informacij in podatkov, digitalnih tehnologij in umetne inteligence v zdravstvu, ki omogočajo množično zbiranje, obdelavo in analizo zdravstvenih podatkov tako posameznika kot celotne populacije (Jasper, 2020).

Vogt, et al. (2016) govorijo o t. i. znanstveno-tehnološkem holizmu, ki izvira iz tehnološkega in znanstvenega napredka v biologiji. Znanstveno-tehnološki holizem je usmerjen v preprečevanje bolezni in optimizacijo zdravja in kot tak nakazuje na razširjanje medikalizacije, ki jo avtorji poimenujejo holistična medikalizacija. Holistična medikalizacija pomeni, da je celotno življenje posameznika definirano skozi biomedicinske in tehnološko-znanstvene oči, vse je merljivo in podvrženo zdravstvenemu nadzoru (Vogt, et al., 2016).

1.1 MEDIKALIZACIJA DRUŽBE IN ZDRAVJA

Razsežnost medicinskega oziroma medikalizacije je prepoznana kot ključna težava sodobne družbe. Pretirano diagnosticiranje in zdravstvene obravnave imajo kot rezultat medikalizacijo vsakdanjega življenja, tehnologija je to omogočila. Zato so svetovne družbe v dilemi, do katere točke je medikalizacija koristna in kje se koristi prevesijo v škodo za človeka (Hofmann, 2015). Analiza medikalizacije družbe in družbenih problemov ima več razsežnosti. Potrebna je analiza samega diskurza medikalizacije, praks in identitet; vse naštetu na več ravneh: na makro, mezo in mikro. Posledica necelostne analize je, da raziskovalci določenega družbenega problema običajno preučujejo le nekaj njegovih vidikov, ne prepoznajo pa sprememb v medikalizaciji in tako zamudijo priložnosti, kjer medikalizacija in demedikalizacija potekata hkrati ter določena situacija oz. pojav postane medikaliziran ali pa demedikaliziran (Halfmann, 2012).

Medikalizacija se pojavlja v vseh življenjskih obdobjih človeka in vse bolj širi njegova področja bolezni. Kot primer Drglin (2012) navaja, da se v drugi polovici 20. stoletja pri ženski pojavi medikalizacija materinstva pri nosečnosti, pri porodu in negi dojenčka. Nosečnost, porod in nega dojenčka v veliki meri postanejo »last« zdravstva. Slatnar (2012) poimenuje medikamentozno zdravljenje novo nastalih zdravstvenih težav, ki so bile nekdanje popolnoma normalna in zdrava stanja medikamentalizacija. Medikalizacija v sodobni družbi farmacevtskih podjetij cveti, generirajo se vedno nove bolezni in bolezenska stanja, kot so npr. utrujenost, izgorelost, stres, akne, putika, depresija idr., za katera bo potrebna medicinska obravnava. Za mnoge bolezni, ki se na novo identificirajo, se ljudem ponuja rešitev – novo zdravilo in metode zdravljenja, s katerimi bi vsakdanje težave lahko olajšali ali odpravili (Gradišnik, 2018). Tako družba preko medikalizacije določenih problemov v reševanje lastnih stanj vplete medicino. Medicina na kontinuumu zdravja in bolezni v središče postavlja posameznika in posledično družba za reševanje lastnih stanj odgovornost prenese na posameznika. Medikalizacija stanj in procesov (nosečnost, starost, dojenje itd.) vodi v individualizacijo in subjektivno odgovornost ter odmik od objektivne družbene odgovornosti za stanja in procese. V jedro stopi posameznik in njegovo lastno reševanje problematike (Koren, 2012). Slatnar (2012) piše, da se današnja družba v kontekstu medikalizacije spreminja v vedno bolj zdravljeno in

potrošniško družbo. Zdravstveni delavci so priča vedno večjemu številu posameznikov, ki sami sebi postavljajo »diagnoze« ter od strokovnjaka pričakujejo le zdravilo.

Birrer in Tokuda (2017) pišeta o šestih dejavnikih, ki pomembno prispevajo k evoluciji medikalizacije: 1. osredotočenost na »velnes«; 2. farmacevtska industrija; 3. vzpon statistike in podatkov; 4. vloga medijev in svetovnega spleta; 5. razširjenost vloge in pomena raziskovanja, 6. pravo oz. pravdanje v kontekstu zdravstva.

Osredotočenost na velnes razlagata skozi dejstvo, da nas preplavljajo podobe popolnih teles in nasveti, kako naj ostanemo zdravi, ter skozi reklame o izdelkih, ki naj bi spodbujali dobro počutje. Nič čudnega torej, da javnost dodeljuje vlogo boleznim pri vsakem stanju, ki odstopa od domnevne norme. Družbeni koncepti se pogosto prevedejo v modele normalnosti in napačno je domnevati, da neuspeh pri posnemanju t. i. modela normalnosti pripelje do boleznim oziroma do bolnih posameznikov. Oblikovala se je problematična domneva, da je človeško telo popoln stroj ter da je vsaka nepopolnost lahko razumljena kot bolezen, ki jo je treba pozdraviti z zdravili. Seveda pozitivnega prispevka farmacevtske industrije k splošnemu izboljšanju oskrbe pacientov ni mogoče prezreti. Pomembna odkritja na področju zdravil se ne bi nikdar zgodila brez farmacije, financiranja in raziskav. Vendar pa ima in bo farmacevtska industrija imela mnogo koristi od procesa medikalizacije in je zato ena glavna gonilna sila procesa medikalizacije. Farmacevtska podjetja podpirajo raziskave, ki dokazujejo, da njihova zdravila delujejo pri "zdravljenju", statistične obdelave in podatki pa zagotavljajo vse bolj zapletene metode pregledovanja podatkov, ki omogočajo manipulacijo vsakdanjega življenja. Statistična dovršenost povečuje trend medikalizacije – če je neka ugotovitev predstavljena na prepričljiv način in so številke podpora, potem se domneva, da so zaključki utemeljeni. Vloga medijev in interneta je najbolj učinkovita v kontekstu vsebin – velik delež oddaj se vrti okoli neke zdravstvene težave. Nekatere vsebine služijo izobraževanju javnosti, druge pa pogosto z uporabo dejanskih podatkov sledijo izmišljenemu scenariju, zgolj za zabavo. Nevarnost pa je v ranljivosti javnosti. To ranljivost še posebej izrabljajo pogovorne oddaje, ki gostijo zdravstvene strokovnjake, ki imajo ugled ali pa tudi ne. Razširjenost in poznavanje raziskovanja namreč omogoča raziskovanje in dokazovanje raziskovalcem, ki z raziskovanjem in postavljanjem vsebin v želene kontekste dokazujejo svoje hipoteze (Birrer & Tokuda, 2017). Zanimiv je primer,

ki sledi. Znanstveniki so pričeli odkrivati nevrokemične in druge dejavnike v možganih, ki so osnova človeškega poželenja, privlačnost in navezanosti – na nek način so biološki gradniki ljubezni. Nevrobiolog Larry Young je na primer označil romantična ljubezen kot »pojavno lastnost koktajla starodavnih neuropeptidov in neurotransmiterjev«. Slednje vodi do razmišljanja, da bi zdravila, ki bi jim uspelo zmanipulirati naš možganski sistem, lahko ustvarila ali izničila našo ljubezen do nekoga. Novejše raziskave kažejo, da so takšna zdravila že v povojih in bodo lahko kmalu na voljo uporabnikom. Zdravila in druge nastajajoče tehnologije bodo torej lahko »okrepila« ali »zmanjšala« naše ljubezenske nagone, čustva in navezanosti. Ali bi takšne manipulacije sploh lahko bile upravičene (Earp, et al., 2015)?

Medikalizacija ima resne posledice za družbeni nadzor, moč, znanje, avtoriteto in osebno svobodo. Medikalizacija spodbuja odvisnost ljudi od strokovne oskrbe in zdravil, paciente spodbuja, da postanejo odvisni od zdravstvenega sistema. Če pogledamo kontekst zdravstvene oskrbe, je medikalizacija splošno prisotna. Začne se z medikalizacijo še nerojenega otroka (prenatalni pregledi), nadaljuje v življenja do otroštva (imunizacija) do odraslosti in starosti (splošni zdravstveni pregledi) (Sonika & Amarjeet, 2015).

1.2 VPLIV MEDICINSKEGA IN TEHNOLOŠKEGA NAPREDKA NA MEDIKALIZACIJO

Težnja k oceni in napovedovanju tveganj k individualnemu, preventivnemu zmanjševanju tveganja in nadzora nad prihodnjim življenjem in zdravjem sta vzporedna z vedno bolj intenzivnim procesom medikalizacije na globalni ravni. V zadnjih desetletjih se je diskurz o globalnem zdravju premaknil od pojma obramba pred konkretnimi, znanimi boleznimi proti strahu pred negotovostjo in neobvladljivostjo patogenov. To je privedlo do obsežne reforme, širitve in poglobitev upravljanja zdravja in biomedicinskega nadzora, ki temelji na dostopnosti podatkov in diagnosticiranja. Glede na to, da je pojav in širjenje novih bolezni še vedno v veliki meri nepredvidljivo, so se oblikovala prizadevanja za pripravljenost in odpornost (Jasper, 2020). Usmerjenost v prihodnosti na področja zdravstva ali drugih političnih področij tako nikoli ni le brezvrednostno, racionalno

ocenjevanje obstoječega in znanega. Instrumentalni razlogi, interesi in politične agende se pokažejo vedno, ko strokovnjaki, politiki in odločevalci izbirajo med vrsto možnih prihodnjih zdravstvenih scenarijev in izbirajo ukrepe v kontekstu teh možnih scenarijev (Osterholm, 2013). Značilnost pandemičnih napovedi pa je, da so pogosto »na robu uresničitve« – soočamo se z nikoli popolnoma prispelo točko bolezni, z boleznijo, ki ostaja nekje na obzorju, kot grožnja (Caduff, 2015). Sicer je že v začetku leta 1800 medicina začela plasirati idejo, da bolezni niso le neizogibni življenjski dogodki; zgodijo zaradi razlogov, ki jih je mogoče razkriti s povezovanjem kliničnih, epidemioloških in okoljskih podatkov z eksperimentalnimi ugotovitvami. Zato je boj proti boleznim, še preden se pojavijo, s spreminjanjem življenjskih oziroma zdravstvenih pogojev, naloga celotne populacije. Danes so bolezni pogosto videne kot odsotnost pogojev za ohranjanje zdravja – oseba lahko doživi srčni infarkt, možgansko kap ali celo prometno nesrečo kot posledico slabega nadzora nad številnimi dejavniki (npr. lipidi v krvi, krvni tlak, varnost na cesti). Poznavanje vzrokov bolezni in pogojev za nastanek bolezni povečuje možnost nadzora in ukrepanja še pred pojavom bolezni (Contino, 2016).

Hofstad, et al. (2020) navajajo, da poklici v zdravstvu razvijejo različne percepcije tipičnih bolezni in posledično različne obravnave. V raziskavi ugotavljajo, da psihologi kot najbolj tipična obolenja opredeljujejo vedenjska stanja, zdravniki, medicinske sestre in psihiatri pa ne. Nadalje so ugotovili, da prisotnost somatskih obolenj poveča tipičnost nekega stanja in posledično je vsako obolenje, ki je somatske narave, obravnavano kot tipično istočasno pa vsako netipično obolenje ni resne narave (Hofstad, et al., 2020). Poleg individualnih zaznavanj zdravja in bolezni se je treba zavedati še družbenokulturnih določil bolezni in zdravja v kontekstu družbenega razvoja. Tehnologija spreminja pomen bolezni oziroma našo percepcijo bolezni na treh ravneh: 1. zagotavlja orodja za definiranje bolezni – biomehanične analize, DNK-analize ...; 2. usmerja in oblikuje naše znanje o bolezni/zdravju; 3. bolezen/zdravje je opredeljena skozi tehnologijo, ki se uporablja v praksi – če lahko nekaj izmerimo, določimo in upravljamo, potem stanje lahko opredelimo kot bolezen (npr. krvni tlak, holesterol). Tehnologija pomembno sooblikuje naše zaznavanje bolezni in zdravja, sooblikuje v dobro in slabo (Hofmann, 2015).

V kontekstu medikalizacije družbe in zdravja se kažeta dve strani: negativni vpliv farmacevtske industrije na pacientovo splošno zdravje, na drugi strani pa mnoge bolezni ne bi bile uspešno zdravljene brez farmacevtskih odkritij in produkcije zdravil (Birrerr & Tokuda, 2017). Podobno velja za vpliv medicinskega in tehnološkega napredka na medikalizacijo. Možnosti genetskih testiranj in diagnosticiranja imajo za rezultat predvidevanje in preprečevanje pojava bolezni. Odpre se široko področje preventive, kjer se potencialna bolezenska stanja lahko prepreči; seveda ob predpostavki, da tehnologiji in znanju popolnoma zaupamo. Kajti v trenutku, ko skozi znanje in tehnologijo dobimo informacijo o potencialni bolezni, se moramo kot ljudje odločiti, kako se bomo odzvali – npr. diagnoze oz. prepoznave morebitnih zametkov Downovega sindroma pri plodu nosečnice; ali pa primer Angeline Jolie, ki je odstranila dojki, ker je preventivna preiskava pokazala, da je nosilka gena za raka na dojkah (Jasper, 2020). Pri takšnih in podobnih odločitvah nikdar ne vemo, ali sta znanje in tehnologija 100-% zanesljiva. Hofmann in Svenaeus (2018) ugotavljata, da obstaja 6 načinov, na katere medicinski in tehnološki napredek spreminja izkušnje bolezni: 1. razkriva bolezni, še preden se razvijejo simptomi (npr. krvni testi) – zavedanje bolezni; 2. razkriva prisotnost dejavnikov tveganja za nastanek bolezni (npr. genetski testi); 3. vpliva na in spreminja že obstoječo bolezen (npr. način kako merjenje krvnega sladkorja vpliva na dožemanje simptomov diabetesa); 4. nove terapevtske možnosti (npr. umetne oploditve); 5. spreminja družbenokulturne orientacije do bolezni in diagnoz; 6. spreminja naše lastne percepcije o bolezni in zdravju (Hofmann & Svenaeus, 2018). Širitev medicinske razprave in medikalizacije v vse družbene pore je prisotna vse od upada pomena religije kot vrhovne avtoritete. Tovrsten pogleda nam dá uvid, da medikalizacija prinaša v naša življenja tudi izboljšave, posledično boljše zdravje, kakovost življenja in čas življenja. Gradišnik kot primer navaja inkubator : »... in povečevanjem števila prezgodaj rojenih otrok ali otrok z nizko porodno težo, parov, ki lahko zanosijo s pomočjo umetne oploditve in podobno, lahko trdimo, da je vloga medikalizacije pomembno prispevala k boljšim izidom nosečnosti in poroda ali sploh omogočila doživeti to izkušnjo in eksistenco« (Gradišnik, 2018, p. 99).

Skozi zgodovino je religija pomembno vršila družbeno kontrolo nad sprejemljivim in nesprejemljivim. Po religiji smo bili priča vzponu razuma in medicine, ki je prevzela funkcijo religije in pričela nadzirati, kaj je prav in kaj ne. Medikalizacija se je utrdila kot

proces, ki družbena stanja pretvarja v medicinska, in tako izvaja nadzor ter tudi pritisk na posameznike (Prosen, 2014). Razvoj na področju zdravstva je naredil velik premik pri razumevanju zdravja in bolezni. Meje med boleznijo, predispozicijami in zdravjem niso več jasne kot v preteklosti in slednje je odprlo vrata medikalizaciji (Contino, 2016).

1.3 ZDRAVSTVENA NEGA IN MEDIKALIZACIJA

Zdravstvena nega kot del širšega sistema zagotavljanja zdravstvene oskrbe prevzema splošen fokus – aktivnosti zagotavljanja zdravstvene oskrbe so usmerjene v tveganja in deviacije od »normalnosti«. Slednje le šibko prispeva k zmanjševanju medikalizacije družbe, ki temelji na promociji zdravja in zmanjševanju patologij. Promocija zdravja se izvaja v kontekstu medikalizacije, v kontekstu, ki še zdaleč ni dovolj individualiziran, da bi v polnosti lahko prispeval k zmanjševanju medikalizacije (Silva & Sena, 2013). Zgoraj opisane spremembe vnašajo predrugačenje v celoten sistem zdravstvenega varstva. Ena od posledic za sodobno zdravstvo je tudi ta, da medicina postopoma izgublja svoj primat nad procesi zdravljenja. Namreč, zdravstveni sistemi so del družbe in tako tudi zdravstveni sistemi reagirajo na determinante zdravja ter omejitve »klasičnih pristopov« medicine (Lantz, 2019). Cena zdravja in zdravljenja v sodobnih družbah narašča, zato se zdravstveni sistemi usmerjajo k zmanjševanju stroškov, izboljševanju kakovosti oskrbe ter k izboljševanju javnega zdravja oz. zdravja posameznikov. Osredotočenost na zdravje populacije v okviru izboljševanja zdravstvene oskrbe pa je spodbudilo aktivnosti na področju upravljanja javnega zdravja (Whittington, et al., 2015). Eretilna disfunkcija, osteoporoza, žalost, bolečina ob izgubi ... so stanja v vsakdanjem življenju, ki v sodobni družbi predstavljajo dobiček skozi zdravljenje. Nekdaj neproblematična, danes pa stanja, ki potrebujejo obravnavo – raziskave, testiranja, postavljanje diagnoz in seveda izbiro zdravila (Bulc, 2020). Medikalizacija se je v družbi uveljavila kot oblika razširitve zdravstvenih sistemov in zdravega življenjskega sloga (Contino, 2016). Obvladovanje zdravstvenih tveganj in razpoložljivost znanja in informacij sta privedla do »modernega« pacienta oz. potrošnika storitev v zdravstvenem sistemu. Zdravstveni sistemi s ciljem po digitalizaciji še dodatno spodbujajo medikalizacijo in potrebo po prilagoditvi stroke, da lahko še naprej opravljajo svoje delo kakovostno. Medikalizacija se širi in zajema vedno več sfer posameznikovega življenja (Federici, 2019).

Medikalizacija v kombinaciji s tehnološkim napredkom prinaša zaposlenim v zdravstveni negi velike izzive. Naraščanje števila diplomiranih medicinskih sester še vedno ni sorazmerno z naraščanjem povpraševanje po zdravstvenih storitvah in idejo o domači oskrbi. Oskrba pacientov doma je z razvojem tehnologije vedno bolj pogosta, medicinski diskurz se prenese v zasebne sfere in medicinske sestre so postavljene pred nove, še dodatne izzive (Colley & Cashin, 2018). Duffy (2016) istočasno govori o konceptu systemske oziroma precizne medicine, ki obljublja, da bo dosegla premik k zdravstvenim sistemom z več proaktivnega pristopa in z več predvidevanja. Koncept precizne medicine poudarja preprečevanje bolezni in ne zdravljenja. Individualizacija zdravljenja za vsakega pacienta bo v središču tega pristopa, medicinski podatki vseh pacientov bodo integrirani in dostopni (Duffy, 2016).

Idejo za upravljanje zdravja prebivalstva je oblikovala močna sila v sodobnem sistemu zdravstvene oskrbe, čemur Conrad pravi »motorji medikalizacije«. Medikalizacija zagotavlja zdravstvenim delavcem primarno avtoriteto za »diagnosticiranje« in »zdravljenje« navidezno družbenih problemov v mejah biomedicinske stroke in klinične prakse. In kar je pomembno, medikalizacija vodi v mešanje »zdravja« in »zdravstvenega varstva«, kar daje verodostojnost zmotnemu prepričanju, da družbeni problemi, ki so videni kot zdravstveni potrebujejo predvsem zdravstvene rešitve (Lantz, 2019). Vse pogostejši so očitki, da medikalizacija ustvarja bolezni in paciente ter ne upošteva sociokulturnih in političnih determinant življenja. Na takšen način je škodljiva za posameznika in družbo, pa tudi stroškovno neučinkovita. Clarkova pravi, da ko družba nekaj prvič definira z medicinskimi pojmi, še posebej, kadar so v definiranje vključene pomembne socialnopolitične institucije, te definicije ostanejo in so težko spremenljive (Clark, 2014). Zato je na mestu pogledati, kakšna je vloga zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije.

1.3.1 Vloga zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije

Bulc (2020) pravi, da je pot do zmanjševanja medikalizacije v pacienta usmerjena obravnava. Pri tem imajo medicinske sestre pomembno vlogo. Medicinske sestre s svojim zdravstvenovzgojnim delom, ozaveščanjem in svetovanjem poskušajo vplivati na

posameznika, da se zaveda pomembnosti uvajanja sprememb v način življenja, ter mu vzbuditi odgovornost za njegovo lastno zdravje. S prenašanjem svojega znanja in izkušenj lahko bistveno pripomorejo k dobremu počutju in izboljšanju zdravja celotne populacije, od otrok, mladine, odraslih do starostnikov (Žitnik, 2018). Medicinska sestra ima pomembno vlogo tudi pri zmanjševanju številnih negativnih posledic, ki jih medikalizacija v sodobni družbi povzroča. Medicinska sestra deluje na različnih področjih zdravstvene nege, predvsem pa ima lahko velik vpliv na ljudi na področjih zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, njena ciljna populacija delovanja pa obsega ljudi vseh starostnih struktur, od najmlajših pa vse do najstarejših, od zdravih do bolnih (Kvas, 2011). Zato bi morale imeti medicinske sestre v sodobnih in razvijajočih se vlogah v javnozdravstvenih sistemih kompetence in spretnosti za zdravljenje ogrožene populacije ljudi, ki se spopada z različnimi izzivi, kot so npr. naraščanje prekomerne telesne teže, prekomerno uživanje alkohola, pretirano kajenje, naraščanje nalezljivih bolezni itd. (Kulbok, et al., 2012).

Silva in Sena (2013) opozarjata, da je pri izvajanju promocije zdravja pomemben tudi način izvajanja aktivnosti. Namreč, aktivnosti promocije zdravja se lahko v praksi udejanjijo tudi kot prisila, ki omejuje svobodo in odločitve posameznika. Pri izvajanju promocije zdravja lahko pride do prevelikega poudarjanja kolektivnega dobrega ter izogibanja škodljivim praksam zaradi družbe kot take; posameznik ni več v centru razprave, v center je postavljen diskurz medikalizacije. Zato je izjemnega pomena kompetentno izvajanje promocije zdravja; v nasprotnem primeru se lahko zgodi obratno – namesto demedikalizacije zdravstvena nega s promocijo zdravja ponovno producira medikalizacijo. Kot omenjeno, Vogt, et al. (2016) pišejo o »novem holizmu«. Medicina naj bi želela preseči trenutno medikalizacijo z usmerjenostjo v individualno medicino, ki se posveča vsakemu posamezniku posebej (Duffy, 2016), usmerjenostjo od bolezni k preventivi z aktivnim vključevanjem posameznika (Flores, et al., 2013) ter s holističnim pristopom (Vandamme, et al., 2013). V tem kontekstu Miles (2013) poudarja, da medicina kljub vsemu posameznika še ne dojema skozi prizmo holističnega pogleda, katera je videna kot demedikalizacijska. Zato Maučec Zakotnik (2012) trdi, da je treba pomembneje preusmeriti zdravstveno dejavnost na primarni ravni v promocijo zdravja. Pomembno je zdravstvenovzgojno delo v kontekstu zdrave populacije in ker so

medicinske sestre prve v kontaktu s posamezniki, ki vstopajo v zdravstveni sistem, imajo pri tem izjemno pomembno vlogo (Mencingar, 2018).

Zaradi vplivov na življenje ljudi v sodobni družbi medikalizacija predstavlja izzive tudi za zdravstveno nego. S tem namenom bomo proučili glavne karakteristike medikalizacije zdravja in vlogo zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije zdravja.

2 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu smo s pomočjo pregleda literature proučili objavljeno znanstveno in strokovno literaturo, ki opisuje medikalizacijo zdravja in vlogo ter pomen zdravstvene nege v tem kontekstu.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati medikalizacijo zdravja in vlogo zdravstvene nege v okviru tega.

Cilja diplomskega dela sta bila:

Cilj 1: Ugotoviti glavne karakteristike medikalizacije zdravja.

Cilj 2: Ugotoviti vlogo zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije zdravja.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev diplomskega dela smo oblikovali dve raziskovalni vprašanji:

1. Katere so glavne karakteristike medikalizacije zdravja?
2. Kakšna je vloga zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije zdravja?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo temelji na znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku. Postavili smo dva raziskovalna cilja in dve raziskovalni vprašanji. Odgovore na raziskovalni vprašanji smo pridobili s pregledom literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Uporabljena je bila metoda pregleda literature, ki je vezana na tematiko medikalizacije zdravja in vloge zdravstvene nege. Dizajn raziskave je deskriptivna raziskovalna metoda

s pregledom domače in tuje znanstvene literature v mednarodnih bazah podatkov. Za iskanje podatkov smo uporabili podatkovne baze spletni bibliografski sistem COBISS+, Obzornik zdravstvene nege, PubMed, CINAHL, ProQuest in Google Scholar. Pri tem smo uporabili naslednje ključne iskalne zveze v slovenskem jeziku: »medikalizacija«, »zdravstvena vzgoja«, »promocija zdravja«, »zdravje in zdravila«, »sodobne bolezni«, »medikalizacija in zdravstvena nega«, »medikalizacija in medicinske sestre«, »konstrukcija zdravja in bolezni« ter v angleškem jeziku: »medicalization«, »health education«, »health promotion«, »health and medicine«, »modern diseases«, »medicalization and nursing«, »medicalization and nurses«, »construction of health and illness«. Pri iskanju v podatkovnih bazah smo uporabili dva omejitvena kriterija: objava člankov med letoma 2012 in 2022, celotno besedilo je moralo biti dostopno v angleškem ali slovenskem jeziku. Uporabili smo Boolov operator AND (sl. IN).

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Pridobljene rezultate smo prikazali v obliki sheme in tabele. PRISMA-diagram je služil kot shematski prikaz rezultatov. Tabelarični prikaz rezultatov je v tabeli 1, kjer so navedene različne podatkovne baze, ki so bile uporabljene. Iskanje v podatkovnih bazah nam je podalo zadetke za nadaljnjo analizo, ki so bili podrobneje pregledani.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovne baze	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	Nursing communication	2016	1
	Health promotion AND nursing role	2228	1
	Nursing role AND motivation	538	1
PubMed = Medline	Medicalization and nursing	132	0
COBISS	Farmaceutvska podjetja in zdravila	108	5
	Zdravje in telesna zmogljivost	87	1
Obzornik zdravstvene nege	Medikalizacija	12	0
ProQuest	Medicalization and nursing	6992	1
Google Scholar	Medikalizacija	6210	1
	Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja	17600	1

Podatkovne baze	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
Skupaj izbranih zadetkov za pregled v polnem besedilu			12

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Da smo obdelali podatke smo uporabili metodo vsebinske analize literature, ki je temeljila na oblikovanju kod in kategorij. Za vsebinsko analizo smo kot prvi korak identificirali temo. Drugi korak je bil pregled vsebine, tretji pa vrednotenje člankov glede na ustreznost. Izločili smo vsa literaturo, ki ni sodila v obravnavno temo ali ni ustrezala osnovnim kriterijem. Po avtorjih Polit & Beck (2021) smo povzeli hierarhijo dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu in vanjo smo uvrstili izbrane članke. Po klasifikaciji člankov, izbranih za končno analizo, smo proučili in identificirali ključne vsebine. Kot končni korak smo sorodne vsebine združili v posamezne kategorije in opisali specifično problematiko.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost pregledane literature smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov, kot sta jo opredelila Polit & Beck (2021) V končno analizo smo glede na kriterije vključili 12 virov. Izbrano literaturo smo razdelili na osem nivojev (tabela 2). Nivo 1 vsebuje sistematični pregled dokazov, nivo 2 dokazi kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav, nivo 3 dokazi nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment), nivo 4 dokazi prospektivnih kohortnih raziskav, nivo 5 dokazi retrospektivnih raziskav s kontrolami, nivo 6 dokazi presečnih raziskav, nivo 7 dokazi celostnih kvalitativnih raziskav ter nivo 8 mnenja strokovnjakov, poročila posameznih primerov. V nivo 5 smo uvrstili dve opazovalni raziskavi, v nivo 6 sedem metasintez kvalitativnih raziskav, v nivo 7 dve opisni raziskavi in v nivo 8 eno mnenje eksperta.

Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu

Nivo	Hierarhija dokazov	Število vključenih virov
Nivo 1	Sistematični pregledi /metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	0
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične raziskave	0
Nivo 3	Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti)	0
Nivo 4	Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	0
Nivo 5	Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	2
Nivo 6	Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	7
Nivo 7	Kvalitativne/opisne raziskave	2
Nivo 8	Neraziskovalni viri (mnenja ...)	1

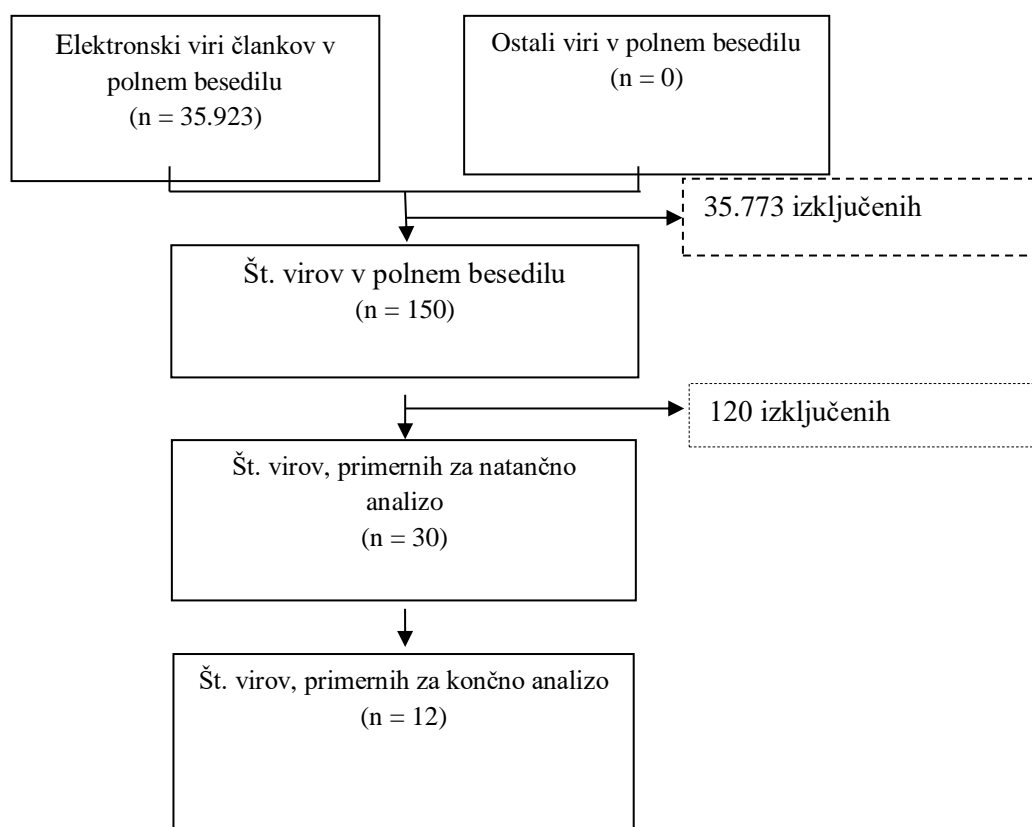
(Vir: Polit & Beck, 2021)

2.4 REZULTATI

V nadaljevanju je predstavljen potek pridobivanja končnega števila zadetkov s PRISMA-diagramom (Page, et al., 2021) (slika 1). V tabeli 3 so predstavljena ključna spoznanja raziskav, vključenih v pregled literature. Določili smo jim kode, ki smo jih razvrstili v različne kategorije (tabela 4).

2.4.1 PRISMA-diagram

PRISMA diagram (Page, et al., 2021) je prikazan v Sliki 1. Diagram prikazuje potek pridobivanja končnega števila zadetkov. Skupaj smo najprej pridobili 35.923 zadetkov. V prvem koraku smo izključili 35.773 najdenih virov in v nadaljnjo analizo uvrstili 150 virov. V nadaljevanju smo pregledali naslove in izvlečke virov in jih izključili še 120. 30 virov smo uvrstili v natančnejši pregled. V končno analizo smo uvrstili 12 vsebinsko podrobno pregledanih virov. Predstavljeni so v tabeli 3.



Slika 1: PRISMA-diagram

(Page, et al., 2021)

Tabela 3 služi kot tabelarični prikaz rezultatov. V njej so po avtorjih, letih objav, državah, raziskovalnih dizajnih, vzorcih in ključnih spoznanjih razporejeni članki, ki so vključeni v končni pregled. Članki v tabeli 3 vključujejo vsebino vezano na medikalizacijo zdravja ter vlogo zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Barnawi	2019	Kvalitativna raziskava – analiza koncepta	Analiza enega koncepta, Savdska Arabija	Zdravstvena nega kot disciplina je morala prebroditi različne zgodovinske in družbene polemike, ki meglijo podobo identitete zdravstvene nege v okviru zdravstvenega varstva. Preveč

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				medikaliziran model, ki uokvirja sedanji zdravstveni sistem, zakriva temeljno vrednoto poklica medicinske sestre, katerega cilj je zagotavljanje celostne oskrbe. Namen te analize koncepta je predlagati koncept »negovalne modrosti« kot nov koncept v disciplini zdravstvene nege. Skratka, razumevanje koncepta modrosti zdravstvene nege izboljšuje poklicno identiteto in avtonomijo za opolnomočenje natančnega znanja zdravstvene nege in procesa poznavanja. Ugotovitve kažejo, da obstajajo štiri glavne dimenzije, ki vključujejo koncept modrost v poklicu medicinske sestre. Te dimenzije so moralni in etični vidiki zdravstvene nege, upravljanje in vodenje, izkušnje s klinično nego in izobraževanje v zdravstveni negi.
Berenguera, et al.	2017	Kvalitativna raziskava – intervjuji, fokusne skupine	276 udeležencev, Španija	Primarno zdravstveno varstvo je idealno okolje za zagotavljanje integriranih storitev, osredotočenih na osebo, in za izvajanje dejavnosti promocije zdravja. Udeleženci menijo, da promocija zdravja ni le stvar zdravstva in poudarjajo medsektorsko sodelovanje. Menijo, da je pomembno krepiti skupnostne pobude in ustvarjati zdravo družbeno okolje, ki spodbuja večjo odgovornost in sodelovanje uporabnikov zdravstvenih storitev pri odločanju o lastnem zdravju ter boljšem upravljanju javnih storitev in virov. Promocija zdravja, oskrba v skupnosti in demedikalizacija bi morale biti prioritete primarnega zdravstvenega varstva. Udeleženci predlagajo organizacijske spremembe v primarnem zdravstvenem varstvu za izboljšanje promocije zdravja. Zaposleni v primarnem zdravstvenem varstvu se zavedajo, da promocija zdravja sodi v obseg njihovih odgovornosti in predlagajo povečanje njihove usposobljenosti, motivacije, kompetenc in poznavanja družbenega okolja. Stroka poudarja, da mora biti promocija zdravja pristop, osredotočen na osebo. Dejavnosti promocije zdravja

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				morajo biti privlačne, zabavne in dokazano učinkovite.
Fainzang	2020	Kvalitativna raziskava – intervjuji	11 intervjujev, Francija	Koncept medikalizacije je sprožil veliko razprav v družbi znanosti, s poudarkom predvsem na razširitvi pristojnosti medicine in njenega vpliva na naša telesa z redukcijo družbenih pojavov na posamezne biološke patologije. Vendar pa se proces, ki vodi do zdravljenja, lahko začne, ko se posamezniki lotijo "samozdravljenja". Namen tega članka je pokazati, da ko posamezniki izvajajo medikalizacijo na sebi, slednja dobi popolnoma drugačen pomen od tistega, ki ga izvaja medicinska stroka. Empirični podatki, zbrani v Franciji, kažejo, da je samozdravljenje, ki lahko vključuje medicinsko zdravljenje težave, kadar zdravniki menijo, da je nemedicinske narave, lahko poskus posameznikov, da zagotovijo socialno razlago za svoje somatske težave in izkušnje.
Kaczmarek	2019	Kvalitativna raziskava – pregled literature in mnenje eksperta	Poljska	Je medikalizacija vedno škodljiva? Kdaj medicina prestopi svoje meje? Namen tega članka je oris pragmatičnih meril za razlikovanje med medikalizacijo in čezmerno medikalizacijo. Obravnavanje stanja kot zdravstvene težave ima lahko različne posledice, odvisno od tega, ali je težava pravilno ali nepravilno naslovljena kot zdravstvena težava. Niti brezpogojno sprejemanje medikalizacije preteklih področij človeškega obstoja niti kritiziranje novih primerov medikalizacije samo ni upravičena. Članek identificira različne posledice utemeljevanja medikalizacije kot pretirane medikalizacije; pokaže, da vprašanja opredelitve ustreznih meja nekega zdravila ni mogoče rešiti z ustvarjanjem optimalnega modela zdravja; predlaga 4 vodilna vprašanja za pomoč pri razlikovanju med medikalizacijo in čezmerno medikalizacijo.
Kelher	2013	Mnenje eksperta	Analiza enega dokumenta, Slovenija	Medijske vsebine se vse bolj posvečajo tudi skrbi za zdravje, ohranjanju zdravja ter preprečevanju bolezni. Namreč, sodobna družba zahteva, da ljudje skrbijo za svoje

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				zdravje in da so sami odgovorni za svoje zdravje. Medijska izpostavljenost pomena zdravja je spodbudila ukvarjanja z zdravjem in skrb za lastno dobrobit.
Maturo	2012	Kvalitativna raziskava – analiza vsebine	Analiza enega koncepta, Italija	Medikalizacija je proces razširitve medicinskega pogleda na človeško življenje. Kljub temu se zdi, da medikalizacije ni več mogoče strogo povezati z medicinskim imperializmom. Drugi »motorji« medikalizacije so vplivnejši: potrošniki, biotehnologija in upravljanje skrbi. Večanje števila raziskovalnih in teoretičnih refleksij o medikalizaciji je privedla do videnja drugih vzporednih konceptov, kot so farmacija, genetika in biomedikalizacija. Ta nova teoretična orodja bi lahko bila uporabna pri analizi izboljšav za človeka. Te izboljšave se lahko obravnavajo kot uporaba biomedicinske tehnologije za izboljšanje počutja in delovanja posameznika, ki ne potrebuje zdravila: praksa, ki se vse bolj širi v nečem, kar bi lahko opredelili kot »bionična družba«.
Maturo, et al.	2016	Kvalitativna raziskava – analiza vsebine	Analiza 6 aplikacij v povezavi z duševnim zdravjem, Italija	Težko je zanikati, da sodobna družba postaja vse bolj medikalizirana. Duševno zdravje je verjetno najbolj medikalizirana sfera. Patologizacija čustev se prepleta z vzponom terapevtske kulture. Članek ponuja hipotezo, da so aplikacije, ki se uporabljajo za samosledenje različnih vidikov duševnega zdravja in dobrega počutja, svojevrsten pedagoški pripomoček in nov motor medikalizacije. »Kvantificirani jaz« deluje na realnost s prepričanjem, da lahko življenje, ki temelji na podatkih, izboljša zdravstveno stanje. Mehanizma, ki spodbujata ta odnos, sta igrifikacija in kvantifikacija – dve osrednji značilnosti aplikacij za duševno zdravje.
Murguía, et al.	2016	Kvalitativna raziskava – pregled literature	Latinska Amerika	Članek zajema nedavne raziskave literature, ki vključuje sociološke študije procesa medikalizacije. Empirične analize dajejo kompleksnejšo sliko procesov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				medikalizacije, v kateri ima pomembno vlogo posredništvo akterjev pri prilagajanju virov in znanja na to, kar vidijo kot svoje potrebe in interese. Ti procesi, kot mnogi drugi v sodobni družbi, vključujejo koristi in tveganja, vendar so v nasprotju s popolno odsotnostjo alternativ zaradi nesporne moči medicine. Tako lahko vidimo paradoksalno naravo procesa medikalizacije, ki lahko sproži več vrst posledic in hkrati vodi do možnosti, virov in oblik nadzora in samokontrole.
Oliveira, et al.	2017	Kvalitativna raziskava – pregled literature	19 člankov, Brazilija	Cilj raziskave je bil analizirati prispevek zdravstvene nege k avtonomiji žensk v obdobju mene, v kontekstu primarnega zdravstva v nemedikalizirani perspektivi. Identificirane so bile tri kategorije: 1. skrb za ženske v kontekst javnih politik in zdravstvenih programov v Braziliji; 2. primarno zdravstveno varstvo kot vstop / dostop v oskrbo; 3. zdravstvena nega žensk v obdobju mene; 4. perspektiva primarnega zdravstva in oskrbe žensk – paradigmatško vprašanje. Raziskava opozarja na nujnost (re)organizacije zdravstvenih storitev z namenom samooskrbe; za ženske ustvariti mehanizme avtonomije, ki temeljijo na strategiji demedikalizacije.
Prata, et al.	2019	Kvalitativna raziskava – intervjuji	10 medicinskih sester / bobic zaposlenih na intenzivnem porodnem oddelku bolnišnice, Brazilija	Udeleženci uporabljajo neinvazivne tehnologije nege z vidika tehnologij zdravstvenega dela in demedikalizacije, vzpostavitev oskrbovalnega procesa, osredotočenega na občutljivo delo in mehke tehnologije. Tako preusmerjajo fokus stran od interventnih postopkov in razvijajo oskrbo, ki temelji na človeških odnosih, celovitosti. Uporaba teh tehnologij spodbuja spremembo modela oskrbe z osredotočanjem na občutljivo delo in mehke tehnologije.
Sarradon-Eck, et al.	2014	Kvalitativna raziskava – etnografska raziskava	Opazovanje medicinskega tima v psihiatrični ustanovi, Francija	Članek obravnava delovne prakse mobilnega tima za duševno zdravje v francoskem mestu, kjer je veliko brezdomcev s hudimi psihiatričnimi težavami, za katere javno zdravstvo meni, da so „težko dosegljivi“ v

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				sistemu zdravstvene storitve. Analiza dela tima, kjer sta zdravljenje in zdravstvena nega tesno povezana, razkriva pomen preseči polarizirano vizijo zdravljenja in oskrbe. Članek se odmika od večine literature o medikalizaciji družbe s trditvijo, da medikalizacija ni le sredstvo družbenega nadzora, ampak ima tudi etično dimenzijo. Pri preučevanju praks zdravstvenih delavcev na prvem mestu ugotavljajo, da uporabljajo tudi pristope socialnega dela.
Van Dijk, et al.	2020	Kvalitativna raziskava – pregled literature	50 člankov	Medikalizacija je tema razprav in raziskav že več kot štiri desetletja. To je znan koncept raziskovalcem iz najrazličnejših disciplin. Zdi se, da je medikalizacija koncept, ki govori vsem in nakazuje skupno razumevanje tega, kaj jo sestavlja. Konceptualno pa se je definicija medikalizacije razvila skozi čas. Ni znano, kako se koncept uporablja v empiričnih raziskavah, zato je bilo postavljeno raziskovalno vprašanje: Kako je medikalizacija opredeljena v empiričnih raziskavah in v čem se definicije med seboj razlikujejo? Ta pregled kaže, da so empirične raziskave medikalizacije v svoji definiciji precej heterogene. To še enkrat razkriva bogastvo in kompleksnost medikalizacije, hkrati pa ovira primerljivost raziskav. Prihodnje empirične raziskave bi morale več pozornosti nameniti izbiri glede na definicijo medikalizacije in njene uporabnosti v kontekstu raziskovanja.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 4 so prikazane kategorije, kode ter podatki o avtorjih, ki spadajo pod določeno kategorijo. Ključne ugotovitve vseh 12 zadetkov, ki smo jih vključili v končni pregled literature, smo kodirali in razdelili v kategorije. Med pregledom literature je bilo identificiranih 23 kod. Ko smo kode identificirali, smo jih združili v dve vsebinski

kategoriji: Karakteristike medikalizacije zdravja in Vloga zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije zdravja.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Karakteristike medikalizacije zdravja	Normalno, patološko, medikalizacija, pretirana medikalizacija, mediji, skrb za zdravje, farmacija, genetika, potrošništvo, bionična družba, nadzor, tveganje N = 12	Fainzang, 2020, Kaczmarek, 2019, Kelher, 2013, Maturó, 2012, Maturó, et al., 2016, Murguía, et al., 2016, Sarradon-Eck, et al., 2014, Van Dijk, et al., 2020.
Vloga zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije zdravja	Medikaliziran model, temeljna vrednota poklica medicinske sestre, celostna oskrba, nega, promocija zdravja, demedikalizacija, posameznik, družba, primarno zdravstveno varstvo, samozdravljenje / samooskrba, mehke veščine N = 11	Barnawi, 2019, Berenguera, et al., 2017, Fainzang, 2020, Oliveira, et al., 2017, Prata, et al., 2019, Sarradon-Eck, et al., 2014.

2.5 RAZPRAVA

Medikalizacija zdravja v sodobnem času je rezultat razvoja časa, ki je od zatona pomena religije in cerkve kot vrhovno entiteto postavil in podprl znanost in razum. V preteklosti je bila medicini podeljena vloga pomembne vodilne družbene sile, odločanje na relaciji vzrok–posledica se je zakoreninilo v družbeni red. Z razvojem tehnologij in globalizacijo se je spremenilo pojmovanje zdravja in bolezni, čas je privedel do pojava medikalizacije družbenih stanj. Medikalizacija in njeni začetki se pogosto povezujejo z nadzorom. Seveda je imel in še vedno ima nadzor tudi pozitivne dimenzije. Tudi vzpon medicinskega diskurza, ki se je začel utrjevati v 18. stoletju, je bil usmerjen k nadzoru posameznikov in celotnih družb. Na primer opredelitev norosti je služila za nadzor »deviantnih« (revnih, drugačnih), nove institucije (psihiatrične bolnišnice) in razvoj novih disciplin (psihijatrija) pa so pomembno prispevale k nadzoru posameznikov in družbe (Kelher, 2013). Skrb vzbujajoče je, da se proces medikalizacije širi in ne upada, zato je pomembno prepoznati možnosti, kjer se proces medikalizacije lahko ustavlja. Akabayashi (2014) kot primer navaja odkrivanje zdravstvenih tveganj z genetskimi testiranjem. Na tak način posamezniki upravljajo lastna telesa in se odločajo za ustrezne

reproduktivne izbire. Namreč, dober član družbe je dolžan skrbno nadzirati in upravljati svojo genetsko zasnovu, da sprejema prave (reproduktivne) odločitve ter v luči predvidenih tveganj ustrezno spremeniti svoje vedenje (Nill, et al. 2017).

Namen našega diplomskega dela je bil raziskati medikalizacijo zdravja in vlogo zdravstvene nege v okviru tega. Naše prvo raziskovalno vprašanje je bilo: »Katere so glavne karakteristike medikalizacije zdravja?« Fainzang (2013) navaja, da medtem ko je sprejeto, da je medikalizacija rezultat družbene konstrukcije – sestoji iz opredelitve problema ali pojava v medicinskem kontekstu – ne gre pozabiti, da družbene konstrukcije ne ustvarjajo samo stroke v zdravstvu. Medikalizacija ni več izključno v domeni predpisovanja zdravil, izvajajo jo tudi posamezniki sami. Že odločitev za zdravstveni posvet in obravnavo je del procesa medikalizacije. Gre za posameznikovo odločitev oziroma presojo o patologiji nekega lastnega stanja (Fainzang, 2013) in za prenašanje velikega dela odgovornosti na posameznika (Maturu, et al., 2016). Medikalizacija vpliva tudi na vidike življenja posameznikov in skupnosti, ki niso neposredno povezani z zdravjem (Kaczmarek, 2019). S tem se odgovornost za zdravje in bolezni prenaša na posameznike, na njihovo subjektivno odgovornost, v jedru je posameznik in lastno soočenje z zdravjem in boleznijo. V ta proces je pomembno vključena dimenzija potrošništva in »kupovanja« ter samo-medikalizacije (Koren, 2012; Slatnar, 2012).

Skozi navedeno se potrди, da ima analiza medikalizacije družbe več dimenzij. Analizirati je potrebno diskurz medikalizacije, praks in identitet na več nivojih, če želimo razumeti karakteristike medikalizacije in uspešno izvajati procese zmanjševanja medikalizacije oziroma demedikalizacije (Halfmann, 2012; Van Dijk, et al., 2020). Kelher (2013) poudarja, da ima zdravje pomembno mesto v oblikovanju in definiranju vsakdanjega življenja. Zagotavljanje zdravja se spreminja v ideologijo, naloga in dolžnost posameznikov je, da postanejo in ostanejo zdravi. Načini zagotavljanja in ohranjanja zdravja so pokazatelj discipline in samonadzora nad lastnim telesom in življenjskimi navadami posameznika. Fokus se prenese od nezdravih življenjskih navad k promociji zdravja in novega življenjskega sloga. Medicinski diskurz postane del vsakdanjega laičnega življenja (Kelher, 2013).

Da lahko razpravljamo o pojavu (čezmerne) medikalizacije, je treba najprej dokazati, da gre za medikalizacijo – da je bilo neko stanje napačno prepoznano kot zdravstvena težava, medtem ko je bilo v resnici npr. politično ali kulturno stanje oziroma proces. Poleg napake v definiciji lahko neustrezna identifikacija temeljnega vzroka pojava povzroči sprejetje neustreznih ukrepov za odpravo/zdravljenje. Namreč, v kontekstu medikalizacije neustrezna opredelitev pomeni v prvi vrsti nepotrebne klinične posege, ki vedno za seboj potegnejo določena zdravstvena tveganja (Kaczmarek, 2019). Poleg tega tudi strokovnjaki, ki delujejo na področju zdravstva, oblikujejo lastna zaznavanja bolezni, ki so tipične in zahtevajo obravnavo, ter tehnologija, ki se razvija, omogoča nove analize, preglede in posege (Hofmann, 2015; Hofstad, et al., 2020). Na drugi strani širitev medicinskih kategorij v družbene sfere, ki prej niso bile medicinsko obarvane (homoseksualnost, psihična stanja ...), lahko nudi tudi neko vrsto pomiritve. Na primer, če mislimo, da so hrupni otroci bolni in imajo nevrološke težave in kemična neravnovesja, imamo nekaj, kar nas zamoti, da se izognemo ukvarjanju z obstoječimi socialnimi problemi, kot so brezposelnost, socialna kohezija, integracija priseljencev itd. Tableto z medicinskimi karakteristikami je precej preprostejše oblikovati kot katerokoli socialno politiko (Maturro, 2012).

Medikalizacija pomeni ustvarjanje kategorij in standardov, ki sooblikujejo norme, diskurze in prakse na vedno bolj raznolikih področjih življenja. Ti procesi se izvajajo na zelo različne načine: medicina je danes ogromna transnacionalna industrija; področje intenzivnega znanstveno-tehnološkega raziskovanja; diskurz o življenju, smrti in blaginji. Gre za prepletanje zdravstvenega in družbeno-kulturnega na način, ki predstavlja eno najpomembnejših transformacij v zadnjem desetletju (Murguia, et al., 2016). V drugi polovici 20. stoletja se pojavi medikalizacija nosečnosti, poroda in nege dojenčka; medikalizacija v družbi vzpona farmacije cveti in nastajajo nove bolezni – utrujenost, izgorelost, stres, depresija ... (Drglin, 2012; Slatnar, 2012; Gradišnik, 2018). Primer »kolonizacije« medicine lahko opazimo tudi v kontekstu prehrane. V trgovinah se police z zdravo hrano nenehno širijo. Hrana se vedno bolj oglašuje, pakira in označuje na načine, ki jo povezujejo z medicinskimi konteksti. Imamo probiotični jogurt, ki zmanjšuje tveganje za nastanek črevesnih težav, napitki, ki izboljšujejo naš vid, in mineralne vode, ki »čistijo«. Govorimo o bio-nični družbi, ki jo lahko opišemo z vsaj tremi značilnostmi:

1. poudarek na zdravju glede na njegovo kemično, nevrološko in genetsko dimenzijo; 2. razširitev medicinskega načina razmišljanja (ne samo zdravljenja) na področja, ki prej niso bila medikalizirana (oziroma so bila le delno medikalizirana kot preventiva, kozmetika, prehrana; 3. vpliv farmacevtske industrije, ki postavlja vprašanja o normalnem, zdravem, patološkem ... (Maturro, 2012).

V raziskavi smo karakteristike medikalizacije zdravja opredelili skozi izraze oziroma kode normalno, patološko, medikalizacija, pretirana medikalizacija, mediji, skrb za zdravje, farmacija, genetika, potrošništvo, bionična družba, nadzor, tveganje. O vsem tem razpravljajo izbrani avtorji in s tem osvetljujejo proces medikalizacije in kažejo možne rešitve in izboljšave za sedanost in prihodnost. Pomembni akterji pri ustvarjanju teh rešitev so izvajalci zdravstvene nege. V raziskavi smo slednje ugotovili z iskanjem na drugo raziskovalno vprašanje: »Kakšna je vloga zdravstvene nege pri zmanjševanju medikalizacije zdravja?« Pri zmanjševanju medikalizacije zdravja oziroma pri demedikalizaciji se poudarjajo aktivnosti v sklopu promocije zdravja. Medicinske sestre imajo običajno prvi stik s pacientom in s svetovanjem ter zdravstvenovzgojnim delom skušajo pri pacientu spodbuditi aktivnosti za ohranjanje lastnega zdravja (Silva & Sena, 2013; Žitnik, 2018; Bulc, 2020).

Pomembno je kompetentno izvajanje promocije zdravja, saj lahko v nasprotnem primeru namesto demedikalizacije zdravstvena nega s promocijo zdravja ponovno producira medikalizacijo (Silva & Sena, 2013). Barnawi (2019) predstavi koncept modrosti v zdravstveni negi. Gre za praktično, klinično ali strokovno modrost izvajalcev zdravstvene nege. Modrost v zdravstveni negi je eden od konceptov, ki krepi strokovnost in razvija znanja na področju zdravstvene nege. Poznavanje modrosti je pomembno za oblikovanje reflektivnih odločitev ter izvajanja zdravstvene nege. Raziskava prepozna 4 dimenzije, ki so pomembne za oblikovanje modrosti pri izvajalcih zdravstvene nege – moralna in etična, vodenje in upravljanje, klinična okolja in izkušnje, izobrazba (Barnawi, 2019). Slednje je pomembno, saj izvajalci zdravstvene nege kot tisti, ki prvi vstopijo v stik s pacientom, pogosto naletijo tudi na samomedikalizacijo pri pacientih, kar je še dodaten izziv v že tako medikalizirani družbi (Fainzang, 2013).

Berenguera, et al. (2017) so z raziskavo ugotovili široko paleto predlogov za izboljšanje aktivnosti promocije zdravja. Izražena je bila potreba po krepitvi skupnostnega delovanja in ustvarjanju zdravega družbenega okolja, ki bo spodbudilo večjo odgovornost in sodelovanje uporabnikov zdravstvenih storitev pri odločanju o lastnem zdravju ter boljšem upravljanju javnih virov in storitev. Poudarjajo, da bi morale biti promocija zdravja, oskrba v skupnosti in demedikalizacija vsakdanjega življenja, zlasti v zvezi z duševnim zdravjem, prednostne naloge primarne ravni zdravstvenega varstva. V raziskavi ugotavljajo, da se kljub nezadostni vključenosti promocije zdravja v vsakdanjo prakso osnovnega zdravstvenega varstva izvajalci zdravstvene nege zavedajo, da promocija zdravja sodi v obseg njihovih odgovornosti, in predlagajo dodatno usposabljanje, motivacijo, razvoj kompetenc in poznavanje socialnega okolja (Maučec Zakotnik, 2012; Berenguera, et al., 2017; Mencingar, 2018). Naslednja raziskava prikazuje poskuse demedikalizacije v okviru ženskega telesa. Za ženske v obdobju menopavze je bistveno, da izvajalci zdravstvene nege na primarni ravni ženske opolnomočijo v skrbi za sebe in v spoznavanju svojega telesa. Medicinska sestra, ki skrbi za ta ženske, morala poznati prakse, ki spodbudijo avtonomijo v skrbi za sebe.

Raven primarnega zdravstvenega varstva je, kot že omenjeno, prvi stik s pacienti in prav na tej točki je potrebno najprej predstaviti aktivnosti, ki pri pacientih podpirajo zmanjševanje medikalizacije. »Demedikalizacija telesa« je pristop, ki pomembno zmanjšuje medikalizacijo v sistemu (Oliveira, et al., 2017). Prata, et al. (2019) ob praksi promocije zdravja pomembno izpostavijo tudi tehnologijo. Slednja bi prav tako morala biti v luči zmanjševanja medikalizacije. Kot ugotavljata že Hofmann in Svenaeus (2018), obstaja 6 načinov, na katere sodobna tehnologija vpliva na izkušnjo bolezn: zavedanje bolezn, prepoznavanje dejavnikov tveganja, vpliva na že obstoječo bolezen, ponuja nove možne rešitve, ponuja nove družbenokulturne percepcije, spreminja posameznikove lastne percepcije (Hofmann & Svenaeus, 2018). Tehnologija bi morala biti uporabljena kot mehka tehnologija, v smeri spodbujanja lastnega posameznikovega potenciala (Prata, et al., 2019).

Silva in Sena (2013) ugotovljata, da se promocija zdravja na nekaterih družbenih področjih predstavlja bolj avtonomistično kot je – pozablja se, da se v praksi promocija

zdravja organizira z javnimi ali zasebnimi pobudami, katerih sposobnost obvladovanja medikalizacije se pojavi v izražanju mikroidntet, mikroidntet kot odgovor na tradicionalne institucionalizirane predloge. Pokaže se večja ali manjša stopnja elementov, ki so bolj avtonomistični in/ali krepijo medikalizacijo glede na to, kakšni so družbeni odnosi in odraža tehnologije znanja in moči.

V razpravi ugotavljamo, da glede na karakteristike medikalizacije zdravstvena nega lahko najučinkoviteje prispeva k zmanjšanju medikalizacije zdravja le preko promocije zdravja. Pomembnost ravni primarnega zdravstvenega varstva kot tiste prve točke srečanja s pacienti daje zdravstveni negi težko nalogo – opolnomočenje posameznikov. Breme medikalizacije se lahko zmanjša le z vztrajnim in sistematičnim vpeljevanjem zdravstvenovzgojnega dela, motivacije in spodbujanja, ki bodo paciente usmerili k zdravemu načinu življenja.

2.5.1 Omejitve raziskave

V raziskavi smo se osredotočili na medikalizacijo zdravja in vlogo zdravstvene nege pri zmanjšanju medikalizacije zdravja. Najpomembnejša omejitev raziskave je bila težka dostopnost literature, tako domače kot tuje, ki bi neposredno naslavljala zdravstveno nego ter njeno povezanost z medikalizacijo zdravja in z zmanjševanjem medikalizacije zdravja. Dodatna omejitev je bila dostopnost gradiv v celem besedilu ter v angleškem ali slovenskem jeziku.

2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

Diplomsko delo je prispevalo k poznavanju medikalizacije zdravje ter vloge zdravstvene nege pri zmanjšanju medikalizacije zdravja. Pregled strokovne in znanstvene literature v diplomskem delu oriše tematiko in ponuja vsem zainteresiranim združene informacije. Diplomsko delo poleg informiranja ponuja tudi razmisleke o morebitnih še neraziskanih področjih, ki jih izvajalci zdravstvene nege srečujejo pri svojem delu. Namreč, medikalizacija kot taka je vseprisotna in potrebno je delo v različnih družbenih kontekstih, da se bo proces medikalizacije obrnil v proces demedikalizacije. Eno

najpomembnejših orodij v tem procesu je promocija zdravja. Promocija zdravja v zdravstvu je izjemnega pomena, saj ima možnost dotakniti se posameznika na večih nivojih in kot taka celostno doprinese k zdravju in dobrobiti. Spodbuda za raziskovanje v slovenskem prostoru gre predvsem v smeri ravni primarnega zdravstva ter prepoznavanja pojavljanja medikalizacije pri vsakdanjem delu.

3 ZAKLJUČEK

Skozi zgodovino so se menjavale različne miselnosti in konteksti, ki so vodili družbe in posameznike. V preteklosti, ko je dominirala cerkev, je bila bolezen videna kot kazen za grehe ali pa kot možnost za odpustek. Danes je bolezen videna kot rezultat posameznikove ne-skrbi za zdravje. Zdravizem in medikalizacija sta družno določila karakter sodobne družbe in posameznika postavila v jedro odgovornosti. Poleg tega mediji in globalizacija ponujajo neštete rešitve in pripomočke za to, da posameznik ostane zdrav in si sam pomaga pri preprečevanju bolezni. Medikalizacija zdravja je del zdravstvene oskrbe in miselnosti ljudi. Vendar pa smo skozi pregled literature videli, da medikalizacija ne prinaša le dobrega; pogosto izvaja pritiske na posameznike, ki v okviru farmacevtskih dobrin, diagnostičnih postopkov in poplavi informacij izgubijo vero v občutke, zdrav razum in mehke veščine. Zato je zdrava mera medikalizacije izjemnega pomena za zdravje in blagostanje ljudi in družb. Pomembno vlogo pri tem ima zdravstvena nega skozi promocijo zdravja. Diplomsko delo je pomembno z vidika opozarjanja na prikrita dimenzije medikalizacije, ki se tudi v zdravstveni negi včasih zdijo normalne, da »tako pač je«. Poznavanje stanja in ozadja tega stanja je pomembno za spreminjanje utečenih navad posameznikov, ki so najpomembnejši člen v procesu demedikalizacije zdravja.

4 LITERATURA

Akabayashi, A. (ed.), 2014. *The Future of Bioethics: International Dialogues*. Oxford: OUP.

Barnawi, N.A., 2019. Concept Analysis of Nursing Wisdom. *Biomedical Journal of Scientific and Technical Research*, 23(1), pp. 17179-17188.

Berenguera, A., Pons-Vigués, M., Moreno-Peral, P., March, S., Ripoll, J., Rubio-Valera, M., Pombo-Ramos, H., Asensio-Martínez, A., Bolaños-Gallardo, E., Martínez-Carazo, C., Maderuelo-Fernández, J.A., Martínez-Andrés, M. & Pujol-Ribera, E., 2017. Beyond the consultation room: Proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care centre workers. *Health Expectations*, 20, pp. 896-910.

Birrer, R.B. & Tokuda, Y., 2017. Medicalization: A historical perspective. *Journal of general and family medicine*, 18(2), pp. 48-51.

Bulc, M., 2020. *Medikalizacija – je razvoj v medicini tudi dejanski napredek?* [online] Available at: <https://www.revijazamojezdravje.si/medikalizacija-je-razvoj-v-medicini-tudi-dejanski-napredek/> [Accessed 10 June 2022].

Caduff, C., 2015. *The Pandemic Perhaps: Dramatic Events in a Public Culture of Danger*. Oakland: University of California Press.

Clark, J., 2014. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*, 7. 10.3402/gha.v7.23998.

Colley, N. & Cashin, A., 2018. Controlling Medicalization and Nurse Practitioner Roles. *Journal of Higher Education and Lifelong Learning*, 25, pp. 1-11.

Contino, G., 2016. The Medicalization of Health and Shared Responsibility. *The new bioethics*, 22(1), pp. 45-55.

Correia, T., 2017. Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts As Medical Knowledge. *Frontiers in Sociology*, 2(14), pp. 1-9.

Drglin, Z., 2012. Izmera poklica: od vodništva k sopotništvu. *Socialno delo*, 51(1-3), pp. 27-38.

Duffy, J.D., 2016. Problems, challenges and promises: perspectives on precision medicine. *Briefings in Bioinformatics*, 17(3), pp. 494-504.

Earp, B.D., Sandberg, A. & Savulescu, J., 2015. The Medicalization of Love. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 24, pp. 323-336.

Fainzang, S., 2013. The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 37(3), pp. 488-504.

Federici, R., 2019. Health, Medicalization and the Radical Media. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 23(4), pp. 17574-17577.

Flores, M., Glusman, G., Brogaard, K., Price, N.D. & Hood, L., 2013. P4 Medicine: How Systems Medicine Will Transform the Healthcare Sector and Society. *Personalized Medicine*, 10(6), pp. 565-576.

Gradišnik, B., 2018. *Iskanje izgubljenega zdravja*. Ljubljana: UMco.

Halfmann, D., 2012. Recognizing medicalization and demedicalization: discourses, practices, and identities. *Health (London)*, 16(2), pp. 186-207.

Hofmann, B.M., 2015. Too much technology. Commentary: we need to be better prepared for a technological future. *BMJ*, 350.

Hofmann, B. & Svenaeus, F., 2018. How medical technologies shape the experience of illness. *Life Sciences, Society and Policy*, 14(3), pp. 1-11.

Hofstad, T., Hampton, J. A. & Hofmann, B.H., 2020. What Makes Some Diseases More Typical than Others? A Survey on the Impact of Disease Characteristics and Professional Background on Disease Typicality. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, pp. 1-9.

Jasper, U., 2020. The anticipative medicalization of life Governing future risk and uncertainty in (global) health¹. In: A. Wenger, U. Jasper & D.C. Myriamcc, eds. *The Politics and Science of Prevision: Governing and Probing the Futur*. Routledge, pp. 122-1410.

Kaczmarek, E., 2019. How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22, pp. 119-128.

Kelher, A., 2013. Medikalizacija čustev v potrošniški družbi. *Razpotja*, 4(13), pp. 18-21.

Koren, M., 2012. Bolezni sodobne družbe. *Razpotja*, 3(7), pp. 4-7.

Kulbok, P.A., Thatcher, E., Park, E. & Meszaros, P.S., 2012. Evolving public health nursing roles: Focus on community participatory health promotion and prevention. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), pp. 1-13.

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 33-46.

Lantz, P.M., 2019. The Medicalization of Population Health: Who Will Stay Upstream? *The Milbank Quarterly*, 97(1), pp. 36-39.

Maučec Zakotnik, J., 2012. Povzetek. In: J. Maučec Zakotnik, et al., eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. V-VI.

Mencingar, S., 2018. Zdravstvenovzgojno delo v lokalni skupnosti s primeri dobre prakse. In: M. Šmit, A. Kvas & S. Vrbovšek, eds. *Zdravstvena vzgoja v vseh življenjskih obdobjih. 4. strokovno srečanje: zbornik prispevkov z recenzijo. Moravske Toplice, 15.–16. junij 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji, pp. 41-50.

Maturo A., 2012. Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society. *Mens Sana Monographs*, 10, pp. 122-133.

Maturo, A., Mori, L. & Moretti, V., 2016. An Ambiguous Health Education: The Quantified Self and the Medicalization of the Mental Sphere. *Italian Journal of Sociology of Education*, 8(3), pp. 248-268.

Miles, A., 2013. Science, Humanism, Judgement, Ethics: Person-Centered Medicine as an Emergent Model of Modern Clinical Practice. *Folia Medica*, 55(1), pp. 5-24.

Murguia, A., Ordorika, T. & Lendo, L.F., 2016. The study of processes of medicalization in Latin America. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(3), pp. 1-16.

Nill, A., Lacznik, G. & Thistle, P., 2017. The Use of Genetic Testing Information in the Insurance Industry: An Ethical and Societal Analysis of Public Policy Options. *Journal of Business Ethics*, 156(1), pp. 105-121.

Oliveira, Z.M., Da Costa Vargens, O.M., Acioli, S. & Da Silva Santos, R., 2017. Nursing care in the climateric: demedicalizing perspective in primary health care. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(Suppl. 2), pp. 1032-1043.

Osterholm, M.T., 2013. *The Next Contagion: Closer Than You Think*, Op-Ed. New York Times, 9 May. [online] Available at: www.nytimes.com/2013/05/10/opinion/the-nextcontagion-closer-than-you-think.html [Accessed 30 July 2020].

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, M.P., Boutron, I., Hoffmann, C.T., Mulrow, D.C., Shamseer, L., Tetzlaff, M.J., Akl, A.E., Brennan, E.S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, M.J., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, W.E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, A.L., Stewart, A.L., Thomas, J., Tricco, C.A., Welch, A.V., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMC Systematic Reviews*, 10(89), pp. 1-11.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Prata, J.A., Meneses Ares, L.P., Da Costa Vargens, O.M., Corrêia dos Reis, C.S., De Figueiredo Pereira, A.L. & Progiant, J.M., 2019. Non-invasive care technologies: nurses' contributions to the demedicalization of health care in a high-risk maternity hospital. *Escola Anna Nery*, 23(2), pp. 1-7.

Prosen, M., 2014. Vpetost zdravja žensk v kolesje medikalizacije.

Sarradon-Eck, A., Farnarier, C. & Hymans, T.D., 2014. Caring on the margins of the healthcare system. *Anthropology & Medicine*, 21(2), pp. 251-263.

Silva, K. & Sena, R., 2013. Health promotion: Criticism of everyday life medicalization practices. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(9), pp. 83-92.

Slatnar, B., 2012. Medikalizacija – medikamentalizacija družb poznega kapitalizma. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), pp. 31-300.

Sonika, R. & Amarjeet, S., 2015. Road to Demedicalization- Need of Hour in Public Health. *Healthline Journal*, 6(1), pp. 8-11.

Vandamme, D., Fitzmaurice, W., Kholodenko, B. & Kolch, W., 2013. Systems medicine: helping us understand the complexity of disease. *Quarterly Journal of Medicine*, 106, pp. 891-895.

Van Dijk, W., Meinders, M.J., Tanke, M.A.C., Westert, G.P. & Jeurissen, P.P.T., 2020. Medicalization defined in empirical contexts – a scoping review. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(8), pp. 327-334.

Vogt, H., Hofmann, B. & Getz, L., 2016. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19, pp. 307-323.

Whittington, J.W., Nolan, K., Lewis, N. & Torres, T., 2015. Pursuing the Triple Aim: the first 7 years. *The Milbank Quarterly*, 93(2), pp. 263-300.

Žitnik, M., 2018. Prehransko svetovanje medicinske sestre v ambulanti družinske medicine. In: M. Šmit, A. Kvas & S. Vrbovšek, eds. *Zdravstvena vzgoja v vseh življenjskih obdobjih. 4. strokovno srečanje: zbornik prispevkov z recenzijo. Moravske Toplice, 15.-16. junij 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji, pp. 51-60.