

НЕДА МИЛЕВСКА КОСТОВА

ЗДРАВЈЕТО И ОПШТЕСТВОТО: ПРИМЕНА НА СОЦИЈАЛНАТА ТЕОРИЈА НА ХАБЕРМАС ВО МЕДИЦИНАТА

Вовед

Истражувањето на секојдневните перспективи на здравјето и болеста од денешна гледна точка има долгорочна и мултидисциплинарна историја, но нивното место во медицинската социологија може да се сфати како рефлексивна на одредени историски вградени идеолошки прашања на социологијата (Williams and Popay, 2001).

Здравствените услуги, лековите и медицинските средства играат значајна улога во превенција и лекување на болестите и претставуваат главен елемент на многу здравствени и медицински процедури (Britten, 2008; стр. 4). Тие се причина за спасување на милиони животи, па дури и на продолжување на животниот век. Сепак, покрај позитивните, особено лековите може да имаат и потенцијално штетни, па дури и смртоносни ефекти. Уште во 16-от век, Парацелзус забележува дека: "дозата е таа што го прави [лекот] отров или лек", објаснувајќи ја потребата од контролирана администрација,

Авторот е доктор по медицински науки и потпретседател на Меѓународната алијанса на здруженија на пациенти, Лондон, Велика Британија

базирана на докази во врска со позитивните и негативните ефекти, соодветното време за започнување и прекинување, видот на администрација и соодветната доза (Paracelsus, 1538). Во поширока смисла, ова согледување на Парацелзус може да се смета за предвесник на контролираната и набљудувана употреба, односно пропишувањето лекови, во обид да се балансира употребата за подобрување на здравјето и квалитетот на живот од една, и спречувањето несоодветна употреба и злоупотреба од друга страна (Greene and Watkins, 2012, стр. 5).

Денес, општата достапност на лековите и потенцијалното отсуство на стручен надзор во нивната администрација се причина за загриженост од несоодветна употреба (Bradley, 1991). Оттука, професионалната поддршка во изборот на терапевтски решенија претставува суштински дел од здравствениот систем (Bradley, 1991; Britten, 2008, стр. 5). Според литературни податоци, пропишувањето лекови е предмет на истражувачки интерес од повеќе аспекти, вклучувајќи клинички, економски и социјални (Mossialos and Mrazek, 2002). Таквиот интерес особено произлегува од сложените поставки на самото пропишување, кои се одвиваат на различни нивоа (Cribb and Barber 1997) и донесувањето одлука која вклучува или е под влијание на широк спектар засегнати страни, меѓу кои здравствените работници, пациентите, професионалните групи, индустријата (Lieb and Scheurich, 2014) и регулаторните институции и осигурителните фондови (Carone et al, 2012). Покрај тоа, како резултат на информациската асиметрија помеѓу давателите на услуги (на пр. лекарите и фармацевтите) и пациентите, потребни се дополнителни механизми за да се постигне усогласеност на ставовите на оние кои се во позиција да одлучуваат и оние кои се засегнати од таа одлука (Carone et al, 2012).

Направени се повеќе обиди да се анализира лекувањето и пропишувањето лекови од социолошки аспект. Вајт, Ван дер Гист и Хардон (2002) сметаат дека постои социјално втемелена природа на лековите, односно т.н. „социјален живот на лековите“, што е потврдено и со многу етнографски истражувања (Whyte et al, 2002). Во тој контекст, Бритен (2001) тврди дека „актите на пропишување и издавање [лекови] ги дефинираат социјалните односи помеѓу пациентите, лекарите, медицинските сестри, фармацевтите и другите“ (Britten, 2001). Во своето истражување на лековите и нивната улога и функција во општеството од поконкретна теоретска перспектива, Бритен ја применува социјалната теорија на Хабермас за системот и ‘животниот свет’ (lifeworld) разгледувајќи различни аспекти на лековите - нивниот развој, пропишување и потрошувачка - и покажува дека оваа теорија

нуди објаснување за трендовите на користењето лекови како социјална, а не само медицинска категорија.

Примена на теоријата на Хабермас за комуникативна акција во медицината

Во поширока смисла, теоријата на Хабермас може да се примени не само на лековите, туку и на целокупниот спектар на интеракции во системот на здравствена заштита. Од аспект на тезата на овој труд, во својата теорија Хабермас дава аргументи за двете сфери на општествениот живот: системот и животниот свет (Barry et al, 2001; Finlayson, 2005), при што секоја од овие сфери е управувана од различна рационалност; системот во голема мерка е предмет на инструментална рационалност - ориентирана кон структура, систематизираност и успешен исход; додека животниот свет е предмет на комуникативната рационалност - ориентирана кон расудување, толкување, размена и постигнување меѓусебно разбирање. Системот и животниот свет претставуваат само еден аспект на далеку покомплексната социјална теорија, која се фокусира на значењето на комуникативното делување и рационалноста. Иако подеталната дискусија за овие концепти е надвор од опсегот на овој труд - особено во однос на политичките и филозофските цели на Хабермас - трајната нормативност на неговата работа во однос на системот и животниот свет се од голема важност за анализата на интеракциите меѓу општеството и медицината, и истата претставува основа на работата на повеќе истражувачи кои ја користат за контекстуализирање и разбирање на различните аспекти на здравјето, како што се, на пример, интеракцијата лекар-пациент, улогата на лековите во општеството и вклученоста на пациентите во донесувањето одлуки за сопственото здравје (Mischler, 1984; Barry et al, 2001; Scambler and Britten, 2001).

Во суштина, животниот свет според толкувањето на Хабермас се однесува на сферата на социјалниот живот и преку неговата „*комуникативна акција*“ игра суштинска улога како еден од есенцијалните интереси на современото општество (Habermas, 1987, стр. 24), како клучна за човековите односи (Cuff et al 2006, стр.292) и преку која се случува размена на сите сознанија и искуства (Britten, 2008; Habermas, 1987, стр.26). За животниот свет, комуникацијата и размената имаат интринзична вредност, а оттука и цел да постигнат заедничко разбирање без никаква доминација или нерамнотежа на моќ помеѓу поединците (Barry et al, 2001). Со други зборови:

„Ако комуникативната акција се разбере како најосновна форма на човековата акција, тогаш се отвора можност за општество во кое социјалните односи се водат врз основа на взаемно препознавање на едни со други како слободни и независни суштества“ (Cuff et al, 2006; стр. 292).

Системскиот свет на Хабермас потекнува од Марксовото толкување за општеството и Парсонскиот концепт за социјален систем (Cuff et al 2006, стр. 323), засегнат претежно од материјалната размена на општеството и структурализмот, при што сите средства, вклучително и човечките суштества се користат за успешно производство на дејствија и резултати (Finlayson, 2005; Cuff et al 2006, стр. 293). И овој концепт се заснова на рационалност, но наместо комуникативна, се природува кон научната рационалност и објективните мерења (Britten 2008, стр. 18). Во контекст на здравствената заштита и пропишувањето лекови, Бритен (2008, стр. 19) ја објаснува оваа дивергенција како:

„... разграничувањето на животниот свет и системот се карактеризира со тензија меѓу искуствата, потребите и проблемите на обичниот човек и пациентот, од една, и потребата да се оствари профит во капиталистичкото општество (фармацевтски компании) и улогата при донесувањето владини политики (здравствени работници), од друга страна...Кога ќе се соочи со болест, поединецот не само што станува дел од познатиот животен свет, но истовремено и на за него далеку непознатиот здравствен систем, кој има различни правила и начини на однесување“ (Britten, 2008; стр. 19).

Во овој контекст, друг важен аспект на теоријата на Хабермас е т.н. колонизација на животниот свет од страна на системот, која е феномен на современите општества и подразбира зголемување на систематизираноста на одредени области на животниот свет, што доведува до отстапување или стагнација на првичната намена на животниот свет и неговото комуникативно дејствување (Barry et al, 2001). Ако се разгледува релацијата лекар-пациент, како симплифициран пример за интеракцијата меѓу системот и животниот свет, ваквата систематизираност и надреденост може да се илустрира преку, на пример, притисок на системот врз лекарот да прегледа повеќе пациенти со помало внимание, темелност и со што помалку ресурси (Butler et al, 2009). Лекарите, односно давателите на здравствени услуги се очекува да го максимизираат своето „производство“ во минимално време,

како предуслов за да бидат дел од системот и неговата претпоставена ефикасност (Cuff et al, 2006). Како резултат, ова доведува до ограничен простор за комуникативна рационалност, создава незадоволство на пациентот и неисполнети очекувања (Rao et al, 2000) што претставува неуспех во постигнувањето заедничко разбирање.

Но, колку и да се различни системската и животната рационалност, тие остануваат меѓусебно зависни и во постојана интеракција (Habermas 1987, стр. 34; Cuff et al, 2006, стр. 296). Вистинскиот тип на интеракција помеѓу двете сфери - во овој случај пациентот и лекарот - е она што го одредува производот и исходот од таквата интеракција. Бери и сор (2001) во своето истражување идентификуваат четири типа на интеракција меѓу системот и животниот свет (Табела 1).

Табела 1. Типови взаемна интеракција меѓу системот и животниот свет

Интеракција помеѓу системот и животниот век	Исход
Кога и лекарот и пациентот го користат исклучиво гласот на медицината (пр. акутни физички состојби), за решавање на еднозначни проблеми	Строго медицински пристап
Кога и лекарот и пациентот го користат гласот на животниот свет, при што пациентот е препознаен како уникатно човечко суштество	Взаемно делување и разбирање
Пациентот го користи гласот на животниот свет, додека лекарот го користи само гласот на медицината	Игнорирање на животниот свет
Пациентите го користат гласот на животниот свет, но лекарот со строго користење на гласот на медицината целосно го блокира гласот на животниот свет	Блокирање на животниот свет

(извор: Barry et al, 2001)

Нивната анализа ја поддржува претпоставката дека приоритизирањето на животниот свет ќе придонесе кон подобри исходи и похуман третман на пациентите како уникатни човечки суштества (Barry et al, 2001), но, исто така ќе придонесе за поголема усогласеност со препораките и медицинските совети што им се дадени (Kaplan et al, 1989). Во исто време, како што забележува и Бритен (2008), овој акцент на индивидуализираниот избор резонира со делото на Гиденс (1991) и делото за „индивидуализација“ на Бек (2002), кои ја засноваат својата теорија на претпоставката дека современото општество може да се карактеризира со можност поединците да избираат животен стил, при

тоа користејќи различни видови и извори на информации за секој аспект од својот живот со цел да се зголеми можноста за правење „правилен“ избор (Giddens, 1991; Beck, 2002). Согласно ваквата примена на теоријата на Хабермас, може да се заклучи дека животниот свет има значајна улога во донесувањето здравствени и мецицински одлуки, вклучително и оние поврзани со пропишување и користење лекови.

Улогата на пациентите во донесувањето одлуки за сопственото здравје

Улогата на пациентите во донесувањето медицински одлуки, а особено во пропишувањето и користењето лекови, не треба да се занемарува и треба да се гледа низ перспективата на сложена, контекстуализирана и значајна интеракција со лекарот и здравствениот систем во целина. Според тврдењето на Скамблер и Бритен (2001), анализата на односот лекар-пациент како „самостојна и автономна аналитичка единица“ претставува опасност од запоставување на поширокиот социолошки контекст и околности кои влијаат на истата. Влијанието и улогата на пациентите во донесувањето одлуки е првично разгледувано од страна на Мишлер (1984) кој смета дека: „гласот на животниот свет се заснова на контекстуализирани искуства на пациентот од сопствениот живот“ (Mischler, 1984; стр.104). Стјуарт и сор (2003) сметаат дека придонесот на пациентот во процесот на заздравување го вклучува „личното и субјективно искуство на пациентот со болеста; чувствата, мислите и променетото однесување на некој што се чувствува болен“ (Stewart et al, 2003, стр.35). Затоа, однесувањето и со тоа влијанието на пациентите и нивната врска со лекарот, односно давателот на услуги е неизбежно врзано за „сложената целина која вклучува знаење, верба, уметност, морал, закон, обичај и сите други вештини и навиките стекнати од човекот како член на општеството“ (Tylor, 1871). Однесувањето на пациентите претставува целокупност на стекнатото знаење и акумулираното искуство на една личност, кое се пренесува преку комуникација. Во оваа смисла, личниот идентитет како што е конструиран од Мед (1972) и Дуркем (1984) претставува структура што настанува како резултат на примање на социјално-генерализирани очекувања и „организиран збир на ставови преземени од референтни личности“ (Habermas, 1989; стр.58). Хабермас зборува за културата, општеството и личноста како структурни компоненти на животниот свет, каде индивидуалноста се изразува преку зголемените очекувања за автономија и самореализација (Habermas, 1989; стр.107). Така, покрај

специјализираните знаења и системската, односно инструменталната реалност, индивидуалноста игра значајна улога во обликувањето на комуникативното дејствување и исходот од интеракцијата лекар-пациент, вклучително и, на пример, притисокот и влијанието врз одлуката за пропишување лекови (Britten 2008, стр. 50). Хабермасовото комуникативно дејствување во интеракцијата лекар-пациент ја опишуваат и Лазаре и сор (1975) како еден вид преговарачки процес:

„Пациентите доаѓаат на лекар со едно или повеќе барања ...Задачата на лекарот е да утврди кои се тие барања, да ги утврди и прибере релевантните клинички податоци и да започне преговори што би требало да поттикнат врска на взаемно влијание помеѓу пациентот и лекарот“ (Lazare et al, 1975).

Зголемувањето на пристапот до информации, намалувањето на јазот во знаењето помеѓу давателите на услуги и пациентите и депрофесионализацијата на медицината (Scambler and Britten, 2001) стануваат можности за поголемо влијание на пациентот врз донесувањето одлуки, како дел од отпорот кон колонизацијата на животниот свет, од страна на државата или од пазарот (Williams and Poraу, 2001). Ваквото влијание дополнително е поттикнато од обидите на лекарите да „балансираат помеѓу задачата да ја разберат болеста („наука за медицината“) и задачата да го разберат пациентот („уметност на медицината“) (Butalid, 2014; стр.8). Лекарите имаат двојна улога, бидејќи го претставуваат системот во интеракцијата лекар-пациент, а во исто време и самите се дел од животниот свет, па личните искуства неминовно влијаат на нивниот начин на однесување.

Дискусија

Согласно погоре кажаното, може да се тврди дека Хабермасовата теоретската конструкција на односите помеѓу системот и животниот свет „дава основа за истражување на рационалностите на секојдневниот живот“ (Williams and Poraу, 2001). Како таква, може да се користи како теоретски концепт за разбирање на учеството на пациентите во донесувањето одлуки за нивното здравје, особено во делот на пропишувањето и користењето лекови. Во овој поглед, се наметнуваат неколку клучни наоди од овој труд. Пред сè, интеракцијата лекар-пациент не може да се разгледува издвоено од целокупниот општествен контекст во кој истата се случува. При тоа, ако оваа интеракција се користи како

симплифициран пример за односите меѓу системот и животниот свет, може да се донесат неколку заклучоци, кои произлегуваат од примената на Хабермасовата теорија за комуникативна акција во медицината. Во рамките на овие сложени интеракции, лекарите и давателите на услуги делуваат како посредник во дијалогот меѓу животниот свет, претставен со комуникативната цел на јазикот, културата и менталитетот, од една, и системот, претставен со инструментална цел на моќ и ресурси, од друга страна (Habermas, 1987; стр. 37).

Перспективата на системот во оваа интеракција претставува потреба од зголемена ефикасност на користењето на ресурсите, клучна за процесот на рационалност и се спроведува преку понатамошно формализирање на односите, особено регулативата кој се однесува на овие односи. Од системска перспектива, секогаш постои намера за натамошно структурирање и наметнување на системот врз животниот свет. Како што пишува Бритен (2008, стр. 19), „колонизацијата на животниот век“ (Habermas, 1987; стр. 100) се јавува кога системските императиви почнуваат да доминираат и да го нарушуваат животниот свет, постепено наметнувајќи ја неговата систематизираност. Каф и сор (2006) го гледаат ова како процес на преобликување на животниот свет во системски свет. Системот е повеќе наклонет кон стратешкото, отколку кон комуникативното дејствување, извршувајќи го она што може да се нарече умерен мотив за постигнување на поставените цели со употреба на потребните средства (Cuff et al, 2006).

Перспективата на животниот свет, пак, е онаа на намален простор за комуникативно дејствување, размена на ставови и меѓусебно разбирање. За животниот свет, системот и политиката придонесуваат кон оддалечување на лекарите, односно давателите на услуги од пациентите, и претставуваат бариера за нивно меѓусебно разбирање. Според Хабермас, за животниот свет најдобра позиција е онаа на „идеалниот говор“, што подразбира непостоење било какво наметнување врз комуникативната акција освен моќта на подобриот аргумент.

Заклучок

Горенаведеното ја нагласува потребата од континуирана дебата околу интеракцијата помеѓу здравствениот систем и пациентите, пред се заради потребата од нивна соодветна вклученост во донесувањето одлуки, што ќе придонесе за поголемо придржување кон медицинските совети и препораки (Cox et al, 2007). Според литературата, во последниве години трендот на едноставно следење на упатствата од лекарот кој

се смета дека знае што е во најдобар интерес на пациентот (Emanuel and Emanuel, 1992), сè повеќе се заменува со комуникативно партнерство помеѓу лекарот и пациентот во постигнување взаемно разбирање за тоа што е најдобриот интерес за пациентот, и како тоа оптимално да се постигне (Wald et al, 2007). Но, иако трендовите на „демократизација“ на донесувањето одлуки за здравјето полека стануваат реалност за дел од населението, сепак патерналистичкиот однос останува широко практикуван во голем број здравствени системи.

Апстракт

Истражувањата на секојдневните перспективи на здравјето и болеста од денешна гледна точка има долгорочна и мултидисциплинарна историја, но нивното место во медицинската социологија може да се сфати како рефлексја на одредени историски вградени идеолошки прашања на социологијата. Здравствените услуги, лековите и медицинските средства играат значајна улога во превенцијата и лекувањето на болестите, но нивната општа достапност и потенцијалното отсуство на стручен надзор при нивна администрација се причина за загриженост од несоодветна употреба. Направени се повеќе обиди да се анализира лекувањето и пропишувањето лекови од социолошки аспект, дел од нив со примена на теоријата на Хабермас за комуникативна акција, преку разгледување на интеракцијата на двете општествени сфери: системот и животниот свет (lifeworld). Притоа, перспективата на системот претставува потреба од зголемена ефикасност на користењето на ресурсите, клучна за процесот на инструментална рационалност и натамошно формализирање на односите. Перспективата на животниот свет, пак, е онаа на мален простор за комуни-

Neda MILEVSKA KOSTOVA

HEALTH AND SOCIETY: APPLYING HABERMAS' SOCIAL THEORY IN MEDICINE

Abstract

The exploration of common perspectives on health and illness from today's point of view has a long and multidisciplinary history, but its place within medical sociology can be understood to reflect some of sociology's more ubiquitous historically embedded ideological concerns. Health services, medicines and medical devices play an important role in the prevention and treatment of diseases, but their common availability and the potential absence of professional supervision raise concerns regarding potential inappropriate use.

Numerous attempts have been made to analyze treatment and medicine prescription from a sociological point of view, through Habermas' theory of communicative action, by considering the interaction of the two spheres of society: the system and the lifeworld. The perspective of the system is a need for increased efficiency of the resource use, crucial for the process of instrumental rationality and further formalization of relationships. The

кативно дејствување и неможност за постигнување меѓусебно разбирање. Иако трендовите на „демократизација“ на донесувањето одлуки за здравјето полека стануваат реалност, патерналистичкиот однос останува секојдневна пракса во голем број здравствени системи.

perspective of the living world, on the other hand, is that of reduced space for communicative action and the inability to achieve mutual understanding. Although the trends of "democratization" of health decisions are slowly becoming a reality, the paternalistic attitude remains a daily practice in many health systems.

Користена литература

Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine* 53(4):487-505.

Beck U. (2002). *The Cosmopolitan Society and its Enemies*. Theory, Culture & Society 19(1-2):17-44.

Bradley C.P. (1991). "Decision making and prescribing patterns - a literature review". *Family Practice* 8:276-85

Britten N. (2001). Prescribing and the defence of clinical autonomy. *Sociology of Health & Illness* 23(4):478-96.

Britten N. (2008). *Medicines and Society: Patients, Professionals and the Dominance of Pharmaceuticals*. New York: Palgrave Macmillan.

Butalid L (2014). *Changes in doctor-patient communication in general practice*, PhD thesis, Utrecht: Nivel.

Butler CC, Hood K, Verheij T, Little P, Melbye H, Nuttall J, Kelly MJ, Molstad S, Godycki-Cwirko M, Almirall J, Torres A, Gillespie D, Rautakorpi U, Coenen S, Goossens H. (2009). Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *British Medical Journal* 338:b2242.

Carone, G., Schwierz, C., & Xavier, A. (2012). *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*. Available at SSRN 2161803.

Cribb, A., & Barber, N. (1997). Prescribers, patients and policy: the limits of technique. *Health Care Analysis*, 5(4), 292-298.

Cuff EC, Sharrock WW and Francis DW (2006). *Perspectives in Sociology*, 5th Ed. London and New York: Routledge Taylor and Francis Group.

Durkheim E. (1984). *The Division of Labour in Society* Basingstoke: Macmillan

Emanuel EJ and Emanuel LL (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267(16):2221-6.

Finlayson, J. G. (2005). *Habermas: A very short introduction*. OUP Oxford.

Giddens A. (1991). *Modernity and Self-identity*. Cambridge: Polity Press.

Greene JA and Watkins ES. (Eds.). (2012). *Prescribed: Writing, filling, using, and abusing the prescription in modern America*. JHU Press.

Habermas J. (1987) *The Theory of Communicative Action, Volume Two: Lifeworld and System: A Critique of Functionalist Reason*. Cambridge: Polity Press.

Habermas J. (1989) *The Structural Transformation of the Public Sphere:*

an Inquiry into a Category of Bourgeois Society. Cambridge: Polity Press.

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 27(3):Supp.

Lazare, A., Eisenthal S, Wasserman L. (1975). The Customer Approach to Patienthood: Attending to Patient Requests in a Walk-in Clinic. *Archives of General Psychiatry* 32: 553-8.

Lieb K, Scheurich A (2014) Contact between doctors and the pharmaceutical industry, their perceptions and the effects on prescribing habits. *PLoS One* 9: e110130. DOI: 10.1371/journal.pone.0110130 PMID: 25330392.

Mead GH. (1972) *Mind, Self, & Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist* vol.1, Chicago:University of Chicago Press.

Mischler EG. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. New Jersey: Abler Publishing Corporation.

Mossialos, E., & Mrazek, M. (2002). Data needed for developing and monitoring policies. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 15(1-2), 15-28.

Paracelsus T. (1538). Die dritte Defension wegen des Schreibens der neuen Recepte, Septem Defensiones 1538. *Werke* Bd. 2, Darmstadt 1965, p. 508-513.

Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. (2000). Visit-Specific Expectations and Patient-Centered Outcomes. A Literature Review. *Archives of Family Medicine* 9:1148-55.

Scambler G. and Britten N. (2001): System, lifeworld and doctor-patient interactions: issues of trust in a changing world. In: Scambler, G. (ed.) *Habermas, critical theory and health*. London: Routledge.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al (2003). *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (2nd ed.). Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Tylor, E. (1871). *Primitive Culture: Research into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom*. London: John Murray.

Wald HS, Dube CE, Anthony DC. (2007). Untangling the Web—The impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship. *Patient education and counseling*, 68(3):218-24.

Williams G. and Popay J. (2001). Lay health knowledge and the concept of the lifeworld. In: Scambler G. (ed). *Habermas, Critical Theory and Health*. London: Routledge.

Whyte SR, Van der Geest S, and Hardon A. (2002). *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.