

© 2005 г.

Дмитриева Е.В. СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И КОММУНИКАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ. М.: Центр, 2002. Сакс М. ОРТОДОКСАЛЬНАЯ И АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА. Лондон - Нью-Йорк: Континуум, 2003. (на англ. яз.)

На рубеже тысячелетий в социологической литературе стал встречаться термин "социология здоровья" и все реже "социология медицины". Чем это вызвано? Аккумулирующимся недовольством со стороны специалистов-обществоведов и широкого общественного мнения об официальной медицине как одного из базовых социальных институтов.

В мировом обществоведении возник даже термин "медикализация", причем с сильной негативной коннотацией. *Медикализация* означает узурпирование официальным медицинским истеблишментом тех функций, которые она не способна адекватно выполнить, и тех полномочий, которые люди отнюдь не собирались ему предоставлять. Перестройка отечественной

системы здравоохранения, как показывает существующая практика, на деле перенимает у западной медицины не самые лучшие, но самые сомнительные ее черты. Поэтому вполне можно ожидать, что в самое ближайшее время концепции и практика медиализации станут одной из бурно обсуждаемых проблем и в нашем обществе.

Чтобы разобраться с существующими в этой области проблемами мы решили обратиться к двум вышедшим сравнительно недавно фундаментальным монографиям по социологии здоровья у нас в стране и за рубежом. Авторы - не только теоретики, но и практики. Британский профессор Майк Сакс признан ведущим западным специалистом по социологии здравоохранения, является проректором одного из самых динамичных британских университетов - Линкольнского. Е.В. Дмитриева совмещает исследовательскую и преподавательскую деятельность, активно сотрудничает с международными организациями в области здравоохранения, в том числе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

При своем возникновении ВОЗ определила здоровье как "состояние полного физического, умственного и социального благополучия"* . Таким образом, даже мировая профессиональная организация считает здоровье в равной мере и биологическим и социальным предметом. Е.В. Дмитриева фундаментально обосновала в отечественном обществоведении концепцию социологии здоровья. Она считает, что охрана здоровья тесно связана не только с достижениями медицинских наук (социальная гигиена, эпидемиология, организация здравоохранения и др.), но и с социальными науками, основным предметом изучения которых выступают общество и поведение людей: социологией (социология семьи, социальная работа, и др.), а также психологией, семиотикой, культурологией, антропологией, экономикой и др. По ее мнению, социальная гигиена, социология медицины и здоровья подчеркивают различные стороны взаимодействия общественных и медицинских наук. "Очевидно сходство социологии и медицины в том, что они рассматривают в качестве объекта в широком смысле жизнедеятельность человека и коллективов людей в широком единстве с природной и социальной средой. При этом в медицине объектом является жизнедеятельность человека и коллектива людей в контексте нормы и патологии, во взаимодействии с окружающей природной и социальной средой. В социологии объектом выступает бытие человека и коллектива людей во всем многообразии конкретных проявлений. Объектом социологии здоровья становится многообразие реальных проявлений бытия индивида и коллективов людей, обеспечивающее поддержание и воспроизводство их здоровья" (с. 51-51).

Что касается проблем, упомянутых выше, то их решение Е.В. Дмитриева предлагает искать, улучшая коммуникацию между врачом и пациентом, и, более радикально, между обществом и здравоохранением. Главной социальной функцией коммуникации является помощь индивиду в преодолении болезни, а также легитимизация позиции больного. Обратная связь гарантирует реализацию прав пациента, в том числе право на предоставление информации и право на выбор (с. 181).

Автор выделяет, в частности, *массовый уровень коммуникации* как форму коммуникации, основанную на использовании технических средств размножения и передачи сообщений. Применительно к здоровью - это государственные и межгосударственные программы, кампании по продвижению идеи здоровья и здорового образа жизни, как распространение и интерпретацию сообщений о здоровье.

Коммуникация здоровья в организации означает взаимодействие по нескольким поводам: управление лечебным учреждением, взаимоотношения между сотрудниками, внутренний климат организации. В *малых группах коммуникация* имеет форму планерок отчетов *сотрудников комиссии по контролю качества*. *Межличностная коммуникация* - это взаимодействие, где и отправитель, и получатель - это отдельные индивиды. Применительно к здоровью - это взаимоотношения "врач - врач", "врач-пациент", "пациент-пациент", "врач—родственник пациента" (с. 182).

Основой коммуникационных процессов является язык. Поэтому анализ коммуникации предполагает, прежде всего, структурно-лингвистический и содержательный анализ языка. Он не просто помогает передавать факты, а становится коллективным инструментом мысли, который входит в опыт, формирует его и меняет все восприятие феномена. Язык формирует понятие "я", "себя" и становится ключевым в понимании как физического, так и психического здоровья индивида. Используемый язык свидетельствует не только о принадлежности к определенной социально-профессиональной группе, но и позволяет получать информацию о стереотипах и взглядах на болезнь данной категории людей.

Напомним, что существуют следующие основные модели коммуникации:

WHO. Constitution of the WHO. NY: WHO Interim Commission, 1946. P. 3.

Терапевтическая модель. В ней описываются взаимоотношения врача и пациента, подчеркивается их роль в ходе привыкания последнего к болезни. Врач помогает справиться со стрессом, преодолеть психологические барьеры, учит адекватно реагировать на болезнь. Главная функция - поддержка человека.

Модель представления о здоровье. Она призвана объяснить природу самосохранительного поведения и состоит из индивидуальных представлений о восприимчивости к какой-либо болезни, о серьезности болезней, о преимуществах превентивного поведения и препятствиях на пути к его осуществлению. Также ее компонентом являются сигналы, которые заставляют индивида заботиться о своем здоровье. Таким образом, она дает общее представление о картине формирования превентивного поведения индивида.

Интеракционная модель рассматривает отношения между врачом и пациентом с точки зрения межличностных отношений в контексте определенной ситуации. Интеракция понимается как динамический процесс, основанный на взаимодействии обоих субъектов. Трансакция - это результат взаимоотношений между врачом и пациентом, направленный на достижение определенных целей.

Модель коммуникации по поводу здоровья более широкая по объему. Взаимоотношения описываются для всех субъектов: врачей, клиентов и значимых других. Включенность в процесс многих участников дает комплексный анализ этой коммуникации.

Модель объяснения. Она включает в себя интерпретацию пяти компонентов: этиологии, набора симптомов, патофизиологии, течения болезни (серьезность симптомов и тип роли больного), а также лечения. Эти модели детерминированы уровнем знаний, ценностями общества, а также подсистемами здравоохранения и представляют собой продукт исторического и социально-политического развития (с. 189).

Майк Сакс ищет стратегию разрешения современных социальных проблем здоровья в другой области. Не случайно его книга называется "Ортодоксальная и альтернативная медицина". Еще в 1992 г. М. Сакс констатировал, что в Великобритании примерно 11 тыс. терапевтов работают в области альтернативной медицины, а еще примерно 17 тыс. - являются незарегистрированными целителями и практиками. Все они обычно придерживаются "холистического" направления - то есть имеют дело целиком с личностью, а не просто со специфической болезнью. В 1993 г. Британская медицинская ассоциация признала необходимость и значимость подобных "альтернатив" и в то же время сделала упор на необходимость "хорошей практики" среди них (включая серьезную подготовку, этический кодекс, регистрацию членов и создание организационной структуры). Они становятся все более популярными потому, что официальная медицина (биомедицина) продолжает дистанцироваться от своих пациентов и не выполняет собственные обещания эффективно лечить многие болезни. Таким образом, пациенты становятся все более и более отчужденными от врачей.

Проведя историко-сравнительный анализ национальных систем здравоохранения Великобритании и США, М. Сакс пришел к выводу о том, что если в начале XX в. поводом для развития альтернативной медицины была в большей степени неудовлетворенность в медицинских потребностях определенной части населения, вследствие появления "дыр" при развитии биомедицины в здравоохранении. Налицо - невозможность лечения определенных видов болезней или беспомощность перед другими видами со стороны официальной медицины. В 1960-е годы это обстоятельство, наряду с развитием моды, предполагающей существование различных видов контркультуры (субкультуры) в США и западноевропейских странах, дало почву для взращивания мощной субкультуры также в медицине и здравоохранении. М. Сакс приводит следующие примеры. «Появление мощного течения медицинской контркультуры было главным образом связано с широкими социальными изменениями, которые происходили на Западе. Была разрушена идеология "научного прогресса". Медитация и мистицизм стали основой альтернативной медицины. Это было продиктовано огромным интересом западной технологической культуры к более естественной (натуральной) восточной философии» (р. 107).

Однако кроме моды на восточную культуру и нетрадиционную медицину в 1960-1970-е годы стали все более ощущаться слабость и во многих случаях даже вред официальной медицины. М. Сакс предлагает развивать взаимодействие ортодоксальной и альтернативной медицины. Преимущество такой интеграции он видит, во-первых, при лечении хронических болезней нетрадиционная медицина более эффективна; во-вторых, нетрадиционная терапия более дешева (технологии лечения и препараты); в-третьих, некоторые типы альтернативной медицины более привлекательны для человека как биологического существа из-за их относительно малого вреда в процессе лечения; в-четвертых, в нетрадиционной медицине акцент больше делается не на лечение, а на выздоровление (р. 155).

Какие же выводы позволяет сделать книга Е.В. Дмитриевой, а также данные, почерпнутые из работы М. Сакса и трудов других ведущих специалистов в этой отрасли социологии?

Здоровье - одновременно проблема и социальная, и биологическая. Как и благосостояние, оно зависит от уровня и распределения ресурсов общества. Культура определяет, как дефиницию здоровья, так и способы заботы о здоровье. На протяжении всей человеческой истории здоровье было низким с точки зрения современных стандартов. Резкое улучшение здоровья произошло в XIX в. в Западной Европе и Северной Америке прежде всего потому, что индустриализация подняла уровень жизни, а впоследствии достижения медицины позволили контролировать распространение инфекционных заболеваний. Инфекционные заболевания были главными убийцами людей с начала XX века. В начале нынешнего - большинство людей в Северном полушарии умирает в старости от сердечно-сосудистых заболеваний или рака. Здоровье в бедных странах подрывается неадекватной санитарией и голодом. Средняя ожидаемая продолжительность жизни здесь на 20 лет ниже, чем в Европе. В самых бедных странах половина детей не доживает до взрослого возраста. Количество заболеваний, передаваемых половым путем, увеличилось за последние полвека соответственно тенденции, прямо противоположной тенденции снижения других инфекционных заболеваний. Возможность продления жизни неизлечимо больным людям ставит множество этических проблем, в том числе и права умирающих.

В прежней истории здоровье было заботой семьи. Сегодня забота о здоровье является ответственностью специально подготовленного персонала. Модель научной медицины превалирует в медицине в социальном институте развитых обществ. Холистическое (альтернативное) лечение побуждает людей принимать на себя большую ответственность за собственное здоровье и благосостояние и заставляет профессиональных целителей интересоваться знанием личности пациентов и их окружением.

Коренное отличие систем здравоохранения при капитализме и социализме состоит в следующем. Социалистические общества, напомним, определяли медицинскую помощь как право, которое правительство предлагало каждому гражданину на условиях равенства. Капиталистические общества рассматривают медицинскую помощь как продаваемую услугу, хотя большинство капиталистических государств поддерживает медицинскую помощь посредством социализированной медицины или национальной системы страхования здоровья.

Функциональный подход в социологии связывает здоровье и медицину с другими социальными структурами. Центральной категорией функционального анализа является роль больного, посредством которой больной человек освобождается от текущих социальных обязанностей.

Книга Е.В. Дмитриевой свидетельствует о теоретической и практической актуальности этой отрасли знания, весьма перспективных ресурсах и способах воздействия на столь важную сферу, как общественное здоровье населения.

Р.С. ИВАНОВ,
кандидат социологических наук;
В.П. КУЛТЫГИН,
доктор философских наук