

*Н.Н. Седова*

### **Здоровье и болезнь в социальном контексте**

Хотя болезнь коренится в теле человека, в своем социальном проявлении она выходит далеко за рамки физиологии. Процесс, определяемый некоторыми исследователями как легитимная болезнь, имеет под собой иерархию власти и экономических ресурсов больного (Браун, 1995). Социологи используют термин *медикализация* для того, чтобы объяснить, как жизненные коллизии, включая все аспекты процесса взросления, и социальные проблемы, такие как алкоголизм и наркомания, получили свое научное описание в среде профессиональных медиков. Медиализация дает большой список физиологически различных «болезней», которые лечатся с помощью обследований и тестов, на основе которых больным выписывают рецепты, нередко на очень дорогие лекарства. Работник сферы здравоохранения — всегда эксперт. То, что пациент знает о своем собственном теле и его недостатках, не является частью профилактики, поддержки стабильного состояния и тем более лечения.

Медиализация неотделима от финансовой структуры медицинского обслуживания. Выделение столь большого количества физических состояний болезней увеличивает прибыль у капиталистов от медицины, например, в таких странах, как США. В свою очередь, подобная практика вступает в противоречие с системами национального здравоохранения, разработанных специально для понижения расходов пациентов. Комбинация медиализации и финансовой структуры общества

формирует особый стиль поведения медицинского работника по отношению к пациенту. Если целью является выкачивание денег, то врачи предпримут всяческие усилия, чтобы объяснять пациенту каждый симптом как отдельную, поддающуюся лечению, болезнь. Если же в обществе стоит установка на сокращение расходов, то врачи могут игнорировать редкие, требующие длительного исследования и проверки, случаи или же комплексные медицинские проблемы. Во всех системах здравоохранения западного типа врачи используют биомедицинскую информацию, добытую и проверенную в исследовательских институтах, приоритеты исследований которых находятся в прямой зависимости от источников финансирования. В их качестве могут выступать фармацевтические компании, правительственные учреждения или частные лица. Каждый из них имеет определенный план проведения исследований. Уже при разработке плана работ исследователи знают, в интересах какой социальной группы они будут проводить свою работу. Таким образом, медиализация может сделать очень многое, чтобы превратить любой общий симптом в болезнь, излечимую с помощью таблеток или инъекций, и практически не в состоянии повлиять на распространение болезней, вызванных загрязнением окружающей среды, производственными травмами, бедностью или систематическими побоями.

Для пациентов симптомы их болезней проявляются в контексте жизни каждого из них. Эти симптомы становятся болезнями в ходе получения профессиональной медицинской помощи. Социальный опыт человека как пациента включает в себя отношения с родственниками, коллегами и друзьями. В конечном итоге изменение состояния здоровья меняет положение человека в мире. Перелом ноги может восприниматься как простая травма, но эта травма совершенно по-разному осознается профессиональным атлетом, для которого она становится точкой в его карьере спортсмена, и банковским клерком, для которого она не более чем досадное неудобство. Две разные болезни могут подвергаться вполне успешному медикаментозному лечению, однако социальные последствия от заболевания пневмонией весьма отличны от последствий гонореи. Если у вас была гонорея, то вполне вероятно, что вы будете скрывать

этот факт личной истории во время собеседования при устройстве на работу. Если же вы перенесли воспаление легких, то этот факт может оказаться удачным предложением, чтобы не ходить на работу в слишком холодную погоду.

Поскольку болезнь социально обусловлена, работники сферы здравоохранения и пациенты могут воспринимать совершенно одинаковый набор симптомов (или же их отсутствие) совершенно по-разному. Терапевты имеют тенденцию обращать внимание на видимые физические симптомы болезни или недвусмысленные результаты обследования организма. Для них идеальная болезнь — это такое состояние организма, проявляющееся в определенном наборе симптомов (или их отсутствии), по которым можно безошибочно поставить диагноз. Затем на его основании проводить лечение таким образом, чтобы устранить отмеченные ранее симптомы и вернуть пациенту способность к нормальному образу жизни. Для пациентов возвращенная способность жить обычной жизнью, хотя и с хроническими заболеваниями, совершенно отлична от состояния полного излечения. Это естественно, поскольку излечение возвращает вас к прежнему нормальному состоянию, в то время, когда хроническое заболевание вынуждает вас внести определенные изменения в ваш образ жизни и поведение. Подобным образом некоторые явления, сопутствующие лечению, которые воспринимаются врачом как неизбежные последствия лечения, пациент переживает как внезапное усиление боли или дискомфорта, стрессовое состояние и прочие последствия лечения, за которое была уплачена определенная сумма. Больные, уверенные в том, что их лечащие врачи игнорируют признаки ухудшения их состояния или же прописывают неоправданное хирургическое вмешательство, могут обратиться с жалобой в Комитет по этике. Если Комитет определяет, что пациент был лишен необходимого лечения, то он может потребовать возмещения своих расходов на лечение.

Качество медицинского обслуживания зависит, как известно, и от принятой в данной стране модели здравоохранения. Сегодня наиболее широко в мире распространена модель страховой медицины. Согласно правилам этой модели услуги сферы медицинского обслуживания оплачиваются посредником,

в роли которого выступает страховое агентство или государство. Довольно часто выбор пациентом врача или больницы ограничен, а решения врача в области выбора вида лечения и лекарств зависят от того, что позволяет оплачивающая сторона. С того момента, когда целью большей части планов индивидуальных медицинских программ стала материальная выгода, страховщики стали оказывать давление на представителей сферы медицинского обслуживания, чтобы те разрабатывали рыночно прибыльные планы программ медицинского обслуживания. Врачи потеряли престиж и свободу принятия профессиональных решений, однако пациенты не приобрели такого положения, которое позволяло бы им оказывать влияние на процесс лечения (Фрейдсон, 1989). Третья сторона, входящая в процесс предоставления медицинских услуг населению, — это плательщик, то есть большая частная или государственная бюрократическая организация, пытающаяся установить правила игры, выгодные только для нее. Под этим имеется в виду ограничение времени пребывания пациента в больнице, назначение спорных операций, выписка больных на дом, нуждающихся в стационарном лечении. Даже во время посещения представителей сферы медицинских услуг члены семьи или друзья больного должны быть готовы выступить в роли «сиделки» (Глэйзер, 1991).

Другими важнейшими игроками в системе современной медицины выступают фармацевтические компании, установившие многие, на первый взгляд, нейтральные клинические практики. Потребности, как больных, так и здоровых людей, выявленные с помощью маркетинговых исследований, определяют направление медицинских исследований в области разработки новых клинических препаратов. Из самых известных разработок последнего времени можно назвать *Виагру* — препарат для лечения нарушений эрекции, большое количество антидепрессантов и антиаллергических препаратов. В системе такого рода суть болезни, ее неотъемлемый социальный компонент незаметен.

Российское здравоохранение в обсуждаемом контексте представляет собой особое явление. Современный период развития отечественной медицины — болезненный, смутный, но необходимый, связан с поисками совместимости с мировым

здравоохранением при сохранении основных достижений здравоохранения отечественного. В нашем обществе старая система ценностей распалась, а новая еще не вызрела. Ценности в медицине представляют собой, пожалуй, самый консервативный блок в общей системе ценностей. Однако и они подвержены изменениям.

В России сейчас значительно больше, чем во многих других странах, проблем, подлежащих социальному анализу в аспектах сохранения человеческого потенциала. Это объясняется переходным состоянием общества, где представлены как старые формы жизнедеятельности и социальных институтов, так и новые. К острейшим проблемам следует отнести угрозу депопуляции. Хотя мы считаем, что она сильно преувеличена, поскольку диаграмма этногенеза не есть прямая, а скорее синусоида, но выход на новый подъем возможен только при осознании ситуации и способности управлять ею. Отсюда — жесткие требования в сфере охраны материнства и детства, борьбы с этническими болезнями. Дело в том, что Россия как многонациональная страна не может рассматриваться в бинарном пространстве — социальном, биологическом, да каком угодно. Здесь всегда присутствует третий параметр — этнический. Поэтому распределение темпов депопуляции различно в различных этнических группах и среднестатистические величины не могут быть правильно истолкованы без учета этого фактора. Пока эти проблемы только намечены, но не разработаны.

Поливариантность медицинских услуг в современной России ставит очень остро вопрос о «равной доступной медицинской помощи надлежащего качества» («Конвенция о био-медицине», 1998). Не говоря уже о том, что GCP — дело для нас новое; как обеспечить равнодоступную медицинскую помощь, пока мало кто знает, хотя система медицинского страхования постоянно совершенствуется, и если первая ее модель была целиком заимствована, то теперь она приобретает национальные черты. К сожалению, к национальным чертам относится и «забюрокративание» любых социальных институтов с удивительной скоростью. Региональные органы здравоохранения, территориальные фонды обязательного медицинского страхования,

страховые кампании занимаются зачастую решением одних и тех же проблем. В результате чиновников от здравоохранения становится больше, а проблемы не решаются.

Другие проблемы связаны непосредственно с медицинскими манипуляциями. Так, например, операции по шунтированию коронарных сосудов, гемодиализу, лекарственной терапии лейкозов и т.п. пока доступны лишь незначительному количеству пациентов. Мы не говорим уже о банках органов для трансплантации. Эффективная профилактика атеросклероза с помощью препаратов из группы статинов практически недоступна из-за стоимости этих препаратов. Врачи, обслуживающие интересы определенных фармацевтических компаний (вполне легальный заработок, не запрещенный законом – нет у нас на этот счет вообще никакого закона), рекомендуют пациентам дорогостоящие импортные препараты вместо дешевых отечественных. С другой стороны, дженерики менее эффективны, чем фирменные препараты. Этическая оценка стоимости здоровья прописана, пожалуй, только в Законе РФ «О рекламе», но он несовершенно и часть его положений приходит в противоречие с Законом «О лекарственных средствах».

Патерналистская модель в практической медицине превагирует, поэтому принцип информированного согласия если и соблюдается, то зачастую неформально – без соответствующих документов. Контрактная модель существует только в частных клиниках, поскольку подавляющее большинство людей пока не привыкли к мысли о покупке здоровья по сходной цене, да у них и денег нет.

Противоречивые нормы существуют и в вопросе о конфиденциальности, поскольку согласно правилам биоэтики и требованиям международных документов, в этом вопросе мнение пациента обязательно для врача. Однако существующие у нас правовые акты по поводу особо опасных заболеваний, а также административные правила внутрибольничного распорядка делают такой подход в ряде случаев невозможным.

В заключение можно констатировать, что, несмотря на то, что все люди проходят через такие универсальные физиологические феномены как рождение, рост, болезни, взросление и смерть, опыт каждого человека, переживающего каждый из

вышеназванных феноменов, индивидуален, поскольку между универсальными вехами жизни для всего человечества существуют особенности, проистекающие от членства того или иного индивида в социальных группах, женщин и мужчин, различного расового и этнического происхождения, экономического статуса, живущих в разные исторические эпохи и разных географических условиях. Социальное положение создает основы для поведения человека, когда он здоров или болен, но нельзя не учитывать и тот момент, что пациенты представляют собой рабочий материал в руках профессионалов, оказывающих им помощь, источник дохода для организационных и финансовых структур системы здравоохранения.