

0-777357

На правах рукописи

БЕНДИНА Ольга Александровна

ПРАКТИКИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ
В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ

Специальность 22.00.06 – Социология культуры

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук



Саратов 2009

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Саратовский государственный
технический университет»

Научный руководитель: доктор философских наук, профессор
Михель Дмитрий Викторович

Официальные оппоненты: доктор социологических наук, профессор
Андрянова Елена Андреевна

доктор социологических наук, профессор
Понукалин Алексей Алексеевич

Ведущая организация: Институт социологии РАН, г. Москва

Защита состоится «28» мая 2009 г. в 12 часов на заседании диссертационного совета Д 212.242.03 при ГОУ ВПО «Саратовский государственный технический университет» по адресу: 410054, Саратов, ул. Политехническая, 77, Саратовский государственный технический университет, корп. 1, ауд. 319.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-технической библиотеке ГОУ ВПО «Саратовский государственный технический университет».

Автореферат разослан

«28» апреля 2009 г.

Автореферат размещен на сайте Саратовского государственного технического университета www.sstu.ru «28» апреля 2009 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



В.В.Печенкин

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КГУ



0000547535

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность диссертационного исследования. Здоровье традиционно было важным аспектом человеческой идентичности и элементом культуры. Признавая здоровье одним из высших благ, люди всегда стремились сохранить его, накапливая необходимые знания и опыт. В повседневности они служили основой для выживания индивидов и обществ. Процесс разделения труда, научный прогресс и возникновение государства современного типа привели к установлению монополии на такие знания в сфере компетентности профессионалов. Рождение госпитальной медицины в XIX в. и формирование национальных систем здравоохранения в XX в. закрепили сложившийся порядок, при котором трансляция идей, представлений, знаний и культурных норм сохранения здоровья стала соотноситься исключительно с медицинскими практиками, а здоровье индивидов, как и общественное здоровье, стало рассматриваться как предмет попечения с позиций научно-медицинского знания. В СССР, где был установлен прочный союз между государственной властью и элитой медицинского сообщества, такой порядок нашел свое воплощение в медицинской системе эксклюзивного (монополистического) типа.

Распад СССР и сопровождающий его системный кризис затронули все социальные институты, привели в движение новые социальные силы, способствовали глубоким трансформациям в сфере культуры. В начале 1990-х гг. в стране сложилась ситуация, когда забота о здоровье индивидов, фактически, стала делом их самих. В национальном масштабе параметры общественного здоровья крайне ухудшились. На фоне растущей смертности и снижения рождаемости, роста заболеваемости и травматизма, сокращения продолжительности жизни населения в целом многие специалисты и государственные деятели обоснованно забили тревогу. Кроме констатации социально-экономических и социально-политических причин, породивших такую ситуацию, они обратили внимание на некоторые процессы в культуре, дополняющие эту картину, в частности, на утрату навыков «самосохранительного поведения» у многих слоев населения. Было указано, что начавшаяся коммерциализация учреждений здравоохранения и растущая социальная дифференциация и неравенство еще больше драматизировали ситуацию. Тем не менее, некоторые культурные тенденции остались за пределами внимания.

В последние два десятилетия в России социокультурные нормы сохранения здоровья изменились, начался настоящий ренессанс различных форм так называемой «альтернативной медицины», и трансляция знаний, идей и представлений о сохранении здоровья перестала быть только делом медиков. Начал формироваться особый сектор экономики, специализирующийся на оказании помощи в вопросах сохранения здоровья и профилактики болезней. Качество услуг на нем - часто крайне низкое, но во мно-

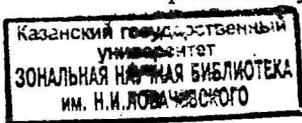
гих случаях вполне сопоставимо с качеством услуг в сохранившихся бесплатными секторах государственного здравоохранения. При этом модель взаимоотношений между «альтернативными» целителями и их клиентами обычно выглядит более выигрышной на фоне до предела формализованных практик работы с пациентами в государственных медицинских сервисах. Таким же образом стала выглядеть и ситуация в коммерческих медицинских учреждениях. В различных формах происходит «социальное пробуждение» пациентов. Многие люди уже не удовлетворены традиционным медицинским патернализмом и стремятся к партнерскому участию в деле сохранения их собственного здоровья. Активность в этих вопросах порождена и растущими социальными запросами на здоровье, присущими расширяющейся идеологии потребления.

Катастрофическое ухудшение общественного здоровья, выраженное в количественных показателях, соседствует с ростом социальной активности в сфере сохранения индивидуального здоровья. Последнее характерно не для всего населения, а лишь для тех социальных групп, которым удается избегать крайней бедности. Во многих странах Европы, Северной Америки и Дальнего Востока практики сохранения здоровья уже стали делом большинства населения и приобрели вариативные формы (регулярное самонаблюдение, посещение специалистов, знание своих диагнозов, отказ от вредных привычек, внимание к питанию, потребление БАДов, занятия спортом и фитнесом). В России такие практики часто менее многочисленны, но процесс их пролиферации все же идет.

Исследовать какие представления о здоровье и болезни, правила взаимодействия между клиентами и специалистами существуют, как формируется пространство конструирования культуры самосохранения с позиций социологии крайне важно.

Степень научной разработанности проблемы. Проблематика практик сохранения здоровья, без сомнения, входит в предметную область социологии культуры. Проблемы подобного рода изучаются также в таких областях, как социология деятельности и социология потребления, а, кроме того, в связанных с ними социологии медицины и здоровья, социальной и медицинской антропологии, теории и практике социальной работы. В отечественной науке исследования здоровья, нетипичности, культуры самосохранения начались относительно недавно и продолжают развиваться.

В зарубежной социологии проблема практик сохранения здоровья развивается на почве исследований, берущих начало в первой половине XX в., когда М. Вебер начал обсуждать вопрос о природе социального действия, а Э. Дюркгейм наметил подходы к ней в концепциях разделения труда, социальной солидарности и социальной анонимии. Г. Зиммель показал, что вследствие разрыва между «субъективной» и «объективной культурой», многие знания, в том числе медицинские, переходят в исключительное достояние специалистов. Т. Парсонс постулировал возможность



сохранения социального равновесия через механизм социального контроля, в осуществлении которого принимают участие и службы здравоохранения в целом, и медики на своих рабочих местах в частности. Избыточность социального контроля в деятельности современных медицинских сервисов проанализировали П. Бурдые, И. Иллич, В. Наварро, Э. Оукли, Б. Тернер, М. Фуко, заложив тем самым основы для теории медиализации общества, выразившей радикально-критический взгляд на практику охраны здоровья на институциональном уровне.

Перенос исследований на микросоциальный уровень открыл новые возможности для теоретической проработки проблематики сохранения здоровья. Г. Гарфинкель указал на важность осмысления рациональности повседневной жизни, а Ю. Хабермас – «коммуникативной рациональности». Э. Гидденс показал важность изучения действий индивидов «в тени» социальных структур, М. Фуко совершил поворот к изучению практик «заботы о себе» и «управления собой», а И. Гофман показал, что собственной рациональностью обладают не только обладатели власти и знания, но и группы, формально лишенные их, в частности пациенты больниц.

В 1980-е гг. вслед за «антропологическим поворотом» и активизацией феминистских и гендерных исследований в социальных науках начался бурный рост исследований, посвященных «невидимым» и «безмолвным» героям и героиням общества. Н. Джюсон, Р. Портер, Ю. Шпломбом указали на важность изучения стратегий поведения пациентов, обратив внимание на превратности исторической динамики пары «врач-пациент». В рамках социальной и медицинской антропологии активизировались исследования «альтернативных» практик врачевания и профилактики болезней (А. Клейнман, М. Ласт, Г. Линквист, Н. Шейпер-Хьюз), а в сфере медицинской социологии наметился переход к «социологии здоровья и болезни» (Дж. Ритцер, К. Эрцлиш). Реформирование институтов здравоохранения на Западе, вызванное экономическим кризисом, распространение эпидемии СПИД и начавшийся бум на здоровый образ жизни в последующие годы способствовали переносу внимания социологов на быстро растущие социальные практики самосохранения, охватившие различные слои общества. С позиций социологии потребления был описан новый феномен – «рынок здоровья» (Д. Армстронг, Ж. Бодрийяр, М. Стейси, М. Фитцпатрик), которому обнаружили исторические соответствия в прошлом, когда заботой о здоровье индивида занимались не только врачи, но и аптекари, знахари и другие многочисленные специалисты (Х. Кук, Р. Портер, К. Тиммерман).

В отечественной социологии проработка аналогичных вопросов была начата первоначально в рамках социологии медицины (Ю.П. Лисицын, А.В. Петленко, А.В. Сахно, Л.П. Семенова, К.Н. Хабибуллин, Г.В. Царегородцев). В последующем развернулись дискуссии по вопросу о «самосохранительном поведении» (А.И. Антонов, И.В. Журавлева, В.М. Медкова, Л.С. Шилова). Некоторые исследователи предприняли попытку трансформации медицинской социологии в социологию здоровья, демонстрируя

стремление следовать зарубежному опыту (Е.В. Дмитриева, В.П. Култыгин, Р.С. Иванов). С позиций различных направлений социологического знания начали обсуждаться вопросы о судьбах отечественного здравоохранения в период реформ (Н.С. Григорьева, И.А. Захаров, А.В. Решетников, И.М. Шейман, С.В. Шишкин), о социальном неравенстве и доступности медицинской помощи разным группам населения (О.Е. Артамонова, Д.В. Зайцев, Э.К. Наберушкина, Н.Е. Тихонова, Е.Р. Ярская-Смирнова), о социальной коммуникации по поводу здоровья и роли пациентов в ней (Н.Л. Антонова). Начались исследования социокультурных аспектов «альтернативных» медицинских практик (О.А. Волкова, О.А. Григорьева, Т.А. Самарская, Г.А. Тепер), были раскрыты новые социальные контексты здоровья, болезни, помощи, профилактики (Е.А. Андриянова, Г.А. Кабакова, Д.В. Михель, А.А. Чернецкая). Стал возрастать поток исследований, посвященных осмыслению форм социальной активности пациентов и социокультурных контекстов их действий, нацеленных на защиту своих прав и интересов (Дж.В. Браун, В.А. Мансуров, Л.С. Мельникова, Л.В. Панова, Н.Л. Русинова, Е.Р. Ярская-Смирнова).

Признавая значение указанных исследований в анализе социальных процессов и культурных тенденций, характеризующих практики сохранения здоровья в современный период, необходимо признать, что в отечественной социологии данная проблематика еще только начала разрабатываться, а многие вопросы, связанные с ней, требуют дальнейшего обсуждения. Недостаточно изучены социокультурные основания и механизмы производства и воспроизводства знаний о сохранении здоровья, социальные субъекты, воплощающие эти знания на практике, характер и содержание основных проблем, возникающих между ними в процессе социального взаимодействия.

Целью диссертационной работы является социологическая интерпретация сложившегося в рамках современного общества комплекса практик, нацеленных на сохранение здоровья. Для достижения поставленной цели выдвигаются следующие задачи:

- 1) обобщить существующие в отечественной и зарубежной социологии теории и методологические подходы к изучению проблемы сохранения здоровья, концептуализировать и систематизировать практики сохранения здоровья в качестве объекта социологического исследования;
- 2) раскрыть социальные и культурные причины изменений способов сохранения здоровья в условиях трансформации современного российского общества и дать теоретическое описание возникающей вследствие этого социальной структуры;
- 3) осуществить анализ социальных представлений, касающихся характера взаимоотношений между субъектами, вовлеченными в практики сохранения здоровья, используя для этого материалы анкет, фокус-групп и интервью с лицами, пользующимися услугами лечебных учреждений и практикующих народных целителей;

4) разработать инструментарий и провести оригинальное исследование с применением качественных методов (наблюдение, интервью) для изучения практик сохранения здоровья, провести вторичный анализ данных исследования Фонда общественного мнения и проинтерпретировать эмпирическую базу проекта «Динамика социального и профессионального статуса специалистов традиционной медицины в России»;

5) проанализировать картину социальных взаимоотношений между медицинскими специалистами и посетителями лечебно-профилактических учреждений, а также динамику их социальных ролей и статусов, используя материалы фокус-групп и интервью с ВИЧ-инфицированными пациентами;

6) рассмотреть картину социальных взаимоотношений между специалистами альтернативной медицины и их клиентами, проинтерпретировав материалы интервью с сельскими жителями, фокус-групп.

В качестве **объекта** исследования выступает комплекс практик сохранения здоровья в контексте современной культуры, в качестве **предмета** – социальные отношения по поводу сохранения здоровья между специалистами и их клиентами и связанные с ними социальные представления.

Теоретико-методологическая основа диссертации. Центральная идея диссертации состоит в том, что среди различных видов социальной деятельности в условиях современного динамично развивающегося общества особую роль играют практики, нацеленные на сохранение здоровья. Разработка проблематики практики сохранения здоровья осуществлена с опорой на теорию социального действия (М. Вебер) и теорию социальных и культурных практик (П. Бурдьё, М. Серто, М. Фуко). Социальные отношения по поводу здоровья и болезни анализируются с опорой на труды Т. Парсонса, И. Гофмана, Д. Михеля, М. Ривкин-Фиш, К. Эрплиш. Социальная феноменология рынка здоровья разворачивается с опорой на разработки Д. Армстронга, Р. Портера. При концептуализации основного понятия диссертации применялись научные труды западных и отечественных социологов, работавших в области социологии здоровья и болезни (Н. Джусон, Е. Дмитриева), социологии медицины (М. Берто, Ф. Моссэ, М. Стефан, М. Фитцпатрик), социальной и медицинской антропологии (Л. Берк, С. Броучек, Г. Кабакова, Н. Шейпер-Хьюз), социальной истории медицины (У. Байнум, Дж. Пикстоун, Р. Портер, Ш. Уоттс). Использование общесоциологической методологии позволило проинтерпретировать эмпирические данные, создать типологию потребителей услуг официальной и альтернативной медицины, проанализировать картину социальных отношений между специалистами и их клиентами и связанные с ними социальные представления. Методология прикладного исследования и инструментария базируется на разработках Г. Батыгина, Н. Девятко, П. Романова, В. Семеновой, В. Ядова, Е. Ярской-Смирновой.

Эмпирическую базу диссертационной работы составляют результаты социологического исследования практик сохранения здоровья, в ходе ко-

того проведены полуформализованные интервью с потребителями услуг по сохранению здоровья (N=31, 2007 г, среди которых N=15 с ВИЧ-позитивными женщинами, 2008 г, собранные в рамках индивидуального проекта «Подходы к проблемам ВИЧ/СПИДа и охраны общественного здоровья в Российской Федерации, опирающиеся на местное самоуправление: аспекты гендера и сексуального здоровья», Исследовательский совет в области общественных наук); фокус-группы N=9 (Сыктывкар, Саратов, 2007 г.), полученные в ходе проекта «Динамика социального и профессионального статуса специалистов традиционной медицины в России», в рамках гранта РГНФ 05-03-03449а, руководитель В.А. Мансуров, руководитель саратовской группы Е.Р. Ярская-Смирнова. Для достижения наибольшей достоверности диссертационного исследования проведен вторичный анализ данных Фонда общественного мнения (N=1500, 2002 г.) Сочетание качественных и количественных методов позволяет выявить не только общие тенденции изменения в сфере здоровья, но и понять их причины.

Основная гипотеза исследования. Специалисты и их клиенты, вовлеченные в практики сохранения здоровья, обладают разными ресурсами, формируя «группы сильных» (профессионалы) и «группы слабых» (клиенты). Они действуют на основе моделей, которые навязываются профессионалами, но оспариваются акторами, обращающимися к ним за помощью. Стратегическая цель последних – не только получить желаемую услугу и терапевтический эффект, но и добиться доверительных отношений, позволяющих им сохранить социальный статус, существовавший до вступления в отношения с профессионалами («сильными группами»).

Научная новизна диссертации заключается в постановке, обосновании и решении задач социокультурного анализа практик сохранения здоровья в современной России и может быть сформулирована следующим образом:

1) обобщены существующие в отечественной и зарубежной социологии методологические подходы к изучению проблемы сохранения здоровья, уточнены и систематизированы основные идеи теории практик в контексте изучаемой проблематики;

2) впервые осуществлена социологическая концептуализация феномена практик сохранения здоровья и представлена их систематизация применительно к ситуации трансформирующегося российского общества;

3) представлена новая социологическая интерпретация рынка здоровья, а его агенты, их социальные роли и статусы рассмотрены в контексте процессов коммерциализации институтов здравоохранения, появления народного целительства и усиления идеологии консьюмеризма;

4) осуществлен авторский анализ социальных представлений лиц, пользующихся услугами лечебных учреждений и практикующих народных целителей, относительно «ортодоксальной» и «альтернативной» медицины;

5) с позиций теории социального капитала проанализированы картина социальных отношений между медицинскими специалистами и посетителями лечебно-профилактических учреждений, динамика их социальных ролей и статусов;

6) разработаны оригинальная программа, инструментарий и проведено социологическое исследование взаимоотношений врачей и женщин с ВИЧ-статусом;

7) разработано и осуществлено социологическое исследование характера культурных различий в осуществлении практик лечения и профилактики в городе и на селе в условиях современной трансформации российского общества.

Непротиворечивое теоретическое обоснование концепции исследования, применение различных социологических подходов к изучению практик сохранения здоровья, соответствие методов и методологии исследования современным тенденциям к интерпретации данных, полученных в качественных и количественных социологических исследованиях, сопоставление интерпретации полученных эмпирических данных с другими результатами исследований отечественных и зарубежных ученых позволяют судить о достоверности и обоснованности результатов диссертационного исследования.

В ходе проведения теоретического и прикладного социологического исследования получены следующие основные результаты, формулируемые как положения, выносимые на защиту:

1) Практика сохранения здоровья – это социальное действие с участием специалиста или учреждения по охране здоровья и потребителя его услуг, нацеленное на достижение физического, ментального и социального благополучия потребителя и дополняемое диалогом обеих сторон о способах и средствах лечения и профилактики. Индивидуальные практики сохранения здоровья выстраиваются на основе популяризированного профессионального знания. Специалист из практик сохранения здоровья не исчезает, а является интериоризованным образом в сознании людей. Практики сохранения здоровья разворачиваются на двух уровнях - институциональном и межличностном. На институциональном уровне они по преимуществу сопровождаются установлением статусной асимметрии в диалоге и влекут за собой символическую редукцию потребителя до состояния физического объекта, организма. На межличностном уровне они характеризуются сохранением статусной симметрии в диалоге и не вызывают вышеуказанной символической редукции.

2) В условиях трансформирующегося российского общества, появления рыночной экономики и характерной для нее идеологии консьюмеризма практики сохранения здоровья пролиферируют и образуют новое социальное пространство, которое может быть названо «рынком здоровья». Главным объектом потребления на таком рынке выступает здоровье, т.е. весь

комплекс услуг, который специалисты и учреждения по охране здоровья способны предлагать потребителям. В контексте происходящих изменений на этом рынке появляются различные группы «поставщиков здоровья», в том числе дипломированные врачи и народные целители. Потребители их услуг перестают исполнять социальные роли пациентов и становятся клиентами.

3) Вариативность моделей отношений между специалистами и их клиентами связана с многочисленными представлениями о качестве услуг, оказываемых специалистами. Возникновение рынка здоровья как особого социально-культурного пространства, насыщенного новыми практиками сохранения здоровья, стимулирует партнерскую модель отношений между врачами и пациентами, а также другими поставщиками и потребителями здоровья. Господствующие в значительной мере нуждаются не только в эффективности предлагаемых им услуг, но и в позитивном восприятии и уважении их личности со стороны первых, доверии и предоставлении информации о характере рекомендуемых мер сохранения здоровья. Одновременно с этим у потребителей формируется представление о том, что качество услуг не сводится только к их эффективности, но должно включать в себя и самую манеру обслуживания в рамках деятельности по сохранению здоровья.

4) Продолжающаяся трансформация советской системы здравоохранения и появление диверсифицированного рынка здоровья способствует переменам в общественном сознании. Значительная часть населения, выступающая в качестве реальных или потенциальных потребителей услуг рынка здоровья, выражает недовольство по поводу патерналистской модели взаимоотношений между поставщиками и потребителями здоровья, которая сложилась в прошлом. Процессы коммерциализации институтов здравоохранения, появление народного целительства как социального явления и усиление идеологии консьюмеризма стимулируют появление партнерской модели взаимоотношений и ее одобрение в сознании населения.

5) Взаимоотношение поставщиков и потребителей здоровья в рамках учреждений здравоохранения в основном продолжает основываться на модели патерналистского типа, где первая сторона имеет статусное преимущество над второй. В случае с женщинами, инфицированными ВИЧ, патерналистская модель не просто наделяет их статусом «пациентов с ВИЧ-инфекцией», но и порождает моральные и эмоциональные барьеры в осуществлении практик сохранения здоровья. Для преодоления таких барьеров они, как правило, стремятся выстроить партнерскую модель со специалистами по охране здоровья и перенести практики сохранения здоровья с институционального уровня на межличностный. Обращение к тактике подобного рода является типичным выбором субъектов со «слабым» социальным статусом в их взаимоотношениях с субъектами, обладающими «сильным» статусом.

6) Поставщики и потребители услуг по сохранению здоровья, взаимодействующие между собой на почве так называемой «альтернативной ме-

дицины», осуществляют практики сохранения здоровья на межличностном уровне и выстраивают отношения в основном на основе партнерской модели. Потребители, наделяемые «сильным» статусом «клиентов» получают возможность удовлетворить свои потребности в поддержании симметричного диалога, но при этом должны усвоить такую систему представлений о лечении и профилактике, которая кардинально расходится с медицинскими представлениями. В случае достижения желаемого терапевтического эффекта данная система представлений, как и вся «альтернативная медицина», становится объектом одобрения со стороны потребителя и наделяется более высокой ценностью по отношению к «ортодоксальной медицине». При отсутствии желаемого эффекта «альтернативная медицина» наделяется равной ценностью, но не низшей.

Теоретическая и практическая значимость работы. Результаты диссертационной работы имеют теоретическое и практическое значение для создания модели медицинской помощи, в основе которой находится установка на партнерство, а не на патернализм, для развития социальных программ, нацеленных на защиту прав пациентов и устранение перекосов, возникающих в ходе модернизации системы здравоохранения. Основные положения и выводы, сформулированные в диссертационной работе, могут быть использованы при разработке курсов по социологии культуры, медицинской антропологии, социальной медицины для студентов, магистрантов, сотрудников и преподавателей социально-гуманитарных дисциплин и специалистов, работающих в системе здравоохранения.

Апробация работы. Основные положения, выводы и рекомендации, изложенные в диссертации, докладывались на методологических семинарах, заседаниях кафедры социальной антропологии и социальной работы СГГУ (2006-2009), всероссийских и международных научно-практических конференциях, летних школах: Международном семинаре «A Social Science Approach to HIV/AIDS and Public Health in the Russian Federation with a focus on Local Governance, Gender and Sexuality» (Москва, 2008), Международной конференции проекта Social Science Research Council «A Social Science Approach to HIV/AIDS and Public Health in the Russian Federation with a focus on Local Governance, Gender and Sexuality» (Москва, 2008), Всероссийской научной конференции «Актуальные проблемы социально-гуманитарных наук» (Саратов, 2007), Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы труда, трудовых отношений и качества жизни в современной России» (Самара, 2007), Всероссийской научной конференции «Стратегии современного развития и управления общественными процессами» (Саратов, 2007), заключительном семинаре на курсах «Социология культуры и духовной жизни» (Казань, 2006).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе две в изданиях, рекомендованных ВАК, общим объемом 4,8 п.л.

Структура диссертации включает введение, две главы (пять параграфов), заключение, список использованной литературы, приложение.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении к диссертационному исследованию обосновывается актуальность темы диссертации, осуществляется постановка проблемы, раскрывается понятийное поле исследования, анализируется степень разработанности проблемы, формулируются цели и задачи, объект, предмет, методы и гипотеза исследования, представлены методологические основы диссертации, сформулированы положения, отражающие новизну и теоретико-практическую значимость работы.

В первой главе «Практики сохранения здоровья как социокультурный феномен», состоящей из двух параграфов, представлен анализ теоретических подходов к практикам сохранения здоровья в контексте социальных изменений современного российского общества, формулируется и обосновывается теоретико-методологическая база изучаемого явления, выявляются основные дискурсы, дифференцирующие практики и отношения в сфере здоровья, приводятся различные ракурсы социологического объяснения изучаемого феномена.

Первый параграф - «Практики сохранения здоровья: социологическая проблематизация» - обобщает существующие в отечественной и зарубежной социологии теории и методологические подходы к проблеме сохранения здоровья, концептуализирует и систематизирует практики сохранения здоровья в качестве объекта социологического исследования. Автор отталкивается от идеи Э. Дюркгейма о «социальных репрезентациях», в основе которой лежит формирование определенных знаний и практик, и развивает эту идею в контексте формирования дискурсов о здоровье.

В концепции М. Фуко отчетливо прослеживается взаимосвязь практики и дискурсов. Вслед за М. Фуко автор делает акцент на синкретизме дискурса и власти. Научаемость медицинского знания, обладание системой здравоохранения широкими социальными полномочиями вводит в понимание природы болезни дихотомию «норма-патология», а средства и технологии сохранения здоровья рассматриваются как способ устранения дисфункций в работе человеческого организма.

Идея М. Вебера о том, что наука обуславливает существование мифа спасения и, как следствие, возникает стремление к обращению к иррациональным силам, помогает автору выявить основания различий практик официальной и альтернативной медицины. Концепция Я. Степана о медицинских системах позволяет автору проследить переход российского здравоохранения от монополистической к смешанной медицинской системе. В условиях развития рыночной экономики в системе здравоохранения активно развивается дискурс консьюмеризма. Люди, вступая в рыночную игру поддержания здоровья, получают способность влиять на тенденции в сфере здоровья, на микроуровне это выражается в их праве выбирать, куда обратиться - в официальную поликлинику или частную клинику, попробовать на

себе методы научной или народной медицины, на макроуровне – в создании различных проектов, приближающих услуги системы здравоохранения к населению.

Концепция М. де Серто помогает автору раскрыть еще один аспект практик сохранения здоровья, в рамках которого появляются слабые и сильные группы (в данном аспекте медицинские профессионалы и люди, обращающиеся к ним за помощью). В данном ключе аналитическим концептом становится понятие «ресурсы» (символические или экономические). Сильная группа наделена такими ресурсами, как дисциплинарная власть и государственная поддержка. Единственным ресурсом слабой группы становится выстраивание особых отношений с представителями сильной-группы (в нашем случае медицинских работников), позволяющих выработать тактики обхода медицинской власти. Практики сохранения здоровья в этом теоретическом русле порождают разнообразие тактик пациентов, конструируют понятие «качество». Введение в сферу здоровья концепта «потребитель» позволяет отследить процесс субъективизации понятия «качество» медицинских услуг. Кроме того, этот процесс позволяет автору осуществить переход от концептов «врач-пациент» к понятиям «потребитель» и «поставщик услуг по сохранению здоровья».

Теория П. Бурдьё дает автору возможность проанализировать практики сохранения здоровья под несколько иным углом. Для достижения желаемого, значимого в поле здравоохранения используется капитал (экономический, социальный, культурный, человеческий), причем выбор вида капитала остается за агентом. Очевидно, что система здравоохранения латентно воспроизводит неравенство в обществе, закрепляет позиции зачастую тех социальных агентов, в руках которых аккумулированы все виды капитала, т.е. властных групп. Именно это обуславливает наличие различий.

Феноменология А. Шюца, этнометодология Г. Гарфинкеля, концепция фреймов и драматургический подход И. Гофмана, теория конструктивизма П. Бергера и Т. Лукмана позволяют вскрыть в практиках спектр представлений, идей о сохранении здоровья. На основе теоретического анализа представленных теорий автор выделяет два уровня развития практик – институциональный и межличностный – и выводит следующее определение практики сохранения здоровья: это социальное действие с участием специалиста или учреждения по охране здоровья и потребителя его услуг, направленное на достижение физического, ментального и социального благополучия потребителя и сопровождающееся диалогом обеих сторон о способах и средствах лечения и профилактики.

Во втором параграфе - «Практики сохранения здоровья в контексте социальных изменений» - раскрываются социальные и культурные причины изменений способов сохранения здоровья в условиях трансформации современного российского общества, и дается теоретическое описание возникающей вследствие этого социальной структуры.

Практики сохранения здоровья лечения должны обладать легитимностью и институциональностью. Эти критерии позволяют развиваться одним способам сохранения здоровья и способствуют исчезновению других. Автор прослеживает этапы легитимизации и институционализации практик лечения. Легитимизация практик лечения определяет переход абстрактной власти над людьми в конкретное влияние и манипулирование телами в сети медицинских учреждений.

Второй обозначенный критерий наличия тех или иных практик сохранения здоровья – институционализация. Данная дефиниция позволяет рассмотреть получение медициной социальной власти, культурные особенности практик лечения. Культура самосохранения, исцеления, лечения формируется в системе здравоохранения, и создают ее как минимум два актора – врач и пациент. Это подразумевает наличие власти врача и власти пациента. С помощью работ М.Фуко, Р. Портера, Н. Джюсона, Й. Лахмунда автор прослеживает основные вехи институционализации медицины. Объективизация болезни, отказ от суеверных этиологий, применение методов естественных наук привели к тому, что роль медицины в конструировании представлений о здоровье стала главной.

В медицинской системе пациент – своего рода жертва медиализации, а болезнь и здоровье – продукты медицинского дискурса. Власть врача в отношениях с пациентом отражает и одну из центральных ролей медицины в создании представлений о социальных проблемах, поэтому здоровье и болезнь – это не только показатели состояния человека, но и зеркальные отражения дихотомии «норма-патология». Определение нормальности, прежде всего, зависит от медика-профессионала. Таким образом, здоровье и болезнь – это еще и показатели неравенства и дискриминации в обществе.

Способность осуществлять выбор между ортодоксальной и альтернативной медициной делает человека активным агентом в медицинском поле. Фокус на фигуре врача в практиках сохранения здоровья смещается на пациента, что позволяет проанализировать опыт переживания болезни, отношений с медицинской системой, обучение правилам успешного взаимодействия с врачами. В учреждениях системы здравоохранения люди ощущают, что становятся «клиническими случаями» и «носителями диагнозов», не могут получить «человеческого отношения» к себе.

В условиях социальных изменений российского общества, возникновения рыночной экономики происходит перенос экономической модели в пространство заботы о здоровье. Это сопровождается возникновением особой социальной сферы, отражающей процесс пролиферации практик сохранения здоровья. Вслед за Д. Армстронгом ее можно называть «рынком здоровья». Главным объектом потребления на таком рынке выступает здоровье, т.е. весь комплекс услуг, который специалисты и учреждения по охране здоровья способны предлагать потребителям. В контексте происходящих изменений на этом рынке появляются различные группы «поставщиков

здоровья», в том числе дипломированные врачи и народные целители. Потребители их услуг перестают исполнять социальные роли пациентов и становятся клиентами.

Задача второй главы «Социокультурный анализ отношений основных агентов практик сохранения здоровья» заключается в эмпирическом изучении практик сохранения здоровья, взаимодействия пациента и врача, представителя альтернативной медицины и потребителя его услуг. Третий параграф - «Представления населения о практиках сохранения здоровья» - является теоретико-эмпирической преамбулой, в которой рассматриваются основные представления населения о практиках лечения средствами ортодоксальной и альтернативной медицины. Параграф основан на вторичном анализе данных ФОМ (2002 г.) и Росстата (2008 г.). В представлениях опрошенных респондентов об официальной и альтернативной медицине были рассмотрены три пересекающихся смысловых поля - личный опыт (потребление услуг), эффективность лечения, доверие и недоверие к медицинским практикам - как официальным, так и альтернативным. Участие респондентов в практиках сохранения здоровья можно представить в виде схемы: выбор – оправдание (легитимация). Выбор обусловлен личностным ощущением спасения от страдания, боли, смерти. Легитимация подчеркивается эффективностью лечения либо у врача, либо у целителя.

В представлениях респондентов о практиках сохранения здоровья, осуществляемых с участием специалистов официальной медицины, акцент делается на профессионализме врачей, научности официальной медицины, ответственности за результат лечения, специфике методов. С точки зрения респондентов, профессионализм медиков основан на наличии у них образования, компетентности, опыта, а базисом официальной медицины выступает наука. Такая система представлений обеспечивает высокий уровень доверия к официальной медицине и готовность потребления услуг учреждений системы здравоохранения. Вместе с тем, за 2008 год отмечается снижение уровня доверия к учреждениям здравоохранения, и здоровье становится максимально значимой ценностью (из 85% опрошенных здоровье является максимально значимой ценностью, но лишь 25% берегут свое здоровье). Высокий показатель ценности здоровья и низкий показатель его сохранения говорит о том, что обращения в клиники за помощью достаточно низки. Проблема доверия является ключевой для построения отношений потребителей растущего рынка здоровья со специалистами, а вера в «хорошего врача» или «замечательного целителя» определяет характер представлений о практиках сохранения здоровья, осуществляемых с участием официальной и «альтернативной» медицины.

Четвертый параграф - «Отношения врачей и пациентов (случай ВИЧ-позитивных пациенток)» - посвящен анализу оценки современной системы здравоохранения потребителями медицинских услуг. Образ системы российского здравоохранения в сознании многих респондентов - нега-

тивный. В ходе анализа данных выявлено, что респонденты сфокусированы на минусах в работе как системы в целом, так и медицинских работников. Несомненными плюсами современного медицинского обеспечения становятся наличие фармацевтических препаратов в аптеках и выделяющиеся из общей массы врачи, положительно настроенные к пациентам. Большинство людей сталкиваются с барьерами в медицинской системе. Если у человека социально неодолимый, пугающий диагноз, то отношения с медиками-профессионалами усложняются, а правила игры врача и пациента в медицинском поле становятся более очевидными. Взаимодействие врача и пациента представлено анализом отношений врачей и женщин с ВИЧ-статусом.

Различные клиники создают собственные правила взаимодействия врачей и пациентов. Успех отношений зависит от умения женщины управлять впечатлениями медицинских сотрудников, использовать различные способы символической деконструкции статуса врача. ВИЧ-позитивные женщины учатся преодолевать негатив, связанный с диагнозом. Неформальные отношения с врачом помогают женщинам с ВИЧ отвоевать утраченные права при получении медицинской помощи. Становление «рядовым» больным позволяет женщинам адаптировать прежний опыт взаимодействия с врачами. У пациенток появляется иллюзия манипулирования системой. ВИЧ-позитивные женщины управляемы медицинской системой, которая предлагает формальные и неформальные способы взаимодействия медиков и пациентов.

ВИЧ-позитивные женщины активно применяют все возможные способы по блокированию власти. Неформальные отношения подразумевают использование многообразия средств «управления» профессионалами: дарение, платежи, ресурсы социальных сетей, уже сложившихся или сформированных вновь. Именно неформальные платежи, подарки, опыт налаживания неформальных, межличностных отношений с врачами, использование «знакомств» - являются важным для пациенток повседневным знанием при их обращении в медицинские учреждения. Применение этого знания представляет собой «метис», народную смекалку, помогающую ВИЧ-позитивным женщинам оптимизировать взаимодействие с врачами, преодолеть медицинский патернализм, излишнюю бюрократизацию процесса приема пациентов. Использование неформальных правил в отношениях с врачом помогает женщинам, живущим с ВИЧ, научиться манипулировать системой, отвоевывая утраченные права при получении медицинской помощи.

Медицинские учреждения становятся своеобразными школами по обучению того, как стать «нормальным» больным. Нормализация инаковости – главное достижение женщины, ее умение распознавать в пространстве заботы о здоровье сигналы, помогающие стать «правильным» пациентом. ВИЧ-позитивные женщины, включаясь в контекст медицинской системы, приобретают способность распознать престижность структурных подразде-

лений, которая детерминируют рамки неформальных отношений. Рассмотренные нами практики взаимодействия врача и пациента направлены на интеграцию сложившейся медицинской системы, укрепление позиций профессиональной группы.

В пятом параграфе - «Отношения представителей "альтернативной медицины" и их клиентов» - демонстрируются сегменты, составляющие рынок медицинских услуг, раскрывается восприятие населением нетрадиционных врачей, анализируются практики использования народных средств лечения. В представлениях респондентов существуют два основных сегмента рынка медицинских услуг: официальная медицина и группа специалистов, практикующих «альтернативные» («традиционные») методы лечения (рефлексотерапевты, мануальные терапевты, гомеопаты, натуропаты), народная медицина (фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия), народные целители.

Анализ эмпирических данных показал, что респонденты имеют собственные классификации врачей и различают их по группам. В основе создания их типологий лежат следующие критерии: официально разрешенные законодательством (официальные/неофициальные), оплата услуг, способы воздействия (контактные/бесконтактные, массажисты, мануальные терапевты, травники, уринотерапевты и т.д.), место оказания услуг (стационарные и амбулаторные), опыт и знания (профессиональные/непрофессиональные), психологические качества (пассивные/активные, ответственные, неответственные, совестливые и бессовестные).

Основные каналы получения знания о «нетрадиционных» врачах - реклама, печатные СМИ, телевизионные передачи, знакомые, рекомендации медиков. Самое большое преимущество нетрадиционного врача - возможность уделять больше внимания клиенту и бережное отношение к его психике. Ортодоксальная медицина лечит один конкретный орган, а нетрадиционная воздействует на весь организм.

«Альтернативные» врачи в большей степени зависят от власти клиента, который становится покровителем, спонсором целителя. Человек, обратившийся к целителю, - не пациент, который находится под «пристальным медицинским взглядом» (как выразился Фуко) врача, и не «клинический случай», а клиент, равноценный партнер, индивидуальность, личность. В «альтернативной» медицине человек обретает свою целостность, чувствует психологический комфорт, поскольку клиент «владеет ситуацией». При этом целитель манипулирует представлениями клиента, подчеркивает его статус, создает основу для формирования мифа о чудесных исцелениях.

В параграфе анализируются практики сохранения здоровья в деревенской культуре. Если в городе рынок здоровья характеризуется множественностью поставщиков медицинских услуг, то в деревне выбор существенно ограничен. Народная, деревенская культура обуславливает то, что медицина - это, прежде всего, знахарки и траволечение. Низкий уровень

фармацевтического и технологического обеспечения деревенской амбулатории, небольшой ассортимент аптечного пункта демонстрируют дефицит ресурсов официальной медицины. Ограниченные доходы жителей деревни препятствует им стать потребителями услуг медицинских работников.

В заключении диссертации проводится обобщение результатов теоретического и эмпирического изучения рассматриваемых проблем, формулируются теоретические выводы. В приложении представлены инструментарий и списки информантов.

Основные результаты работы изложены в публикациях автора

В изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Бендина О.А. Социокультурные факторы трансляции знаний о сохранении здоровья: на примере потребления медицинских услуг в Саратове/ О.А.Бендина // Вестник Саратовского государственного технического университета.2008. №3 (35).С.244-248. ISSN 1999-8341
2. Бендина О.А. «Плата – гарантия человеческого отношения во время родов»: правила взаимодействия врача и пациента/ О.А.Бендина // Социально-гуманитарные знания. 2008. № 10. С.445-449. ISSN 0869-8120

В материалах международных и российских конференций
(Постановление Правительства РФ № 227 от 20.04.2006)

3. Бендина О.А. Представления потребителей медицинских услуг о профессионализме целителей/ О.А. Бендина // Материалы III Всерос. социолог. конгресса. - М., 2008. Электронная версия доступна по адресу www.isras.ru
4. Бендина О.А. Трансляция знаний оздоровления в повседневных практиках лечения/ О.А. Бендина // Молодые ученые в медицине: материалы XIII Всерос. науч.-практ. конф. - Казань: ИД «Меддок», 2008. С. 53. ISBN 5-9716-0033-8
5. Бендина О.А. Социальные роли на сцене трансляции культурных норм оздоровления/ О.А. Бендина // Стратегии современного развития и управления общественными процессами: сб. науч. работ. - Саратов: Научная книга, 2007. С. 240-244. ISBN 978-5-9758-0381-8
6. Бендина О.А. Культурные формы представлений о средствах оздоровления/ О.А. Бендина // Конструкты пространства культуры XXI века: сб. науч. статей. - Улан-Удэ: ФГОУ ВПО ВСГАКИ, 2007. С.125-136. ISBN 978-5-89610-101-7
7. Бендина О.А. Труд целителя в дискурсе традиционной медицины/ О.А. Бендина // Проблемы труда, трудовых отношений и качества жизни: сб. науч. материалов. - Самара: Универс групп, 2007. С.131-136. ISBN 978-5-467-00139-5
8. Бендина О.А. Травы и магия: стремление к экологичности в повседневных практиках оздоровления/ О.А. Бендина // Наука, власть и общество перед лицом экологических опасностей: сб. науч. материалов. - Саратов: Наука, 2007. С. 121-124. ISBN 978-5-91272-348-3

9. Бендина О.А. Конфликт – элемент поликлинической повседневности/ О.А. Бендина // Гуманитарные методы исследований в медицине: состояние и перспективы: сб. науч. статей. Саратов: Изд-во Саратов.мед. ун-та, 2007. С. 124-127. ISBN 5-7213-0350-6
10. Бендина О.А. Повседневные практики оздоровления/ О.А. Бендина // Перспективы общественного развития в эпоху столкновения цивилизаций: сб. науч. работ. - Саратов: Научная книга, 2007. С. 28-31. ISBN 978-5-9758-0435-8
11. Бендина О.А. Гендерные аспекты повседневных практик лечения / О.А. Бендина // Основания и парадигмы современного общественного развития: сб. науч. статей. - Саратов: Научная книга, 2005. С.146-149. ISBN 5-93888-807-7
12. Бендина О.А. Последствия изменяющегося общества/ О.А.Бендина // Социальные и духовные основания общественного развития: сб. науч. статей. - Саратов: Научная книга, 2004. С. 261-265. ISBN 5-93888-499-3

БЕНДИНА Ольга Александровна

ПРАКТИКИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ

Автореферат

Ответственный за выпуск к.с.н., доцент Г. Г. Карпова
Корректор О.А. Панина

Подписано в печать
Бум. офсет.
Тираж 100 экз.

24.04. 2009
Усл. печ. л. 1,0
Заказ 162

Формат 60x84 1/16
Уч.-изд. л. 1,0
Бесплатно

Саратовский государственный технический университет
410054, Саратов, Политехническая ул., 77
Отпечатано в РИЦ СГТУ, 410054, Саратов, Политехническая ул., 77

10 -