
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Ж. С. Мартинсон, И. А. Петрова

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра иностранных языков с курсом латинского языка;
Волгоградский медицинский научный центр

«СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ» В НАУКЕ И КУЛЬТУРЕ

УДК 61:316:001+61:316:008

Данная статья посвящена истории развития социологии медицины, ее становлению как науки, объединяющей естественно-научное и гуманитарное знания, вырабатывающей новые подходы к решению проблем медицины и здравоохранения.

Ключевые слова: социология медицины, междисциплинарный диалог, история науки, отношения «врач – пациент».

J. S. Martinson, I. A. Petrova

«SOCIOLOGY OF MEDICINE» IN SCIENCE AND CULTURE

The present paper focuses on the history of the sociology of medicine, its establishment as a science uniting science and humanities knowledge developing new approaches to solving the issues of medicine and health care.

Keywords: sociology of medicine, interdisciplinary dialogue, history of science, doctor – patient relationship.

Вторая половина XX века привела к серьезным изменениям в развитии научного знания. Развитие тенденций ко все более узкой специализации наук или сужающихся полей исследований внутри классических наук, начавшаяся еще в середине XIX века продолжала углубляться. В то же время все больше проявлялась тенденция развития междисциплинарных исследований, база которых была заложена стремительным ростом и проникновением не только в различные отрасли науки, но и производства, и быта так называемых интеграционных наук (информатика, статистика и т. д.). Параллельно с начавшейся сменой парадигмальных характеристик науки на наших глазах происходит смена цивилизационных параметров человеческого общества, переход от промышленной цивилизации к информационной. Нарастающие темпы изменений, затрагивающие все существенные составляющие общественной структуры, ставят в свою очередь принципиально новые задачи перед научным осмыслением действительности, приводят к появлению новых научных дисциплин.

Закономерным является тот факт, что новые науки появляются в первую очередь в наиболее развитых странах с их фундаментальной

всеохватывающей научной инфраструктурой, а также странах с наиболее динамично развивающейся экономикой.

Одной из таких новых наук является социология медицины, наука соединяющая в себе методы исследований как гуманитарных, социально-экономических, так и естественно-научных дисциплин.

Эта отрасль оформилась как наука только в 50-х годах XX века в США и некоторых европейских странах. Социология медицины выросла из быстро развивающегося направления медицины – социальной эпидемиологии. Уже тогда отмечалось, что социологи, занимающиеся проблемами медицины, в основном являлись эпидемиологами; в то же время теоретической базой социальных исследований являлось развитие этики здравоохранения, которое в свою очередь привело к формированию через интеграцию с научной этикой биоэтики. Изучение причин заболеваний человека стало основой возникновения этих наук. Приблизительно в это же время происходит становление еще одной дисциплины, причины возникновения которой аналогичны названному – медицинской социологии. Правда, если социология медицины выросла на базе социологических наук и эпидемиологии,

то медицинская социология в основном базировалась на необходимости для врачей различных специальностей корректировать врачебную помощь как с потребностями общества, эволюцией взглядов на болезнь и медицину, так и с увеличением продолжительности жизни человека и изменения структуры, а нередко и характера развития заболеваний.

Практически образ жизни человека может напрямую воздействовать на организм или поставить его в такие условия существования, когда заболевание неизбежно. Введение понятия «качество жизни» в совокупности определил характер нового типа исследований, определив в значительной степени телеологические установки здравоохранения. В свою очередь это привело к увеличению внимания самих медиков к межкультурным и междисциплинарным факторам в развитии медицины.

Социологические исследования привели к появлению принципиально иной классификации болезней, в основу которой легли различные социальные проявления: социальное неравенство, этнические различия, религиозные традиции, сексуальные особенности и т. д. В основе этой классификации лежала попытка показать взаимосвязь социальной ситуации с развитием тех или иных заболеваний. В результате социология медицины с самого начала развивалась по двум основным направлениям, где первое – опора на статистические исследования, выявляющие взаимосвязь между болезнью и демографическими факторами. Ясности в механизмах этих внутренних взаимосвязей нет и на сегодняшний день, т. к. статистические и демографические данные подчас несовершенны и очень быстро устаревают, хотя дают объективную картину тенденций развития на длительных временных отрезках. Выявление данных проблем привело к конструированию социальной теории, объясняющей закономерности «качества жизни» с уровнем продолжительности жизни и смертности. Эта работа привела к углублению социально-демографических исследований, которые в свою очередь привели к некоторым практически значимым положительным результатам. В наиболее полном виде эти достижения проявились в конце XX века в исследованиях таких ученых как Каплан, Грэхем, Ридер, Кокерхем. Но уже в этот начальный период многие исследователи (например, Фрейдсон) отмечали существенные недостатки рассматриваемого подхода, такие как узость методологической базы и преобладание узко профессиональных медицинских ценностей.

Вторым направлением развития этой науки в 50–60-х годах стало исследование социальных отношений «больной – общество», «врач – пациент», где основополагающим понятием стала предложенная Т. Парсонсом «роль больного». Для Парсонса больной – это человек, признающий, что неспособен самостоятельно поправиться

и вынужден обращаться за помощью к профессионалам; а врач – это беспристрастный, как правило, беззаветно преданный своей профессии ученый. Болезнь Парсонс рассматривал как форму социального отклонения, а медицину как социальный механизм, восстанавливающий социальное равновесие. Теория Парсонса предложила новаторский, систематический взгляд на болезнь и определила развитие социологии медицины в 50–60-е годы. Продолжая это направление, Д. Меканик разработал теорию «поведения в болезни», где рассматривались социокультурные составляющие феномена болезни. Социологи медицины (например, Сондерс, Зухман, Зборовски) при изучении поведения пациентов и медиков выделяли культурные различия; показывая, что люди с различными социокультурными характеристиками по-разному воспринимают симптомы болезни, приписывают ей разные причины и по-разному ведут себя при обращении за медицинской помощью. Упоминания заслуживает и И. М. Розеншток, исследовавший социокультурные факторы поведения заболевшего человека.

Таким образом, «социальные эпидемиологи», как часто они себя называли, ставили перед собой задачу изменить поведение людей, обусловивших их заболевание на более правильный, «здоровый образ жизни». Ученые другого направления также, признавая социальную и психологическую детерминированность поведения больных, стремились изменить взгляды людей в сторону более «рационального» использования медицинских услуг.

Однако как представители первого направления, так и второго, не занимались целенаправленно проблемами организации системы здравоохранения, которая, во-первых, делала медицину недоступной (или малодоступной) для ряда социальных групп, во-вторых, эти проблемы были в большей степени прерогативой практических работников в области организации здравоохранения, чем научных разработок. В 70-е годы, когда на первый план вышел вопрос доступности здравоохранения, социологов обвинили в том, что, увлекшись социокультурными детерминантами, они оставили в стороне финансовые барьеры и вопросы организации здравоохранения.

Ранний период развития социологии медицины характеризуется описательностью, что неудивительно для молодой науки. Ее теоретическая база отличалась консерватизмом, позитивистским взглядом на болезнь и общество. Большинство ученых проводили исследования, направленные на то, чтобы помочь врачам добиться от пациента полного послушания, и почти никому не приходило в голову критически взглянуть на саму медицину и ее представителей. Однако в конце 60-х появились работы в совершенно новом ключе. Такие исследователи как Зола, Страус и Фрейдсон первыми рассматривали

различия и противоречия между профессиональным (медицинским) и непрофессиональным (с точки зрения больного) мировоззрением и то, каким образом эти противоречия разрешаются в медицинских учреждениях.

По сути, Фрейдсон вышел на новое направление – критическую социологию медицины, которая утверждала, что пациент и поставщик медицинских услуг имеют непримиримо различные взгляды, обусловленные их социальными ролями. Таким образом, темой исследования для многих ученых (Круг, Филд, Кастелер) стало снятие противоречий между интересами пациентов и медиков. Работа Фрейдсона «Медицинская профессия» впервые рассматривала эту профессию всего лишь как одну из многих, что позволило социологии медицины в дальнейшем уйти от моралистского, авторитарного подхода, характерного для более раннего периода.

В 70-е годы внимание ученых обратилось к больнице как площадке для исследований, что отражало организационные изменения в здравоохранении, когда больницы пришли на смену частной врачебной практике. Вначале темой исследований были внутренняя структура больницы, ее цели как учреждения, структура власти внутри медицинских учреждений, стратификация персонала, модели межличностного поведения. Здесь можно назвать такие имена как Госс, Перроу, Коузер, Симан и Эванс, Бейтс и Уайт, Берковиц, Беннис. Задаваясь вопросом, каким образом обстановка больницы влияет на лечение пациента и его личные переживания, многие исследователи приходили к выводу, что эффективность медицинской помощи зависит в первую очередь от знаний и умений персонала, а не от формальной организации и социального контекста (Саймон, 1959). Подобный взгляд, однако, не выходил за рамки единичного учреждения и не рассматривал проблемы в более широком социальном контексте; это произошло позднее, с начала 80-х годов.

В 70-е годы, изучая способы и методы потребления обществом медицинских услуг, исследователи больше стали обращать внимания на финансовые барьеры и ограничения, накладываемые системой здравоохранения. Это привело к повышению внимания общества к вопросам неравенства в сфере здравоохранения и необходимости решения этой важнейшей социальной проблемы (Мей, Монтерио, Розеншток, Уон и Сойфер). Другие исследователи изучали характеристики медицинских учреждений, к которым имели доступ неимущие классы (Даттон, Уон и Грей), отмечая, что эти учреждения по природе своей не были заинтересованы в увеличении количества таких пациентов.

В конце 70-х годов появилось так называемое «целостное» направление. М. Голд считал, что в обществе, где присутствует неравенство в доходах и образовании, цель сделать медицину равнодоступной для всех недостижима.

В этой ситуации интерес многих социологов медицины привлекло изучение поведения потребителей медицинских услуг. Судя по публикациям в *Journal of Health and Social Behavior*, это направление стало в 70-е годы наиболее популярным. Р. Андерсен предложил теорию, получившую повсеместное признание, которая рассматривала потребление медицинских услуг как функцию трех групп факторов: предрасполагающих, разрешающих и необходимых потребностей. К первой группе относятся демографические показатели и система взглядов на здоровье, ко второй – доступность финансовых, страховых и медицинских ресурсов, к третьей – состояние здоровья на данный момент.

Многие последующие работы оценивали относительную важность этих факторов при помощи многомерного регрессивного анализа. Такие ученые, как Берки, Ашкрафт, Кроненфелд, Сортелл, Тесслер считали, что к переменным, влияющим на потребление медицинских услуг, относятся затраты, источники оплаты, уровень психологического дискомфорта. Подобная модель, однако, не смогла дать удовлетворительного объяснения всей совокупности факторов действительности. Критикуя это направление, Д. Меканик доказывал, что факторы, определяющие поведение пациента – это часть динамического процесса, включающего реакцию на среду и обратную связь с ней; что поведение не поддается описанию с помощью методов статистического анализа. Попытка построить модель поведения потребителя медицинских услуг показывает, как, претендуя на строго научный метод, многие социологи медицины, злоупотребляя многомерным анализом, не смогли разработать теоретическую базу своей науки, которая бы объединила цели и направления развития деятельности медицинских учреждений с индивидуальными потребностями, целями и поведением как пациентов, так и самих медиков.

Таким образом, научные интересы социологов медицины, начав с социально-психологических факторов, перешли на уровень анализа организаций: от микроуровня социальных отношений к более крупным социальным системам. Социология медицины представляет собой альтернативу медицинским взглядам, которые упрощенно, линейно трактуют болезнь и здоровье, концентрируясь только на биофизиологических явлениях. Социология медицины изучает медицину в социальном контексте, с критических позиций. Таковы, по нашему мнению, положительные итоги развития социологии медицины за последние полвека. Социология медицины, однако, остается сильно разветвленной, но в то же время узко специализированной наукой, представители которой необоснованно считают, что им достаточно собирать данные о состоянии здоровья и строить многомерные модели, которые неизбежно будут приняты обществом. Многие работы лишены теоретической

и методологической базы и не затрагивают глубоких социологических проблем, в результате чего объекты исследования (индивид и учреждение) рассматриваются как изолированные явления. Общее впечатление таково, что социология медицины не смогла пока в достаточной степени разработать основы для конструктивных изменений систем здравоохранения, хотя определенные успехи в плане развития страховых параметров здравоохранения, изменения микроклимата как внутри медицинских коллективов, так и в отношениях с потребителями медицинских услуг в развитии различных типов медицинских учреждений налицо.

В современной России развитие социологии медицины начинается только с середины 90-х годов, благодаря энтузиазму небольшой группы (в первую очередь – А. В. Решетникова) как ученых-медиков, так и представителей различных гуманитарных дисциплин. Изучение опыта западных исследований, как нам представляется, является насущной необходимостью. Развитие социологии медицины в нашей стране имеет особую актуальность в связи с разрушением принципов советского здравоохранения, конфликту конституционных принципов и реальной жизни, отставанию России по ключевым медико-демографическим показателям, так и качества жизни россиян, плохо и не эффективно работающей системе медицинского страхования. Все эти факторы являются центрами роста социального напряжения в жизни страны. На сегодняшний день нам представляется совершенно необходимым развитие как социологии медицины, так и медицинской социологии. При этом на первоначальном этапе, в условиях нашей страны, вряд ли обоснованным было бы разделение этих двух наук, которое привело бы к распылению и без того немногочисленной группы специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бударин Г. Ю., Петров А. В., Седова Н. Н. Медицинские нормы и юридические законы. – М.: ООО Издательская группа «Юрист», 2012. – 324 с.

2. Медведева Л. М. Болезнь в культуре и культуре болезни. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 252 с.

3. Петров А. В. Права медицинских работников в современной культуре // Гуманитарное образование и медицина: сб. научных трудов. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – Т. 62, вып. 3. – С. 214–220.

4. Петров А. В., Седова Н. Н. Концепция прав человека в медицине. – Волгоград, 2007. – Т. 2. – 144 с.

5. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

6. Решетников А. В. Медико-социальные системы: способы образования и сравнительный анализ // Социология медицины. – 2005. – № 1. – С. 3–17.

7. Andersen Ronald. Behavioral Model of Families' Use of Health Service. – Chicago: Center for Health Administration Studies, 1968. – Vol. 3. – 111 p.

8. Andersen R., Kravits J., Anderson Odin W., ed. Equity in Health Services: Empirical Analysis in Social Policy. – Cambridge, MA.: Balinger Publishing Company, 1975. – Vol. 23. – 295 p.

9. Bates F. L., White R. F. // Journal of Health and Human Behavior. – 1961. – Vol. 2. – P. 262–267.

10. Berkowitz, N. H., Bennis W. G. // Administrative Science Quarterly. – 1961. – Vol. 6. – P. 25–50.

11. Cockerham W. C. Medical Sociology. 3rd ed., Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1986.

12. Freidson E. Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge. – New York: Harper & Row, 1970. – 420 p.

13. Kaplan H. // In Handbook of Medical Sociology, ed. H. E. Freeman, S. Levine. – P. 46–68.

14. Mechanic D. // Journal of Chronic Diseases. – 1962. – Vol. 15. – P. 189–194.

15. Mechanic D. Medical Sociology. 2nd ed. – New York: The Free Press, 1978. – 504 p.

16. Parsons T. The Social System. – New York: The Free Press, 1950. – 404 p.

17. Reeder L. G. // Journal of Health and Social Behavior. – 1972. – Vol. 13. – P. 406–412.

18. Rosenstock I. M. // Milbank Memorial Fund Quarterly. – 1966. – Vol. 44. – P. 94.

19. Rosenstock I. // Health Education Behavior. – 1974. – Vol. 2(4). – P. 328–335.

20. Seeman M., Evans J. W. // American Sociological Review. – 1961. – Vol. 26. – P. 193–204.

21. Social medicine and medical sociology in the twentieth century. Edited by Dorothy Porter. – Amsterdam–Atlanta, GA, 1997. – 202 p.