

П. Я. Аронсон

ОТКАЗ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК СЛЕДСТВИЕ УТРАТЫ ДОВЕРИЯ ЭКСПЕРТНОМУ ЗНАНИЮ ВРАЧА И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ СРЕДЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Работа представлена кафедрой теории и истории социологии факультета социологии СПбГУ.

Научный руководитель – доктор социологических наук, профессор Д. В. Иванов

Отказ от профессиональной медицинской помощи (за исключением острых случаев, требующих вмешательства, например, скорой медицинской помощи) стал одной из основных практик самосохранительного поведения в сегодняшней России. Об этом свидетельствуют многочисленные исследования состояния здоровья населения¹. При этом самый низкий уровень обращаемости к врачу наблюдается среди взрослого работающего населения – группы, в которой показатели смертности остаются чрезвычайно высокими с 1990-х годов².

Отказ от медицинского наблюдения, а следовательно, и дальнейшей помощи социологи объясняют рядом факторов. В первую очередь исследователи отмечают несоответствие дохода пациентов стоимости медицинских услуг³. Вместе с тем отмечается низкая культура самосохранительного поведения⁴, основанная на осознании здоровья как инструментальной ценности: здоровье, в представлении мно-

гих, является не самостоятельной ценностью, а ресурсом, который используется для достижения определенных целей. При этом следует отметить, что ограниченный доход и инструментальное понимание здоровья сами по себе не являются достаточными основаниями для отказа от лечения: по данным исследований, проведенных в Санкт-Петербурге с начала 1990-х годов⁵, петербуржцы стремятся к тому, чтобы улучшить свое самочувствие, но зачастую прибегают не к профессиональной помощи врачей, а к самолечению или к альтернативной медицине. На основании ряда исследований⁶ и наших собственных полевых наблюдений можно выделить два взаимосвязанных процесса, влияющих на отказ от профессиональной медицинской помощи в пользу самолечения или альтернативных практик: снижение ценности экспертного медицинского знания и потеря институционального доверия в области здравоохранения.

В СССР экспертное медицинское знание концентрировалось исключительно в институциональной среде и передавалось потребителю в форме приказа⁷. Опыт взаимодействия с советскими институциональными структурами нередко был травмирующим, а в медицине, сфере, непосредственно вторгающейся в приватное пространство телесности, в особенности. Таким образом, в СССР сложилась ситуация, когда государственные институты здравоохранения, с одной стороны, накапливали экспертное знание, а с другой – негативный социальный капитал⁸. В результате за счет взаимодействия с негативным социальным капиталом снижалась ценность самого экспертного знания.

В первую очередь, экспертное медицинской знание часто видится пациентам как источник опасности для человеческого тела. В исследовании Н. Русиновой и Дж. Браун 42%⁹ информантов сообщили, что имели как минимум один опыт лечения, негативно оказавшийся на их здоровье. Потенциальный вред от экспертного клинического знания кажется многим настолько существенным, что обращение к врачу становится возможным лишь в самых крайних случаях. Нarrативы о клинической медицине, полученные в моих собственных интервью, часто тематизируются в виде бинарной оппозиции «живой – мертвый»: «пока жива, к врачам не хожу», «иду к врачу, только если помираю» и так далее. Таким образом, клиническая медицина символически связана с миром «мертвого», чужого, отталкивающего. К миру клинической медицины относятся и лекарственные препараты, продаваемые в аптеках, поэтому зачастую избегание всякого взаимодействия с миром «официальной» медицины выражается и в отказе от ряда фармацевтических средств, в первую очередь сильно действующих и антибиотиков. Лекарства, по мнению информантов, могут навредить телу, нарушить его «естественные процессы», ослабить иммунную систему и вызвать нежелательные побочные эффекты. Домаш-

ние средства или альтернативные практики (обращения к знахарям, целителям, экстрасенсам, «бабкам», применение немедикаментозных средств, продаваемых в аптеках) оцениваются информантами как возможно менее эффективные, но наверняка и менее опасные. Фармацевтические средства, таким образом, становятся своеобразным симулякром клинического экспертного знания, опыт взаимодействия с которым зачастую чрезвычайно негативен.

В условиях кризиса экспертного знания усилилось значение знания традиционного, обыденного. Одно из наиболее распространенных убеждений информантов заключается в том, что человек может излечить себя сам без обращения к экспертному знанию. Более половины респондентов, опрошенных Н. Русиновой и Дж. Браун¹⁰, подтвердили, что «любой человек знает о своем здоровье больше, чем врач». Неудивительно, что эта вера в собственное знание о теле сопровождается распространенными практиками самолечения. Необходимо отметить, что это знание гендерно структурировано. В русской культуре женщины приписывается тесная связь с природой, женщина является носительницей сакрального знания о естественным мире (неслучайно традиционное знание о теле концентрируется у «бабок»). Женщины, по нашим наблюдениям, в особенности склонны отвергать медикаменты и химические лекарственные средства, реконструируя через эти практики свою феминность. Клиническая медицина и ее экспертное знание рассматриваются как деперсонифицирующие, безличные, делающие из больного пустой объект лечения, для которого все средства хороши. Такое лечение не подразумевает заботы, ухода и сочувствия, являющихся важными характеристиками женского гендера. В связи с этим именно женщина чаще всего является носителем знания о домашних средствах или альтернативной медицине, передавая это знание по цепочке членам своей социальной сети. По той же цепочке передаются знания и о

«хороших», кем-то опробованных медикаментозных препаратах.

Таким образом, представление об опасности экспертного медицинского знания реконструируется одновременно из непосредственного негативного опыта взаимодействия с врачами и из традиционных нормлечения, поддерживаемых гендерной структурой общества.

Осуществление социальной политики, в том числе в области здравоохранения, возможно только в том случае, если население имеет хотя бы минимум доверия к государству и его способности распределять ресурсы справедливо¹¹. Различные исследования в области развития гражданского общества в России показывают, что уровень институционального доверия в России остается чрезвычайно низким¹², что является закономерным итогом советской «двойной бухгалтерии» взаимоотношений индивида с государством.

Формирование недоверия в институциональной среде здравоохранения связано с важнейшими процедурами во взаимодействии врача и больного: от получения больничного листа до принудительной диспансеризации. Врачи были вынуждены, с одной стороны, разоблачать симулянтов и, с другой стороны, лечить принудительно. Пациентам, в свою очередь, приходилось доказывать «реальность» своей болезни или, наоборот, уклоняться от лечения, зачастую изолировавшего их от общества и стигматизировавшего. Таким образом, решения по поводу лечения изначально находились не в сфере медицинского знания, а в сфере институциональной бюрократии. В результате взаимной подозрительности, у врачей изначально формировалась установка на недоверие к пациенту, а у пациентов – на недоверие к врачу. Преодолеть эти препятствия возможно было лишь за счет формирования личного доверия между врачом и пациентом, которое нередко подразумевало неформальные отношения. Система неформальных платежей процветала во многих больницах и поликлиниках, наря-

ду с другими формами материального обмена между врачами и пациентами.

С распадом СССР гарантий, данные государством в области здравоохранения, окончательно перестали соблюдаться как в отношении врачей, так и в отношении больных, что делало институциональное взаимодействие практически невозможным¹³. В условиях реформ медицинские учреждения должны были стихийно адаптироваться на рынке, оказывая одновременно как платные, так и бесплатные виды помощи. Неразделенность платных и бесплатных услуг явилась питательной средой для развития рынка неформальных тарифов и еще более усилила институциональную неопределенность и недоверие¹⁴. Кроме того, легализация товарно-денежных отношений в медицине вызвала неприятие на уровне культурных норм: врач, который видится многим воплощением самопожертвования и сочувствия, не должен быть вовлечен в сделки. Неформальные платежи или «подарки», фигурировавшие в советские времена, носили функцию «благодарности» и не рассматривались как непосредственная оплата труда¹⁵. Став предметом торга, медицина утратила свою роль неподкупной, истинной науки, тем самым разрушив привычную патерналистскую систему здравоохранения, где врач был единственной фигурой, имевшей легитимное право указывать пациенту, что и как нужно делать. Исчезновение этого вертикального государственного контроля, с его диспансеризациями, справками и медосмотрами, поставило россиян перед необходимостью принимать самостоятельные решения относительно своего здоровья, к чему они оказались совершенно не готовы.

Следует отметить, что и перемены, способствующие появлению большого количества негосударственных медицинских учреждений, где можно получить услуги самого высокого уровня, как с точки зрения лечебных процедур, так и с точки зрения комфорта и сервиса, не изменили отношения россиян ни к своему здоровью, ни к медицине в целом¹⁶.

Таким образом, в результате распада партнеристской институциональной системы здравоохранения россияне оказались в ситуации кризиса экспертного знания. Обращение к традиционному знанию и практикам самолечения является для них в этой ситуации стратегией снижения риска в отношении своего здоровья и является рациональным действием. Профессиональная клиническая медицина сохраняет свою доминирующую позицию на рынке медицинских услуг, однако обращаться к ней мно-

гие стремятся лишь в самых критических ситуациях. Эта стратегия негативно сказывается на качестве жизни: лечение домашними средствами в кругу семьи и близких является важнейшей практикой социальной адаптации больного, но, к сожалению, во многих случаях не может реально улучшить состояние его здоровья, поскольку не предоставляет доступа к необходимым ресурсам, которые в модернизированном обществе возможны лишь через институциональную среду.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ См. работы: Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М.: PerSe, 2002; Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация: Сб. научных трудов / Под ред. Н. М. Римашевской. М., 2002.

² Garriet L. Betrayal of trust. The collapse of global public health. New York, Hyperion, 2002.

³ См. работы: Заруцкая Е. А. Неравенство в доступе к услугам здравоохранения // Справедливые и несправедливые социальные неравенства в современной России. М.: Референдум, 2003; Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики. 1998. № 10. С. 42–54; Панова Л., Русинова Н. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические Исследования. 2005. № 6. С. 127–136.

⁴ См. работы: Шилова Л. С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социологические Исследования. 2000. № 11. С. 134–144; Cockerham W. C. Health and social change in Russia and Eastern Europe. London: Routledge, 1999.

⁵ Brown J., Rusinova N. “Curing and Crippling”: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia // ANNALS, AAPSS, № 583, September 2002. P. 161–170; Паченков О. Рациональное «заколдовывание мира»: современные российские «маги» // Невидимые грани социальной реальности. К 60-летию Эдуарда Фомина: Сб. статей по материалам полевых исследований / Под ред. В. Воронкова, О. Паченкова, Е. Чикадзе. СПб.: ЦНСИ, 2001. Труды. Вып. 9. С. 96–109.

⁶ Brown J., Rusinova N. Lindquist G. Healing efficacy and the construction of charisma: a family’s journey through the multiple medical field in Russia // Anthropology & Medicine. 2002. Vol. 9. No. 3. P. 337–358; Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians // Social Science & Medicine. 2000. Issue 51. P. 1421–1435.

⁷ Анализ советских институтов здравоохранения подробно рассматривает в своих работах американский социолог Марк Филд: Field M. Doctor and Patient in Soviet Russia. Harvard University Press, 1957; Field M. Medical Care in the Soviet Union: Promises and Realities // Quality of Life in the Soviet Union, edited by H. Herleman. Westview Press, 1987; так же на эту тему см. Cockerham W. Op cit.

⁸ См.: Rose R. Op cit.

⁹ Brown J., Rusinova N. Op cit. P. 165.

¹⁰ Ibid. P. 164.

¹¹ Cook L. Social cohesion in Russia. The state and the public sector // Social Capital and Social Cohesion in Post-Soviet Russia, edited by Judith L. Twigg and Kate Schechter. NY: M.E. Sharpe, 2003. P. 5–24.

¹² Gibson J. Social Networks, Civil Society, and the Prospects for Consolidating Russia’s Democratic Transition // American Journal of Political Science. 2001. Vol. 45. Issue 1. P. 51–69; Rose R. “Getting

Things Done in an Anti-Modern Society: Social Capital Networks in Russia.” // Studies in Public Policy, N 304. Glasgow, Scotland: Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde, 1998.

¹³ См.: *Garret L.*: Op cit.

¹⁴ Шилова Л. С. Трансформации самосохранительных моделей поведения населения в условиях реформируемого здравоохранения: Сб. тезисов к конференции «Здоровье в изменяющемся обществе: дискурс, политика, повседневность современной России». СПб.: ЦНСИ, 2005. С. 22.

¹⁵ Ledeneva Alena V. Russia’s Economy of Favours: Blat, Networking and Informal Exchange. New York: Cambridge University Press, 1998.

¹⁶ Панова Л., Русинова Л. Указ. соч. С. 155.