медицина, здоровье и болезнь

Социология медицины

Как общество воздействует на медицинскую науку, на практики и обучение медиков; и наоборот

Организационная структура

Роли и отношения между ролями

Система ценностей

Ритуалы

Функции медицины

- Стресс
- Психическое здоровье
- Социальный класс и здоровье
- Гендер и женское здоровье
- Тело и знания о теле

Для кого: для медиков, государственных чиновников, политиков

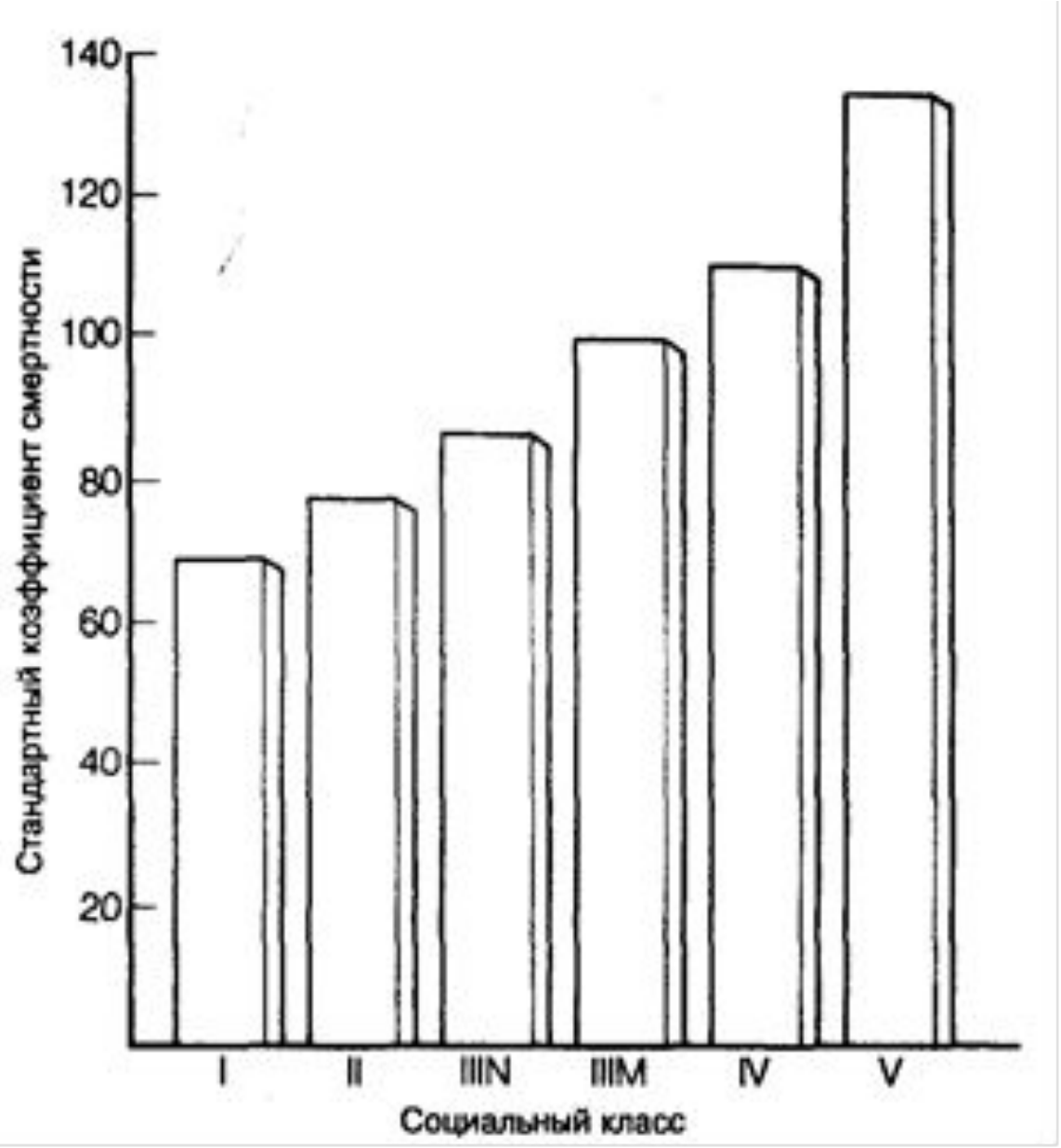
Что победили и что приобрели?

- Чума
- Холера
- Малярия
- Полиомелит
- Скарлатина
- Туберкулез

- Сердечно-сосудистые заболевания
- Рак
- Болезни легких

?? Медицина или условия жизни?

Здоровье и неравенство



Уровень смертности замужних женщин
Данные рубежа 1980-х
СКС -
уровень смертности в данном слое по сравнению со средним по всему населению
100 – среднее по населению
Гидденс 1999: 556

Здоровье и неравенство

Младенческая смертность в Великобритании по социальным классам
(число смертей на 1 000 живорожденных)

	1981	1991	1996
В браке			
Профессионалы	7,8	5,0	3,6
Менеджеры и инженеры	8,2	5,3	4,4
Квалифицированные работники нефизического труда	9,0	6,2	5,4
Квалифицированные рабочие	10,5	6,3	5,8
Полуквалифицированные рабочие	12,7	7,2	5,9
Неквалифицированные рабочие	15,7	8,4	7,8
Иные	15,6	11,8	8,3
Итого в браке	10,4	6,3	5,4
Вне брака			
Совместная регистрация	14,1	8,7	6,9
Одиночная регистрация	16,2	10,8	7,2
Итого вне брака	15,0	9,3	7,0

Гидденс 2005: 134

Здоровье и неравенство

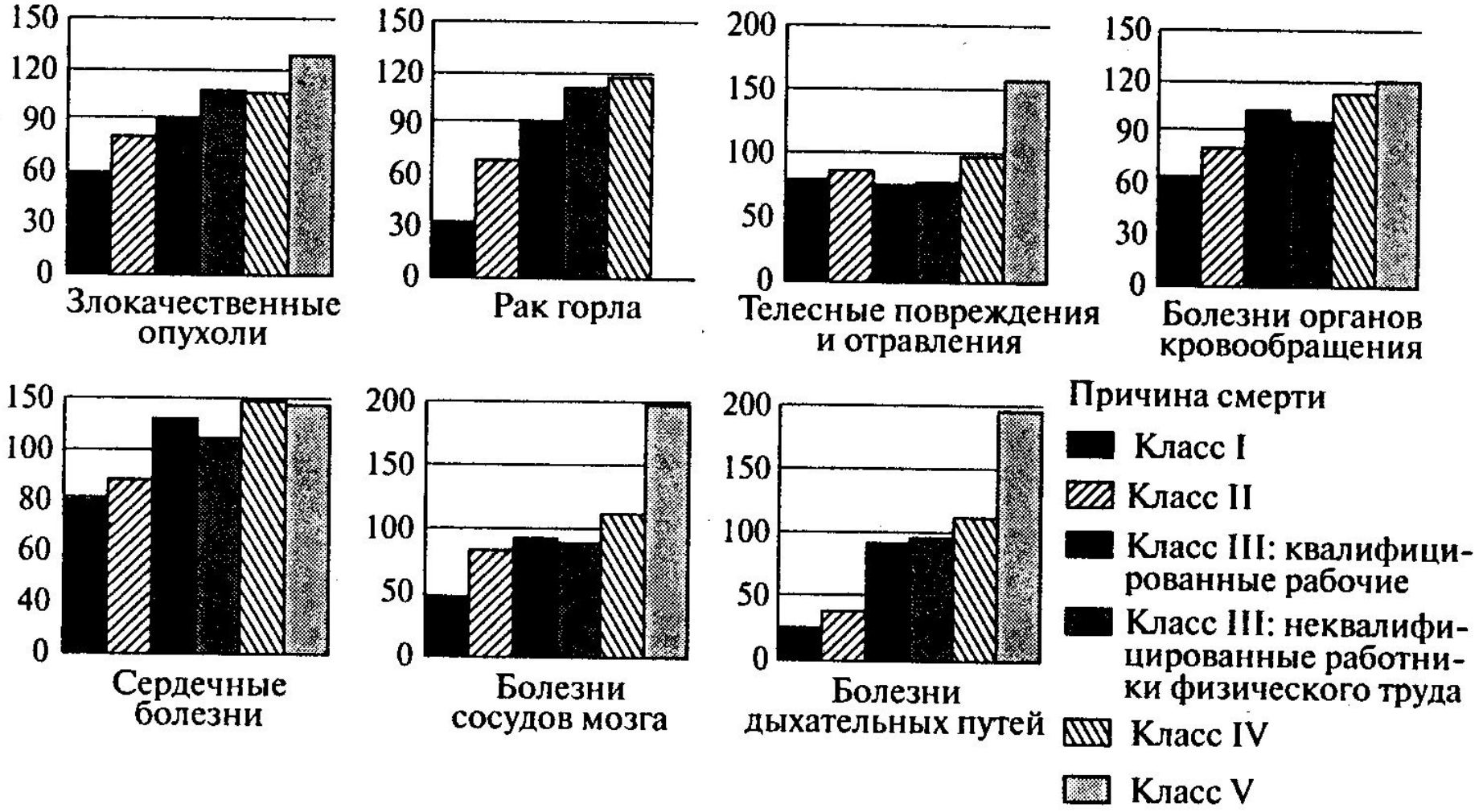


Рис. 6.1. Смертность в 1976–1989 гг. мужчин в возрасте от 15 до 64 лет. Распределение по причинам смерти и социальным классам в 1971 г.

Гидденс 2005: 135

Здоровье и неравенство

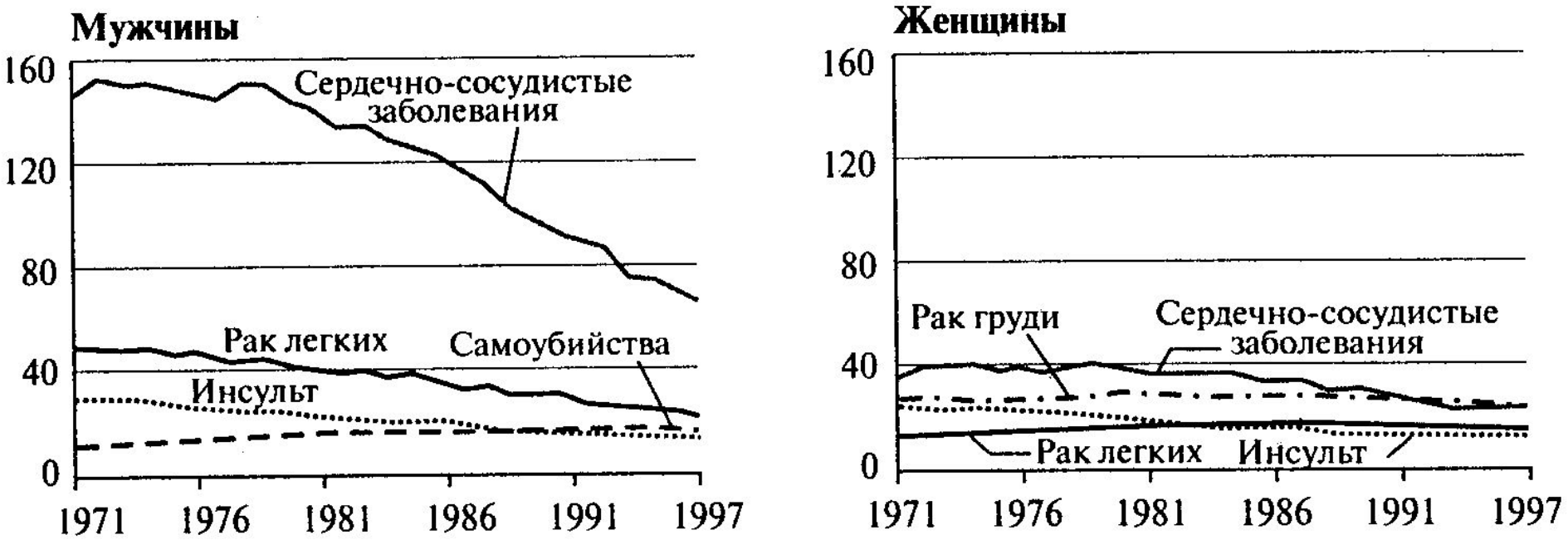


Рис. 6.3. Уровень смертности у людей до 65 лет, распределение по полу и причине смерти (число смертей на 100 000 чел.). Великобритания. 1971–1997 гг.

Гидденс 2005: 138

Здоровье и неравенство

- Какой фактор забыли?
  - Разбалансировка диет
  - Институциональный расизм
  - Плохие условия проживания

- Как объяснить имеющееся неравенство? Как оно формируется?

- Отбор по здоровью

- Культурное/поведенческое объяснение (стили жизни)

- Материалистическое / «экологическое» объяснение

- - -> какие выводы могут сделать политики? какие решения может предложить государство?

Гидденс 2005: 135-136

Социальное взаимодействие и распространение болезней

Variable	Moderate Number of Partners	Many Partners
Demographic variable		
Age	1.00 (0.98–1.03)	1.04 (0.98–1.10)
Women	[b]1.81 (1.11–2.95)	[b]2.83 (1.06–7.56)
Ever married	0.95 (0.57–1.59)	1.40 (0.47–4.16)
Black*	[a]3.17 (1.95–5.15)	[c]2.55 (0.95–6.82)
Other racial groups*	0.97 (0.47–1.99)	1.80 (0.40–8.18)
High school education†	0.73 (0.38–1.43)	3.57 (0.48–26.54)
More than high school education†	0.99 (0.53–1.86)	3.03 (0.43–21.62)
Risk behavior		
Ever same-gender sex	1.06 (0.37–2.99)	1.80 (0.60–5.40)
Ever injected drugs	1.12 (0.33–3.76)	1.05 (0.13–8.15)
Ever traded sex for drugs	1.25 (0.53–3.00)	[c]5.03 (0.95–26.58)
Having concurrent partners	[b]1.85 (1.08–3.17)	[b]0.38 (0.15–0.95)
3 to 5 lifetime sex partners‡	0.97 (0.55–1.73)	
6 to 12 sex partners‡	[a]2.61 (1.49–4.57)	
20 to 40 sex partners§		0.71 (0.23–2.19)
41 or more sex partners§		1.71 (0.50–5.84)
Friendship network		
None‖	[b]0.37 (0.14–0.98)	
Weak, large friendship circle¶		[b]0.18 (0.04–0.88)
Number of cases	683	129
Pseudo R square	0.11	0.18

Moderate number = 1 to 12 sex partners for lifetime; many = 13 or more lifetime sex partners.
[a]Significant at 1% alpha level.

Youm & Laumann 2002

Модели распространения болезней

Reproductive Rate - *R (число новых инфицированных, произведенное инфицированными за время, пока вирус активен)*

$R > 1$ – самовоспроизводящаяся эпидемия

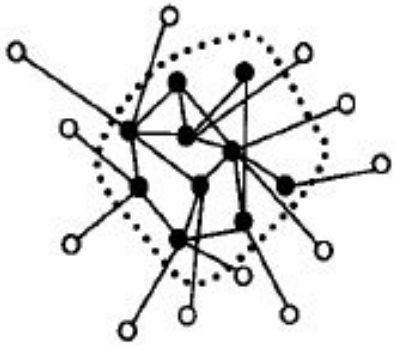
$R < 1$ – спадающая эпидемия

Влияют три фактора:

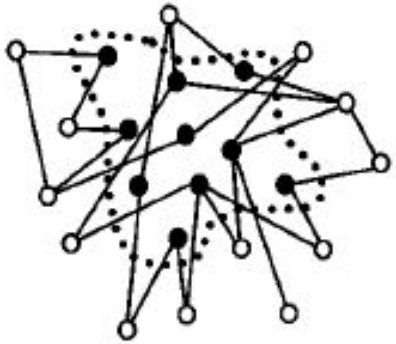
- Инфективность микроба
- Длительность инфективности
- **Структура контактов населения, релевантных для передачи болезни**

Простейшая модель: случайное перемешивание (“люди выбирают партнеров вне зависимости от характеристик этих партнеров”)

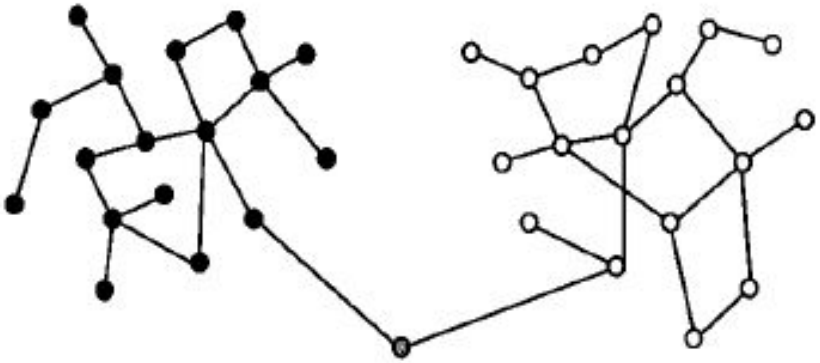
модели распространения болезней



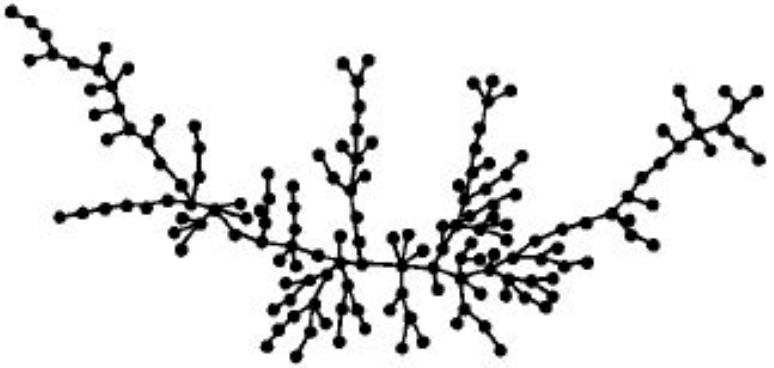
Panel A: Core Infection Model



Panel B: Inverse Core Model



Panel C: Bridge Between Disjoint Populations

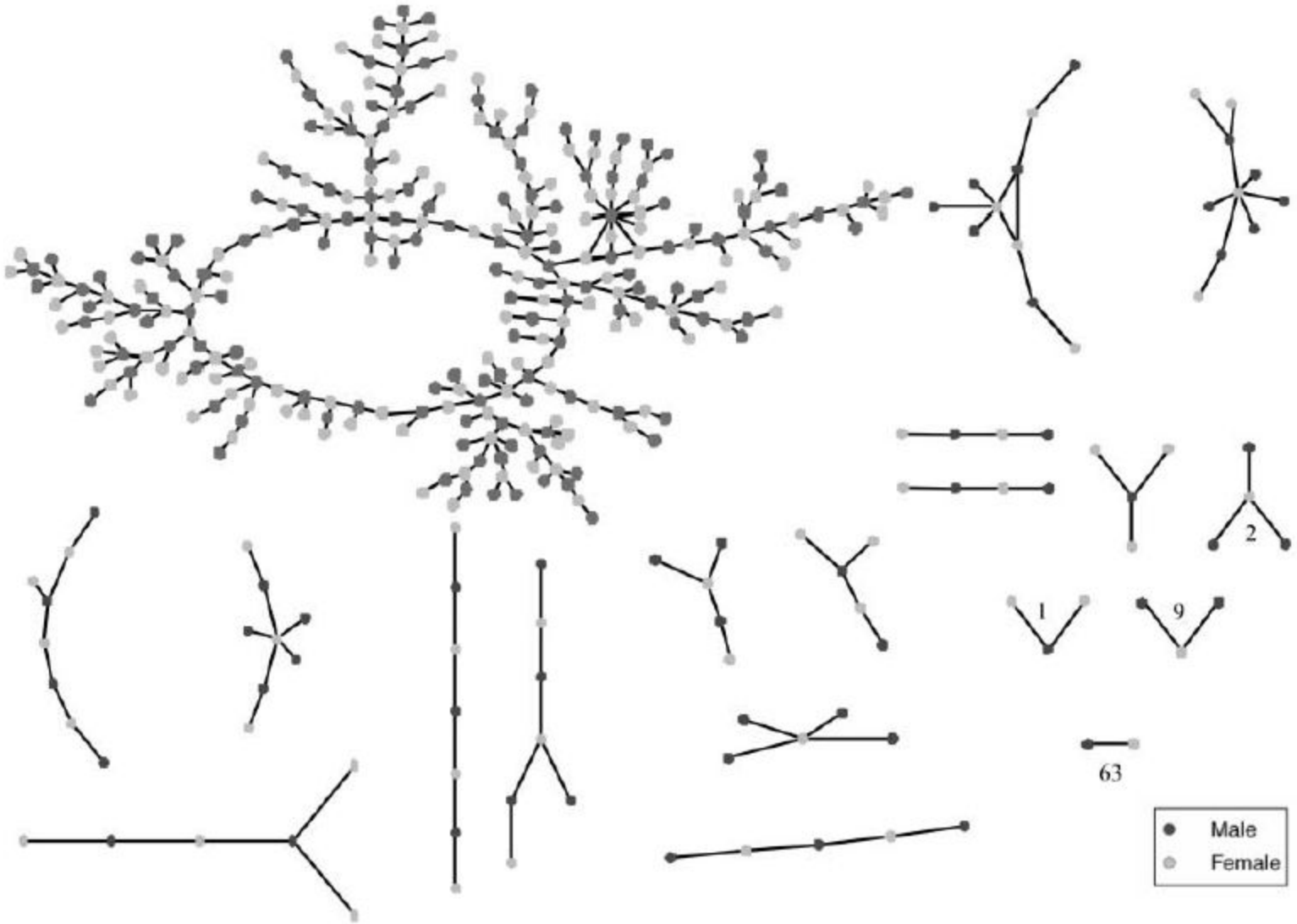


Panel D: Spanning Tree

FIG. 1.—The network structure of four models of infection

Bearman, Moody & Stovel (2004) Chains of affection

романтические и сексуальные связи американских школьников



Bearman, Moody & Stovel (2004) Chains of affection

Основные характеристики современных институтов медицины

- Научный подход в определении диагноза и биомедицинская модель здоровья
- Возникновение и развитие современных больниц (Фуко)
- Развитие профессии: медицинские университеты/ ассоциации (Merton & Co; Backer & Co)
- Медикализация девиации (Becker & Labelling theory)
- Роль пассивного пациента (Parsons); кристаллизация внешнего авторитета; профессиональный язык – клинические термины
- Техническая база: медикаменты и хирургия (и их побочные эффекты)
- Появление общественной заботы о здоровье

Роли больного и врача

Больной:

1. Исключается исполнения нормальных обязательств. НО: изъятие из нормального ритма жизни должно быть валидировано
2. Снимается ответственность за собственное состояние и процесс восстановления.
3. Оказывается в социально-нежелательном состоянии и должен быть оттуда изъят как можно быстрее. Иногда изолирован.
4. Нуждается в помощи. Тип помощи: от того, кто специальным образом квалифицирован. Дополнительная роль: пациента. Нужно взаимодействовать с врачом для того, чтобы поправиться

Доктор:

1. Оказывает поддержку. Тип поддержки не зависит от поведения партнера по интеракции. Но при этом не дает пациенту всего того, чего он хочет.
2. Проявления, которые не разрешены в нормальной жизни, разрешены с доктором – но в вербальной форме. Больным людям разрешено то, что нельзя здоровым.
3. Нормальная интеракция – возвращение эмоции или действия. Доктор этого не делает или делает искусственно, контролируя себя.
4. Дает и забирает одобрение.

Parsons (1951) Illness and the role of the physician

Медицинская школа

Merton, Reader & Kendall (1957) The Student Physician	Becker, Geer, Hughes & Strauss (1961) Boys in White: Student Culture in Medical School

initial perspective:
“They have worked hard to get in, are proud to have been accepted, and find it difficult to imagine themselves anything else but future practitioners” (Becker et al. 1961: 79).

provisional perspective
“In spite of all our efforts, we cannot learn everything in the time available;”
“We will work just as hard as ever, but now we will study in only the most effective and economical ways, and learn only the things that are important;”
“We will decide whether something is important according to whether it is important in medical practice;”
“We will decide whether something is important according to whether it is what the faculty wants us to know” (Becker et al. 1961: 111-112)

“This is the way to pass examinations and get through school;”
“We try to find out, in every way we can short of cheating, what questions will be on the examinations and how they should be answered and share this information with other members of the class”
“something he wants but is often denied, as is clinical experience.”(Becker et al. 1961:161)

Психические заболевания и конструирование больного

8 людей явились в психиатрические клиники с жалобой на голоса, которые разговаривают с ними

Диагноз «шизофрения»

Госпитализация: 7-52 дня

«отклонения в поведении не проявлялись»

Выписаны с диагнозом «шизофрения в стадии ремиссии»

Rosenhan (1973) On being sane in insane places, in: Science