Лекция 13. Здоровье и медицина.

1. Социологический подход к изучению здоровья и медицины. Здоровье и общество (в исторической перспективе).

2. Здравоохранение в международной перспективе. Социально значимые заболевания. Социальная изоляция.

3. Экономические и социальные аспекты здравоохранения. Доступность системы здравоохранения. Научная медицина. Старение населения.

Здоровье и здравоохранение как социальная проблема

На первый взгляд здоровье кажется чисто биологическим состоянием, а здравоохранение - чисто медицинским вопросом. Тем не менее, социальные силы и социальный статус значительно влияют на здоровье, болезни и здравоохранение. Болезнь, инвалидность и травматические травмы могут случиться в любом возрасте. Здоровье является единственным наиболее важным фактором, который влияет на общее качество жизни. Таким образом, нам необходимо учитывать не только социальные силы, влияющие на здоровье и болезни, но и то, почему система здравоохранения приняла ту особую форму, которую она имеет, и последствия этой системы.

Теоретические перспективы болезни

Из-за своих различных подходов каждая социологическая теория болезни фокусируется на различном наборе вопросов и предлагает различный набор ответов. Классическая структурно-функционалистская теория болезни смотрит на то, как (некоторые) болезни могут помочь обществу беспрепятственно развиваться и как общество ограничивает болезни, которые могут мешать этому плавному течению. Теория конфликта иллюстрирует, как конкурирующие интересы приводят к различным определениям болезни, и теория символического взаимодействия была особенно полезна для понимания опыта болезни.

Структурно-функциональная теория: роль больного

Классическая социологическая теория болезни была впервые сформулирована Талкоттом Парсонсом (1951). Как структурно-функционалист, Парсонс полагал, что у любого слаженно функционирующего общества есть способы предотвратить болезни, как и любую другую потенциальную проблему.

Самым важным вкладом Парсонса в социологию стало осознание того, что болезнь является формой отклонения, поскольку она не позволяет людям выполнять свои обычные социальные роли. Парсонс считает, что болезнь (или претензии на болезнь), как правило, дисфункциональна, поскольку может угрожать социальной стабильности. Парсонс также признал, однако, что допущение некоторой болезни хорошо для социальной стабильности. Если бы никто никогда не мог «взять больничный» или взять «день психического здоровья», ни у кого не было бы времени, необходимого для выздоровления, и у рабочих, учеников и супругов, которые никогда не получали перерыв, возникало бы негодование. Таким образом, болезнь выступает своего рода «клапаном давления» для общества.

Определение роли больного

Как общество контролирует заболевание, так что оно увеличивает, а не снижает социальную стабильность? Ответ, по словам Парсонса, это роль больного. Роль больного относится к четырем социальным нормам относительно того, как должны вести себя больные люди и как общество должно их воспринимать. Во-первых, предполагается, что больные имеют законные причины для невыполнения своих обычных социальных функций. Во-вторых, культурные нормы заявляют, что люди не несут ответственности за свои болезни. По этой причине мы приносим куриный суп людям, которые болеют простудой, вместо того, чтобы сажать их в тюрьму за то, что они подвергают себя воздействию микробов. В-третьих, предполагается, что больные считают болезнь нежелательной и стараются выздороветь. Вот почему мы сочувствуем тем, кто отдыхает, когда они болеют, и наказываем тех, кто не отдыхает. Наконец, больные должны обращаться за медицинской помощью и следовать ей.

Критика роли больного

Концепция Парсонса о роли больного была решающим шагом в начале мышления о болезни в психологическом отношении. Последующее исследование, однако, выявило ограничения ролевого образца для больных (Weitz 2010). Эта критика появляется в Концептуальной Сводке о слабостях ролевых моделей. Во-первых, в отличие от анализа Парсонса, иногда от больных ожидают, что они будут выполнять свои обычные социальные роли. Хотя никто не ожидает, что люди, умирающие от рака, продолжат работать, мы часто ожидаем, что люди, страдающие артритом, будут делать это, так же как и сумасшедшие или ипохондрики, потому что врачи не смогли диагностировать их состояние. Точно так же, независимо от болезни, некоторые профессора ожидают, что студенты будут сдавать задания вовремя, некоторые мужья ожидают, что их жены будут готовить ужин, а некоторые работодатели ожидают, что их сотрудники придут на работу.

Во-вторых, иногда люди несут ответственность за свои болезни. В прошлый раз, когда вы простужались, кто-нибудь наказывал вас за то, что вы недостаточно заботились о себе? За то, что вы не принимаете витамин С, не высыпаетесь или не едите здоровую пищу? Точно так же в газетах и ​​телевизионных шоу часто неявно обвиняют рак легких у людей, которые курят, диабет у людей, которые едят слишком много, и так далее.

В-третьих, предположение о роли больных в том, что больные должны работать, чтобы выздороветь, просто не подходит тем, у кого есть хронические заболевания, которые лекарства не могут вылечить. Во многом таким же образом предположение о том, что больные должны следовать медицинским советам, игнорирует тех, кто не может себе позволить или не получает медицинской помощи.

Теория конфликта: медикализация

Как и другие структурные функционалисты, Парсонс предположил, что социальные представления о болезни (в данном случае о роли больного) призваны поддерживать бесперебойную работу общества. Напротив, теоретики конфликта утверждают, что, как и другие части социальной жизни, представления о болезни отражают конкурирующие интересы различных социальных групп.

Одним из основных вкладов теории конфликта в наше понимание болезни является концепция медикализации. Медикализация относится к процессу, посредством которого состояние или поведение определяется как медицинская проблема, требующая медицинского решения (Conrad 2007). Сто лет назад мастурбация, гомосексуализм и, среди молодых женщин, желание поступить в колледж считались симптомами болезни. Эти условия больше не считаются болезнями не потому, что их биология изменилась, а потому, что социальные представления о них изменились. Аналогичным образом, сто лет назад большинство женщин рожали дома в присутствии акушерок, немногие мальчики были обрезаны, а полных людей считали привлекательными и счастливыми. В настоящее время беременные женщины, как ожидается, будут обращаться за медицинской помощью, родители должны будут делать обрезание у своих младенцев-сыновей у врачей, а люди с избыточным весом считаются подверженными риску заболевания или даже страдающими ожирением. Это все примеры медикализации.

Для того, чтобы произошла медикализация, одна или несколько организованных социальных групп должны иметь как личную заинтересованность в ней, так и достаточную власть, чтобы убедить других принять свое новое определение ситуации. Самый сильный фактор, который в настоящее время движет медикализацией, - это фармацевтическая промышленность, которая заинтересована в расширении рынка сбыта своей продукции (Conrad 2007). Например, фармацевтическая индустрия была главной силой, определяющей «мужскую сексуальную дисфункцию» как болезнь, которая должна быть излечена Виагрой (Loe 2004). Давление на медикализацию также могут оказать врачи, которые надеются расширить свои рынки, и потребители, которые надеются стимулировать исследования или уменьшить стигму в отношении неоднозначных состояний, таких как алкоголизм или фибромиалгия (Barker 2005; Conrad 2007).

И наоборот, врачи иногда выступают против медикализации, потому что они не хотят нести ответственность за лечение какого-либо заболевания (например, избиение жены), а потребители иногда выступают против медикализации, потому что они считают, что такое состояние является просто естественной частью жизни (например, менопауза). Страховщики также могут поддерживать или противодействовать медикализации в зависимости от своих интересов. Например, первоначально страховщики отклонили запросы на дорогостоящую операцию по шунтированию желудка для пациентов с ожирением, утверждая, что ожирение не является болезнью. Теперь, когда большинство страховщиков пришли к выводу, что эти операции уменьшают их долгосрочные расходы, они поддерживают диагностику ожирения как заболевания и хирургическое лечение (Conrad 2007). В каждом случае в битве за медикализацию победила группа, которая могла принести больше всего денег, влияния и других форм власти.

Теория символического взаимодействия: опыт болезни

Ролевая модель помогает нам понять культурные предположения о том, как больные люди должны вести себя и как к ним должны относиться другие, в то время как теория конфликтов помогает нам понять, как люди в первую очередь воспринимаются как больные. Напротив, теория символического взаимодействия особенно полезна для понимания того, каково это жить с болезнью на повседневной основе и, особенно, что происходит, когда врачи и пациенты имеют разные определения ситуации. Эта проблема выходит на первый план, когда врачи и пациенты расходятся во мнениях по поводу лечения.

Для врачей, любой пациент, который не выполняет их медицинские предписания, участвует в медицинском несоблюдении. Врачи обычно предполагают, что они лучше знают, как следует лечить болезнь, и поэтому полагают, что любой пациент, который не следует их указаниям, либо глуп, либо невежественен. Исследования символических интеракционистов, однако, показывают, что проблема гораздо сложнее. Некоторые пациенты не соблюдают требования, потому что медицинские работники давали только краткие и запутанные объяснения того, что делать и почему. Другим пациентам не хватает денег, времени или других ресурсов, необходимых для соблюдения. Третьи приходят к выводу, что следование медицинскому совету просто не в их интересах. Например, они могут принять решение не принимать лекарство, которое понижает кровяное давление, но делает невозможным достижение эрекции, уменьшает шизофренические галлюцинации, но вызывает ожирение или вызывает существенные побочные эффекты, но, по-видимому, не влияет на их симптомы (Lawton 2003). И всё чаще пациенты принимают решения о лечении, основываясь как на информации в Интернете, так и на советах своих врачей.

В целом, то, что врачи определяют как медицинское несоответствие, пациенты определяют как рациональное принятие решений. Когда врачи наказывают пациентов за их несоблюдение и не понимают их взгляды, пациенты, вероятно, станут еще менее охотно следовать указаниям врачей, создавая самоисполняющееся пророчество.

Социальные причины здоровья и болезней

В широко цитируемой статье под названием «Дело о перефокусировке вверх по течению» социолог Джон МакКинлей (1994) предлагает следующую историю в качестве метафоры для дилеммы современного доктора: Иногда это так. Там я стою на берегу быстро текущей реки и слышу крик тонущего человека. Поэтому я прыгаю в реку, обнимаю его, вытаскиваю на берег и применяю искусственное дыхание. Как только он начинает дышать, появляется еще один крик о помощи. Поэтому я прыгаю в реку, достаю его, вытаскиваю на берег, применяю искусственное дыхание, а затем, как только он начинает дышать, еще один крик о помощи. Итак, снова в реку, потянувшись, притянув, прикладывая, дыша, а затем еще один крик. Снова и снова, без конца, идет последовательность. Вы знаете, я так занят, прыгая, вытаскивая их на берег, применяя искусственное дыхание, что у меня нет времени, чтобы увидеть, кто, черт возьми, поднимается вверх, толкая их всех (McKinlay 1994, 509-510).

Как и потенциальный спасатель в этой истории, у врачей мало возможностей сконцентрироваться вверх по течению и спросить, почему их пациенты болеют в первую очередь. Социологи пытаются ответить на этот вопрос на двух уровнях: на микроуровне, на котором люди делают выбор в отношении принятия поведения, которое угрожает их здоровью, и на макроуровне, на котором социальные структуры ограничивают выбор, доступный для людей. Но прежде чем мы сможем спросить, почему здоровье людей подвергается риску, мы должны знать, что это за риски. Для этого нам необходимо рассмотреть первопричины предотвратимой смерти.

Основные причины предотвратимой смерти

В весьма влиятельной статье, опубликованной в Журнале Американской медицинской ассоциации, Мокдад и его коллеги (2004) рассмотрели всю доступную медицинскую литературу, чтобы определить основные причины предотвратимых смертей (то есть смертей, вызванных ни старостью, ни генетическими заболеваниями). Девять факторов - табак, плохое питание и ненадлежащая физическая активность, алкоголь, бактерии и вирусы, загрязненные рабочие места и микрорайоны, автомобили, огнестрельное оружие, сексуальное поведение и незаконные наркотики - стали причиной почти половины всех предотвратимых смертей в Соединенных Штатах.

Очевидно, что из этих девяти факторов табак является наиболее важным и гораздо более важным, чем все незаконные наркотики вместе взятые. Будь то курение, жевание или употребление в качестве нюхательного табака, табак может вызвать огромное количество инвалидизирующих и смертельных заболеваний, включая болезни сердца, инсульты, эмфизему и многочисленные раковые заболевания (World Health Organization 2008b). Около половины всех курильщиков умрут из-за употребления табака, причем половина из них умирает в среднем возрасте и теряет в среднем 22 года от ожидаемой продолжительности их нормальной жизни.

Второй наиболее распространенной причиной преждевременных смертей является диета с высоким содержанием жиров, малоподвижный образ жизни и, как следствие, ожирение. Показатели ожирения в Соединенных Штатах по данным Центров по контролю и профилактике заболеваний резко возросли с 1980 года. Сочетание неправильного питания и недостаточной физической активности увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов, некоторых видов рака (толстой кишки, молочной железы и простаты) и диабета, а также других проблем.

Оставшиеся семь факторов приводят к предотвратимым смертям различными способами. Алкоголь и наркотики делают небезопасный секс более вероятным; алкоголь, автомашины, огнестрельное оружие и незаконные наркотики - все это приводит к смертельным случаям; алкоголь, загрязнение окружающей среды, незащищенный секс и незаконные наркотики (при употреблении инъекционных наркотиков) могут вызывать рак, гепатит и другие заболевания.

Ответы на микроуровне: Модель веры в здоровье

Почему люди практикуют поведение, которое угрожает их здоровью? Или, чтобы задать вопрос более позитивно, почему люди не принимают поведение, которое защитит их здоровье? Социологи определили четыре состояния, известные под общим названием модели убеждений о здоровье, которые последовательно предсказывают, будут ли люди придерживаться здорового поведения (Becker 1974, 1993). Эти условия следующие:

1. Люди должны полагать, что они находятся в опасности в определенной проблеме со здоровьем.

2. Они должны верить, что проблема серьезна.

3. Они должны полагать, что принятие превентивных мер значительно снизит их риски.

4. Они не должны воспринимать какие-либо существенные финансовые, эмоциональные, физические или иные барьеры для принятия профилактического поведения.

Опыт квотербека Питтсбурга Стилерса Бена Ретлисбергера иллюстрирует эту модель. В июне 2006 года Ретлисбергер получил сотрясение мозга и множество других травм после аварии на мотоцикле. В то время он не носил шлем, хотя шлемы снижают риск смерти в результате несчастного случая как минимум на треть и снижают риск черепно-мозговых травм на две трети (Национальное управление безопасности дорожного движения, 2005 г.).

После аварии Ретлисбергер поклялся никогда больше не ездить на мотоцикле без шлема. Теперь он понял, что угроза аварии была реальной, и что последствия катастрофы могут быть серьезными или даже смертельными. Ударившись головой в лобовое стекло автомобиля, он понял, что ношение шлема значительно снизит риск смерти или черепно-мозговой травмы. И когда сравнивали эти потенциальные выгоды, стоимость и дискомфорт шлема и потенциальная угроза его имиджу «крутого парня», больше не казались важными барьерами.

Ответы на макроуровне: производители болезней

На первый взгляд, легко сделать вывод, что плохой индивидуальный выбор объясняет большинство или даже все предотвратимые случаи смерти. В конце концов, как и Бен Ретлисбергер, другие люди также взвешивают свои возможности, а затем решают курить табак, использовать огнестрельное оружие, заниматься рискованным сексом и так далее. Но этот выбор сделан в более широком социальном контексте. Если мы более внимательно посмотрим на этот социальный контекст, мы быстро придем к выводу о том, что McKinlay (1994) описывает как производителей болезней: группы, которые пропагандируют смертельное поведение и социальные условия. Например, сигареты, пиво, быстрые машины, оружие и сладкие продукты по своей природе привлекательны для многих людей. Но именно производители этих товаров в значительной степени определяют, насколько безопасными или опасными будут их продукты, кому и как они будут рекламироваться и где они будут продаваться. Например, производители автомобилей боролись с бамперами, которые сделали бы внедорожники менее опасными для других автомобилей, производители газировки боролись за право продавать свою высококалорийную продукцию в школах, а производители табака (косвенно) поощряли курение среди подростков и детей. (Weitz 2010).

Индивидуальный выбор является еще меньшим фактором для других основных причин смерти (Weitz 2010). Люди работают с опасными пестицидами, вводят нелегальные наркотики, которые, как они не знают, были поражены опасными химикатами, и живут в квартирах со свинцом в водопроводах, потому что у них нет альтернатив. Производители болезней в этих обстоятельствах включают корпорации, которые подвергают своих работников опасным условиям, владельцы недвижимости, которые не обслуживают свои здания, и политики, которые выступают против легализации наркотиков, чтобы наркотики могли регулироваться. Наконец, люди, скорее всего, будут вести себя небезопасно - от еды пончиков до раскалывания крэка и секса без презервативов - если они чувствуют, что им все равно нечего ждать. Эти чувства наиболее распространены среди тех, кто оказался в ловушке на дне социальной классовой системы.

Социальное распределение здоровья и болезней

Хорошее здоровье - это не просто вопрос хороших привычек и хороших генов. Хотя оба элемента играют важную роль, здоровье также тесно связано с социальными статусами, такими как пол, социальный класс и раса или этническая принадлежность.

В Соединенных Штатах средний новорожденный может рассчитывать на 78 лет жизни (National Center for Health Statistics 2009). Хотя некоторые из них умрут молодыми, в настоящее время среднестатистический житель США живет в пожилом возрасте. Это замечательное достижение, учитывая, что в начале двадцатого века ожидаемая продолжительность жизни составляла менее 50 лет. Однако не все получили одинаковую выгоду: мужчины, афроамериканцы и бедные в среднем умирают раньше женщин, белых и более состоятельных людей. Распределение болезней и инвалидности, по крайней мере, так же важно, как распределение смертности при оценке общего благосостояния населения. На каждого человека, который умирает в тот или иной год, многие сталкиваются с серьезными заболеваниями или инвалидностью, которые влияют на качество их жизни.

Пол

В среднем женщины в США живут примерно на 5 лет дольше, чем мужчины. Тем не менее, хотя женщины живут дольше, они также сообщают о значительно худшем здоровье, чем мужчины в любом возрасте: больше артритов, астмы, диабета, катаракты и т.д. Эти различия означают, что женщины чаще мужчин испытывают инвалидность и дискомфорт с возрастом. Частично из-за этой комбинации более продолжительной жизни и большего количества болезней женщины значительно чаще, чем мужчины, в конечном итоге попадают в дом престарелых.

Как мы можем объяснить, почему «женщины болеют, а мужчины умирают быстрее»? Ответ лежит как в биологии, так и в обществе. Вероятно, из-за своих гормонов женщины по своей природе сильнее мужчин: до тех пор, пока женщины получают достаточную пищу и заботу, их шансы на выживание больше, чем у мужчин на каждом этапе жизни, начиная с момента зачатия (Rieker & Bird 2000).

Социальные нормы также защищают женщин от смертельных заболеваний и травм (Rieker & Bird 2000). Скорее всего, вы знаете гораздо больше молодых мужчин, чем молодых женщин, которые любят быструю езду. Эта и другие подобные формы поведения, которые увеличивают вероятность смерти, социально поощряются для мужчин, но не поощряются для женщин. Мужчины также чаще, чем женщины, употребляют нелегальные наркотики и трудятся на опасных работах. Наконец, женщины чаще, чем мужчины, обращаются за медицинской помощью, когда испытывают проблемы, хотя это оказывает незначительное влияние на их общее состояние здоровья.

Менее понятно, почему, несмотря на более низкие шансы умереть в любом возрасте, у женщин заболеваемость выше, чем у мужчин (Barker 2005). Скорее всего, более высокий уровень заболеваемости у женщин обусловлен как их гормонами (биологический эффект), так и тем фактом, что в среднем они испытывают больше стресса, чем мужчины, но имеют меньший контроль над источниками этого стресса (социальный эффект). Поскольку стресс делает иммунную систему организма более хрупкой, он часто приводит к ухудшению здоровья.

Социальный класс

Чем выше доход, тем больше продолжительность жизни и лучше здоровье: богатые люди живут в среднем дольше, чем люди среднего класса, а люди среднего класса живут дольше, чем бедные (Marmot 2004). Это справедливо даже в тех странах, где каждый имеет доступ к медицинскому обслуживанию, и даже если мы сравниваем только людей с одинаковыми показателями курения, ожирения и употребления алкоголя (Banks et al. 2006). Более того, эти различия начинаются в младенчестве и детстве. Например, около 50 процентов детей в приютах для бездомных в Нью-Йорке страдают астмой, по сравнению с 25 процентами детей в самых бедных районах города и 6 процентами детей города в целом (Perez-Pena 2004).

Причины связи между социальным классом и болезнью сложны. Отчасти это объясняется неспособностью более бедных людей оплачивать дорогостоящую медицинскую помощь. Однако экологические, экономические и психосоциальные факторы играют еще более важную роль в связи бедности с плохим состоянием здоровья. Люди с низкими доходами чаще живут в небезопасных и нездоровых условиях, вблизи заводов, загрязняющих воздух, или в некачественном жилье. Они с большей вероятностью занимаются опасной работой и испытывают недостаток в количестве качественной пищи. Люди с низким доходом также испытывают больше стресса, чем другие, но имеют меньший контроль над причинами этого стресса. В результате, как и женщины на всех уровнях дохода, они чаще страдают от болезней из-за стресса. Кроме того, в то время как люди с высокими доходами могут справляться со стрессом, беря отпуск или нанимая горничную, чтобы помочь с уборкой дома, у людей с низким доходом таких вариантов мало. Вместо этого некоторые будут пытаться справиться со стрессом с помощью питья, курения и других успокаивающих, но рискованных для здоровья видов поведения.

Раса и этническая принадлежность

Хотя доход влияет на здоровье больше, чем раса и этническая принадлежность (Weitz 2010), последний, тем не менее, оказывает сильное и независимое влияние. Американцы азиатского происхождения китайского, японского, филиппинского или индийского происхождения, как правило, относятся по крайней мере к среднему классу и имеют здоровье, по крайней мере, такое же хорошее, как у белых. Напротив, афроамериканцы, латиноамериканцы и коренные американцы в среднем беднее белых, не являющихся латиноамериканцами, и, как следствие, несоразмерно страдают от воздействия низкого социально-экономического статуса на здоровье. Из-за более низких доходов эти небелые значительно чаще, чем белые или давние азиатские группы, не имеют медицинской страховки. Они также чаще испытывают стресс и живут или работают в районах, загрязненных сажей, окисью углерода, озоном, серой, пестицидами и даже радиоактивными отходами. Например, 60 процентов всех американских детей, которые имеют опасно высокий уровень свинца в крови, являются афроамериканцами, и только 17 процентов - белые неиспаноязычные (Meyer et al. 2003).

Кроме того, независимо от дохода, предрассудки и дискриминация, с которыми сталкиваются меньшинства, увеличивают уровень заболеваемости и смертности. Например, из-за расовой сегрегации даже афроамериканцы среднего класса чаще, чем белые, живут в районах, где насилие и загрязнение угрожают их здоровью. Точно так же, независимо от симптомов пациентов или страхового покрытия, врачи с большей вероятностью предложат белым пациентам различные жизненно важные методы лечения (наиболее эффективные лекарства от ВИЧ-инфекции) и с большей вероятностью предложат меньшинствам меньше желательные процедуры, такие как ампутации ног при диабете. Взятые вместе, эти факторы приводят к тому, что афроамериканцы, латиноамериканцы и коренные американцы имеют значительно более высокий уровень заболеваемости и более высокие шансы умереть в любом возрасте, чем белые.

Возраст

Неудивительно, что возраст - это самый важный показатель здоровья, болезни и смерти. Две группы наибольшего риска - очень молодые и очень старые. В бедных странах смертность очень распространена среди младенцев и детей младше 5 лет. Некоторые умирают из-за того, что они родились преждевременно, другие из-за того, что не получают достаточно пищи, а третьи из-за того, что их иммунная система не способна бороться с болезнями, особенно если они недоедают.

Смерть маленьких детей также была распространена в западном мире до двадцатого века. В наши дни такие случаи смерти очень редки в Соединенных Штатах, и молодые люди обычно здоровы. Однако по сравнению с другими развитыми странами детская смертность остается шокирующе высокой. Младенческая смертность особенно высока среди афроамериканцев, которые (по всем только что рассмотренным причинам) более чем в два раза чаще, чем белые дети, умирают в младенчестве (Национальный центр статистики здравоохранения 2009).

По прошествии младенчества шансы умереть или шансы развития инвалидизирующей болезни начинают постепенно увеличиваться, начиная примерно с 40 лет. К 65 годам большинство людей будут иметь по крайней мере одну длительную проблему со здоровьем, такую ​​как артрит, гипертония или потеря слуха. Тем не менее, даже к 85 годам большинство сообщают о хорошем или отличном здоровье. Однако шансы насладиться здоровой старостью значительно ниже для расовых и этнических меньшинств: среди лиц в возрасте 68 лет и старше 80 процентов неиспаноязычных белых считают себя здоровыми по сравнению с 65 процентами латиноамериканцев и 63 процентами афроамериканцев.

Психическое заболевание

До сих пор мы говорили о здоровье и болезни, как будто единственное, что имеет значение, это физическое здоровье. Но психическое здоровье также является критически важной проблемой, от которой ежегодно страдают миллионы людей.

Сколько психически больных?

Национальные опросы населения США показывают, что в течение любого данного года примерно 11 процентов взрослых трудоспособного возраста испытывают незначительное, но все еще диагностируемое психическое заболевание, и еще 20 процентов испытывают умеренное или серьезное заболевание (Kessler et al. др. 2005). Наиболее распространенными заболеваниями являются тяжелая депрессия и проблемы с употреблением алкоголя. Эти оценки, однако, вероятно, немного высоки, поскольку они основаны на сообщениях о симптомах, а не на медицинских диагнозах болезней (Horwitz 2002).

Кто становится психически больным?

Как и в случае с физическим заболеванием, социальные факторы сильно предсказывают психические заболевания. Здесь мы фокусируемся на двух важных факторах: социальный класс и пол.

Социально-классовые различия

С 1920-х годов, когда началось социологическое исследование психических расстройств, исследователи постоянно обнаруживали, что у более бедных людей больше психических заболеваний, чем у более состоятельных людей (Eaton & Muntaner 1999). Исследователи, однако, не согласны с причинами такой модели. Некоторые утверждают, что социальный стресс, связанный с жизнью низшего класса, вызывает психическое расстройство. Другие считают, что наступление психического заболевания приводит к тому, что люди теряют работу и уходят в другой социальный класс.

Исследования ясно показывают, что низший класс, на самом деле, испытывает больше видов стресса (таких как потеря работы или хронические физические отклонения), которые могут вызвать расстройства психики. Стрессы бедности и экономической нестабильности, по-видимому, особенно важны для понимания причин таких расстройств, как тяжелая депрессия.

В то же время исследования показывают, что возникновение таких расстройств, как шизофрения, затрудняет людям работу. Мало того, что люди могут потерять свою первоначальную работу, но как только потенциальные работодатели обнаружат, что у человека есть история психического расстройства, они могут неохотно нанимать его или ее для чего-либо кроме работы с минимальной заработной платой. В этих случаях психическое расстройство явно заставляет людей переходить в более низкий социальный класс. Социальный дрейф, однако, объясняет меньшую долю психических заболеваний, чем стресс от более низкого уровня жизни в обществе.

В дополнение к социальным различиям в уровне психических заболеваний, существуют также важные различия в опыте психических заболеваний. Лица из низшего класса с диагнозом психического заболевания остаются в больницах в течение более длительных периодов времени и получают менее эффективные виды лечения. На самом деле, большинство видов психиатрического лечения предназначено для лиц среднего класса, испытывающих кратковременные эмоциональные проблемы, а не для лиц (независимо от их социального класса), которые серьезно психически больны. Между тем, поскольку финансирование больниц и медицинского обслуживания сократилось, психически больных из низшего класса все чаще отправляют в тюрьмы или колонии, а не в клиники или больницы, когда их поведение становится социально неприемлемым; По данным Министерства юстиции США, более половины всех заключенных в тюрьмах и колониях психически больны (James & Glaze 2006).

Гендерные различия

Депрессия является наиболее распространенной формой психического заболевания, затрагивающей около 17 процентов всех взрослых, проживающих в Соединенных Штатах (Kessler et al. 2005). Поскольку депрессия встречается так часто, у женщин она диагностируется гораздо чаще, общие показатели психических заболеваний у женщин выше, чем у мужчин.

Почему у женщин чаще, чем у мужчин, диагностируют депрессию? Большинство теоретиков предполагают, что у женщин более высокий уровень депрессии, потому что они испытывают больше стресса и меньше контролируют этот стресс (Horwitz 2002). Фактически, уровень депрессии наиболее высок среди женщин, которые имеют наименьший контроль над своей жизнью: неработающие женщины и замужние матери. Например, у официантки с маленькими детьми и мужем, который ожидает горячую еду по возвращении домой, мало средств для контроля ее жизни, графика или уровня стресса. Точно так же депрессия особенно распространена среди мужчин, которые имеют меньше власти, чем их жены, плохо контролируют свою работу или теряют работу.

Напротив, мужчины чаще, чем женщины, сообщают о злоупотреблении психоактивными веществами и «расстройствах личности», характеризующихся хроническими неадаптивными чертами личности, такими как навязчивые состояния или насилие (Kessler et al. 2005). Ученые предполагают, что, поскольку традиционная мужская роль побуждает мужчин реагировать на стресс с помощью агрессии или злоупотребления психоактивными веществами, те, кто испытывает стресс и психические заболевания, с большей вероятностью разовьют подобные симптомы.

Понимание систем здравоохранения

Обеспечение доступа людей к медицинской помощи является одной из основных задач любого общества. Соединенные Штаты предлагают множество способов, с помощью которых люди могут получить медицинскую помощь: частная и финансируемая государством страховка, частные и государственные клиники и больницы, или наличные платежи. Тем не менее, многие американцы могут получить только низкокачественную помощь, многие могут получить помощь, только принося финансовые жертвы, и многие вообще не могут позволить себе такую ​​помощь. Как работает медицинское страхование в США? Почему некоторым людям не хватает страховки, и каковы последствия незастрахованности? Как другим странам удается оплачивать медицинское обслуживание для всех своих граждан?

Оплата медицинского обслуживания в Соединенных Штатах

Медицинское обслуживание является наиболее быстро растущим сегментом. В 1970 году американцы тратили в среднем 372 доллара на человека (в долларах 2006 года) на медицинское обслуживание. К 2006 году они потратили в среднем 6 561 доллар. В Соединенных Штатах существует три основных способа финансирования здравоохранения: оплата из кармана, частное страхование и государственные программы. Стоимость медицинского обслуживания настолько высока, что только самые богатые могут позволить себе заплатить из кармана за что-либо, кроме мелких проблем. В результате большинство американцев должны полагаться на частное страхование или программы государственного страхования. Остальные не имеют страховки и часто не могут оплатить медицинское обслуживание. Даже те, у кого есть страховка, часто обнаруживают, что она не покрывает многие из их счетов. В целом, 21 процент американцев, сообщают, что иногда они не могут позволить себе приобрести необходимое медицинское обслуживание или лекарства (Szabo & Appleby 2009).

Частное страхование

Большинство застрахованных американцев имеют частную страховку, полученную от их работодателей, работодателей их родителей или работодателей их супругов. Частные лица, скорее всего, получат страховку от своего работодателя, если они работают в крупных корпорациях или государственных учреждениях, и менее всего могут получить такую страховку, если они работают на малый бизнес или на работу с минимальной заработной платой. В прошлом крупнейшими частными страховщиками, такими как Blue Cross и Blue Shield, были некоммерческие организации, которые, по крайней мере, до некоторой степени пытались снизить расходы. Однако в наши дни большинство частных страховых компаний являются коммерческими корпорациями. Это одна из причин, почему отдельные расходы на здравоохранение резко возросли.

Государственные программы

У правительства США есть несколько программ медицинского страхования. Две самые большие программы - Medicaid и Medicare. Кроме того, местные органы власти оказывают медицинскую помощь через государственные учреждения здравоохранения и государственные больницы.

Medicare - это финансируемая правительством программа медицинского страхования, предназначенная главным образом для граждан старше 65 лет. Благодаря Medicare почти все пожилые американцы имеют медицинскую страховку. Однако это недешевая программа: в 2006 году правительство выплатило более 401 миллиарда долларов в виде пособий по программе Medicare (Бюро переписи населения США, 2009a). Расходы настолько высоки, что правительственные чиновники считают, что программа может обанкротиться, если не будут повышены налоги или как-то сокращены расходы.

В отличие от Medicare, которое доступно почти каждому, кто старше 65 лет, Medicaid предоставляет медицинскую страховку в зависимости от потребности. Средства поступают как от федерального правительства, так и от правительств штатов. Как право, так и услуги определяются штатами, некоторые из которых предлагают гораздо более щедрую медицинскую помощь, чем другие. В целом, однако, вы не получите Медикейд, если вы оба не очень бедны и не являетесь ребенком или беременной женщиной.

Незастрахованный в Соединенных Штатах

По состоянию на 2007 г. около 17 процентов американцев моложе 65 лет не имели медицинской страховки. Благодаря Medicare почти 100 процентов пожилых людей застрахованы. Те, кто не подпадает под программу, - это, прежде всего, молодые люди или люди среднего возраста, безработные, работающие бедные или работники малых предприятий.

В экстренных случаях люди, не имеющие страховки, могут получить лечение в государственных больницах. Однако им часто приходится ждать несколько часов, прежде чем перегруженный работой персонал больницы сможет их осмотреть. И как только их осмотрят, они, скорее всего, получат некачественную помощь. В результате, незастрахованные американцы с большей вероятностью, чем другие, имеют схожие условия, чтобы отложить необходимую медицинскую помощь, потребовать госпитализации, когда они обращаются за медицинской помощью, и умереть независимо от того, госпитализированы они или нет.

Здравоохранение в других странах

Соединенные Штаты являются единственной промышленно развитой страной, которая не гарантирует медицинское обслуживание всем своим гражданам. Вместо этого здравоохранение продается как любой другой товар. Как и химчистка, вы получаете то, что можете себе позволить, а если вы не можете себе этого позволить, возможно, вам придется обходиться без этого. В отличие от США, в остальном промышленно развитом мире медицинское обслуживание похоже на начальное образование, которое предоставляется всем гражданам независимо от их платежеспособности. Как обеспечивается медицинская помощь в этих странах?

Национальные системы здравоохранения

Разные промышленно развитые страны используют разные системы, но все они гарантируют, что каждый гражданин имеет доступ к высококачественной медицинской помощи. Великобритания и Канада выступают концептуальными примерами. В обеих этих странах медицинское обслуживание осуществляется по системе единого плательщика. В системе единого плательщика врачи и больницы оплачиваются, прямо или косвенно, из единого источника: правительства. В обеих странах врачи, работающие в больницах, получают зарплату. Однако британские врачи, которые работают в частных офисах или клиниках, обычно получают зарплату, тогда как канадские врачи получают плату за каждую предоставляемую ими услугу (Weitz 2010).

Системы единого плательщика снижают стоимость медицинского обслуживания тремя способами. Во-первых, они очень эффективны: в то время как доктору США, возможно, придется выставлять счета десяткам страховщиков каждую неделю, канадский врач должен направлять счет только правительству. Во-вторых, они некоммерческие: в то время как канадская и британская системы здравоохранения мотивируются исключительно желанием оказывать медицинскую помощь, основная цель страховых компаний США - получить прибыль для своих акционеров. В результате страховые компании США предпочитают страховать только здоровых людей, у которых будет мало медицинских счетов. Наконец, системы с одним плательщиком являются «единственной игрой в городе»: будучи единственным покупателем медицинского обслуживания (включая лекарства), системы с одним плательщиком могут оказать давление на фармацевтические компании, чтобы они снизили цены на лекарства, потребовали от врачей снизить плату и отказаться от средств для больниц для предоставления новых услуг, которые считаются ненужными, непроверенными или неэффективными.

Недостатком системы единого плательщика является то, что она сокращает возможности для врачей и потребителей. Врачи не могут решить, какую плату они будут взимать, а потребители не могут совершать выбор, чтобы получить лечение, которое правительство не обеспечивает.

Хорошая забота по низкой цене

Современные медицинские технологии расширили нашу способность продлевать и спасать жизни. Это, однако, чрезвычайно дорого. Так как же некоторым менее развитым странам удается сохранить здоровье своего населения? Китай представляет интересный пример того, как это можно сделать. В Китае западная медицина отошла на второй план в профилактике. Основное внимание уделялось использованию менее дорогих поставщиков медицинских услуг, таких как акушерки и медсестры; улучшение санитарии, жилья и питания; повышение уровня образования для повышения доходов; и использование традиционных методов лечения, которые западные врачи только сейчас начинают ценить. Благодаря этим стратегиям ожидаемая продолжительность жизни теперь всего на 5 лет меньше, чем в Соединенных Штатах, хотя Китай тратит на здравоохранение в несколько раз меньше (Population Reference Bureau 2008). Другие менее развитые страны, такие как Коста-Рика, Шри-Ланка, Куба и Вьетнам, также продемонстрировали ценность профилактики болезней, повышения уровня образования и повышения уровня жизни, вместо того, чтобы сосредоточиться на высокотехнологичной медицинской помощи (Weitz 2010) ,

Итог

Социологический анализ показывает, что здоровье и болезнь социально структурированы. Перефразируя С. Райта Миллса можно сказать, что когда один человек умирает слишком молодым от стресса, вредных привычек или неадекватного медицинского обслуживания, это является личной проблемой, и для ее исправления мы должным образом смотрим на характер человека. Когда целые классы, расы или полы постоянно страдают от значительного ущерба для здоровья и здравоохранения, это является социальной проблемой. Правильное изложение проблемы и поиск решений требуют от нас взглянуть не только на отдельных людей, чтобы понять, как социальные структуры и институты способствовали развитию этих моделей. Социологическое воображение предполагает, что для значительного улучшения здоровья нации потребуются изменения в социальных институтах - повышение уровня образования, сокращение масштабов нищеты и дискриминации, улучшение доступа к качественному жилью и продуктам питания и т.д. Равный доступ к медицинской помощи также поможет, но он значительно менее важен, чем эти социальные изменения.

Резюме

1. Важным вкладом структурно-функционалистской теории в изучение здоровья является концепция роли больного. Эта концепция объясняет, как (некоторые) болезни могут помочь обществу работать бесперебойно и как общество ограничивает болезнь, чтобы она не мешала этому плавному течению.

2. Из теории конфликта мы получаем понятие производителей болезни: группы, которые получают выгоду от продвижения условий, вызывающих болезни. Теория конфликта также помогает нам понять, как определения болезни развиваются в процессе медикализации и как конкурирующие группы интересов борются за различные потенциальные определения болезни.

3. Теория символического взаимодействия была особенно полезна для понимания опыта болезни, включая то, почему пациенты иногда не следуют указаниям врачей.

4. Девять факторов - табак, плохое питание и недостаточная физическая активность, алкоголь, бактерии и вирусы, загрязненные рабочие места и микрорайоны, автомобили, огнестрельное оружие, сексуальное поведение и запрещенные наркотики - лежат в основе почти половины всех предотвратимых смертей в Соединенных Штатах.

5. Роль больных состоит из четырех социальных норм, касающихся больных. Предполагается, что у них есть веские причины для невыполнения своих обычных социальных функций, и они не несут ответственности за свои болезни. От них также ожидают, что болезнь нежелательна, и они стремятся выздороветь и выполнять указания своих врачей. Образец роли больного, тем не менее, подходит к некоторым болезням лучше, чем другим.

6. Модель убеждений в отношении здоровья предсказывает, что люди будут придерживаться моделей поведения, которые будут защищать их здоровье, если они считают, что им грозит конкретная проблема со здоровьем, они считают эту проблему серьезной, они верят, что изменение их поведения уменьшит их риски, и никакие существенные барьеры не мешают им изменить свое поведение.

7. Пол, социальный класс, раса / этническая принадлежность и возраст помогают объяснить структуру здоровья и заболеваемость. Мужчины, расовые и этнические меньшинства, лица с более низким социально-экономическим статусом, а также очень молодые и пожилые имеют более высокий уровень смертности, в основном из-за социальных, а не биологических факторов.

8. Недостаток здоровья, связанный с более низким социально-экономическим статусом, выходит далеко за рамки простой неспособности предоставить медицинскую помощь. Бедные люди имеют более низкий уровень жизни, больше стресса, более низкий уровень образования и загрязненную окружающую среду, и все это увеличивает вероятность того, что они будут иметь плохое здоровье.

9. Женщины и люди из низшего класса имеют более высокие показатели психических заболеваний, чем другие группы. Хотя причины сложны, различия в подверженности стрессу, по-видимому, являются основной причиной. Мужчины имеют более высокие показатели злоупотребления психоактивными веществами и расстройства личности, чем женщины.

10. Соединенные Штаты являются единственной промышленно развитой страной, которая не предоставляет медицинскую помощь независимо от платежеспособности пациента. Незастрахованные лица чаще других откладывают получение необходимой медицинской помощи, заболевают и умирают в случае заболевания.

11. Системы единого плательщика снижают стоимость медицинского обслуживания в других странах, потому что они эффективны, являются некоммерческими и способны договориться о хороших ценах с поставщиками медицинских услуг. Однако системы единого плательщика сокращают возможности для врачей и потребителей.