




Антропологические исследования по теме ЗoЗ в 2019 году: резюме

Жур Л.
Калиниченко Л.
Кожевина Е.
Перминова М

2020



В 2019 году мы поставили перед собой задачу подступиться к теме ЗоЗ, очертить область, которая могла бы быть изучена с помощью методов антропологии, найти инструменты и концепты, позволяющие эффективно работать с каждой темой. Нашу работу можно разделить на четыре этапа, каждый из которых мы кратко обозначим в этой статье.

Этап 1:

ЧТО ТАКОЕ МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ

Мы, опираясь на работы Д. В. Михеля, В. И. Харитоновой и др., начали работу с описания поля медицинской антропологии (в некоторых странах, антропологии здоровья или антропологии болезни и здоровья), которая:

1. стремится объяснить социальные и культурные факторы, которые влияют на здоровье человека;
2. объясняет различия в культурных представлениях о здоровье и болезни в различных социальных группах.

Во всех развитых странах мира существуют ассоциации медицинских антропологов, издаются журналы, читаются специальные курсы. Мы попытались составить перечень основных вопросов, которые затрагивают современные антропологи в разных странах, включая Россию.

«Медицинский плюрализм»

1. Изучение особенностей психического и физического здоровья в разных социальных группах (профессиональных, этнических, религиозных, экономических, гендерных и т. д.) и социальных контекстах.
Например, исследование здоровья лесорубов, горняков и фермеров в Канаде, отличия состояния здоровья жителей на севере и юге Италии; психиатрия для мигрантов в Испании; «сусто» — особый вид расстройств у туземцев в Мексике, вызванный страхом быть околдованными, и др.
2. Изучение медицинских практик и представлений о здоровье (болезни) в разных социальных группах.

| *Например, изучение значения шаманизма в Бразилии и России, этно-медицина в мультикультурных государствах (США, Франция); изучение отношения к раку как к роковой, неизлечимой болезни среди работающих на шахтах в Мексике и др.*

3. Изучение представлений о репродуктивной функции, старении, умирании и смерти в разных культурах.
4. Изучение отношения к факторам, определяющим состояние здоровья (алкоголь, наркотики, стресс, экология и т. п.), в разных социальных группах.

«Власть институтов»

1. Изучение представлений о теле, норме и патологии психического и физического здоровья в государственных структурах, больницах, частных клиниках, фармкомпаниях, здравницах, родильных домах.
| *Например, нормирование «советских болезней», которые в американской практике сами по себе не являются патологией (вегетососудистая дистония, эрозия шейки матки и др.).*
2. Изучение норм и механизмов контроля общественного здоровья (включая физическую культуру и спорт).
| *Например, изучение принципов диспансеризации, норм медицинских проверок в школах; изучение механизма принятия решения о выпуске лекарств в фармокомпаниях (Канада); наказание за шаманизм (который, как следствие, стал символом идентичности и протеста) в Испании; политики государства по отношению к религиозным группам («Свидетели Иеговы»), которые отказываются от переливания крови, в Америке, и др.*
3. Изучение формирования границы между «институциональными» и «альтернативными» медицинскими практиками.
| *Например, изучение отношения к гомеопатии в России.*
4. Демографическая политика и ее восприятие (меры регулирования рождаемости и смертности).
5. Церковь и формирование духовного здоровья.



«Стигма и неравенство»

1. Как возникает неравенство доступа к медицинским услугам.
| Например, ущемление женщин в правах на медицинскую помощь в странах Латинской Америки.
2. Факторы, формирующие отношение к «социально неодобряемым» болезням (СПИД, болезни, передающиеся половым путем, и проч.).
3. Социальные причины возникновения массовых заболеваний.
4. Стигматизация психических расстройств.

«Медицинская инфраструктура»: социальное устройство

1. Формирование системы медицинских институций.
| Например, изучение в Германии «медикошафтов» — глобальных организаций и медицинских ландшафтов широкого профиля, которые действуют в глобальном мире (например, ВОЗ).
2. Модели взаимодействия пациентов и врачей.
3. Траектории выбора профессии врачей разных направлений.
4. Социальная иерархия внутри медицинского сообщества.
| Например, изучение медсестер как закрытого «племени» в Британии.

«Биоэтика»

1. Как новые технологии (генная терапия, ДНК-анализ и проч.) меняют представления о норме и патологии.
2. Связь и конфликт религиозных и медицинских норм (ЭКО-технологии, трансгуманизм и т. п.).
3. Отношение к абортам, здоровью детей в утробе и младенцев, праву родителей на контроль здоровья ребенка.
4. Отношение к эвтаназии.
5. Отношение к пластической (косметической) хирургии.

Этап 2:

ВЫБОР ПЕРВОЙ ОПТИКИ

После того как было очерчено поле возможных тем, связанных не только с темой ЗОЖ, а с темой здоровья и медицины в принципе, мы выбрали первый фокус. Его можно отнести к изучению институтов здоровья. Это описание **систем коммуникации**, в которые включены жители России.

Мы решили начать с анализа программы межличностной коммуникации, которая на данный момент доступна каждому гражданину России. Это **горячая линия по вопросам здорового образа жизни** — 8 800 200 0 200 (официальный проект Минздрава России). Телефон горячей линии размещен на официальном сайте Министерства здравоохранения takzdorovo.ru, а также на пачках сигарет, поступающих в продажу.

По указанному телефону можно получить консультации по вопросам:

- здорового питания;
- физической активности;
- отказа от табака;
- рисков потребления алкоголя;
- рисков потребления наркотиков;
- работы центров здоровья.

Задачей пилотного исследования было выявить структуру коммуникации и способов воздействия на обратившихся.

Мы прошли 10 консультаций в качестве пациентов (5 интервью по вопросам отказа от курения, 3 – по вопросам отказа от алкоголизма, 1 – по вопросам ЗОЖ в целом, 1 – по вопросам отказа от употребления легких наркотиков) и можем описать два основных подхода в работе специалистов горячей линии.

Побуждающая модель	Устрашающая модель
Используется специалистами по вопросам отказа от курения (5 интервью)	Используется специалистами по вопросам алкогольной зависимости (4 интервью)
Разговор шел по строгому сценарию — от диагностики до рекомендаций	Разговор строился спонтанно, с короткой диагностикой
Предлагаются психологическое сопровождение, перечень литературы, упражнений и советов	Предлагается специальная литература. Не предлагаются сопровождение и специальные упражнения
Задача беседы — подвигнуть человека с помощью консультации на борьбу с курением	Задача беседы — перенаправление к специалистам в НИИ наркологии или диспансер
Работают с индивидуальной мотивацией и страхами, используют «истории из жизни»	Рассказывают о страшных последствиях зависимости, пытаются устыдить, директивно направляют к наркологу

- Подробнее об этом исследовании можно прочитать здесь



Этап 3:

ОТ СИСТЕМ КОММУНИКАЦИИ К РЕСУРСНЫМ ГРУППАМ

Интересом команды антропологов после изучения горячих линий стали **ресурсные группы**. Это сообщества, гипотетически уже заинтересованные в том, чтобы распространять практики ЗОЖ в России. Если системы коммуникаций определяют условия для распространения ЗОЖ, то ресурсные группы становятся акторами, потенциальными Послами Общества ЗОЖ. Мы провели полевое исследование двух кейсов в Новгородской области — **сообщества центров здоровья и санатория «Старая Русса»**.

Центры здоровья

На официальном сайте Министерства здравоохранения о здоровом образе жизни (takzdorovo.ru) указано: «В центрах здоровья любой гражданин России может бесплатно получить рекомендации по поводу здорового образа жизни и отказу от вредных привычек. Хотите подобрать диету, узнать, как правильно двигаться или бросить курить? Многопрофильные специалисты ответят на ваши вопросы, проведут тестирование и дадут рекомендации».

Сначала мы провели пилотный телефонный опрос 99 центров здоровья в рамках изучения систем коммуникации. А затем отправились в Новгородскую область, чтобы изучить, как именно работают ЦЗ, понять их миссию и ценности.

Наше исследование базировалось на двух методах: экспертные интервью со специалистами ЦЗ и включенное наблюдение, которое исследователи вели «под прикрытием» — проходя обследование. Именно такой способ позволял увидеть работу ЦЗ как глазами сотрудника, так и глазами пациента. В Новгородской области находятся два центра здоровья: при Центре медицинской профилактики в Великом Новгороде и при отделении профилактики в поликлинике города Боровичи. Всего в регионе было

взято 9 экспертных интервью: 5 — в Боровичах; 4 — в Великом Новгороде. Кроме того, в каждом центре побывало по два наблюдателя-пациента.

● Полная версия



По результатам исследования мы выделили две модели работы центров здоровья, которые различным образом формируют отношение к обратившимся и к своей миссии. Первая модель — **«включенность в систему поликлиники»**, вторая модель — **«автономность»**. Если первая модель предполагает, что ЦЗ фактически являются дополнением к системе диагностики и обратившиеся рассматриваются как пациенты, то вторая модель предполагает, что ЦЗ занимаются «здоровьем здоровых», действительно формируют ЗОЖ-установки.

На наш взгляд, ЦЗ вполне могут стать местами притяжения, где собираются люди, которым важно свое здоровье. Но для этого центрам нужно стать более «клиентоориентированными», современными и даже модными, заключать партнерства с корпорациями, спортивными брендами, с компаниями, занимающимися здоровым питанием, устраивать конкурсы с призами, актуальными для приверженцев ЗОЖ (например, с фитнес-браслетами), и т. п. Все это возможно за счет выхода за границы сообщества медиков, привлечения к работе ЦЗ специалистов по PR и маркетингу.

Этап 4:

ИЗУЧЕНИЕ ПРАКТИК ЗОЗ

Последним этапом работы в 2019 году было изучение отдельных практик, связанных с формированием ЗОЗ-установок. Мы начали свое исследование с изучения ситуации, **когда в роддоме ребенку ставят первые прививки** (от гепатита В, туберкулеза). Именно в этот момент родитель впервые четко проявляет свою позицию относительно прививок, он неизбежно становится перед выбором, поскольку ему предлагают подписать информированное согласие или отказ.

Мы провели 5 интервью с мамами, интервью с двумя акушерками и одним педиатром (мамы с различным опытом родов — в столице и регионе, в государственных и частных клиниках по контракту).


Выяснилось, что крайне тяжело восстановить контекст и осознанные триггеры, которые заставили принять то или иное решение о прививке, особенно в случае положительного отношения к прививкам ситуация не рефлексировалась. Мы сфокусировались на конкретной рамке отношений между роженицами и специалистами в роддоме — подписании пакета документов при поступлении, одним из которых является информированное согласие на первую прививку.

Основным результатом нашего пилотного исследования стали тезисы о том, что мешает осознанному подходу к здоровью ребенка, включая вопрос прививок.

Контекст подписания документов препятствует пониманию смыслов

Касающиеся здоровья матери — в момент поступления в роддом, когда у женщины часто уже идут схватки (в платных клиниках заранее заключается контракт о всех манипуляциях с телом матери и ребенка).

Касающиеся здоровья ребенка — во время и после родов. О первой прививке от гепатита В — в течение 12 часов, когда ребенок уже родился.



Некоторые матери даже не фиксируют момент подписания документов или читают между строк. В разных клиниках — разный опыт. Иногда о документах рассказывают заранее, и женщины приезжают подготовленными. Но в большинстве случаев наши информантки сталкивались с ними впервые.

Отличие смыслов подписания документов у врачей и мам

Нет понимания, что это информированное согласие, цель которого — поставить женщину в известность, не делая ничего против ее воли. У женщин есть ощущение, что врачи перекладывают ответственность за здоровье ее и ребенка на нее саму, что провоцирует страх.

Формирование стереотипов

- Что ты попал в систему и не можешь менять правила, даже если это угрожает жизни и здоровью.
- Что к тебе может поменяться отношение, если ты не подпишешь документы.
- Что ты «подопытная крыса» (когда подписываешь документ, что могут присутствовать интерны).

ГИПОТЕЗА

Система устроена таким образом, что матери предлагают занять позицию субъекта, подписать документ, который информирует и требует от нее осознанной реакции. По факту же происходит так, что мать не ощущает себя субъектом в рамках сложившегося контекста («роды начались, поезд уже пошел под откос»), чувствует принуждение и не понимает, может ли реально иметь свой голос. Возникает «ложная субъектность».

В дальнейшем мы планируем заняться темой изучения «мест концентрации Зоз». Рамка «места» может включать в себя все перечисленные оптики — системы коммуникации, ресурсные группы и практики, а также работать с философско-литературным концептом «духа».



A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for taking notes.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

