Схема финансирования медицинской помощи в целом должна гибко реагировать на различие местных условий, учитывать возможности и особенности того или иного общественного субъекта и эффективно работать для решения главной задачи института здравоохранения – обеспечения доступной, качественной, функциональной, эффективной и ресурсно-обеспеченной медицинской помощи в Украине. При этом гарантом обеспечения качества медицинской помощи, независимо от канала ее получения, должны оставаться государственные стандарты медицинской помощи.

Литература

1. Витяг з доповіді комітету експертів ВООЗ // Клінічна фармакологія, фізіологія, біохімія. – 1997. – № 2.
2. Літвак А., Погорілий В., Тищук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. – Одеса, 2001.
3. Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения г. Одессы за 1999–2000 гг. – Одесса, 2001.
4. Пульс України. Перспектива – 2010. – К., 1999.

Викторія Борисовна ГАПУРЕНКО,
*асистентка кафедри соціології
 Інститута соціальних наук
 Одеського національного університету
 ім. І.І.Мечникова*

Проблемы проникновения в субъективный жизненный мир в социологическом изучении состояния болезни

Переживание болезни влечет за собой помимо объективных последствий, таких как физические страдания, ограничение функциональной активности, сужение жизненного пространства по причине разрыва ряда социальных связей, и субъективные последствия, выражающиеся в «самозамыкании» и отчуждении индивида. Эти последствия являются одним из выражений стигматизации, которая действует по собственным законам стереотипизации, мистификации, метафорического мышления и порождает комплекс ущербности. Переживания и особенно поведение больного часто представляются для других непонятными и непоследовательными. Взаимопонимание между больными и здоровыми либо достигается с большим трудом, либо вовсе недостижимо. Таким образом, можно обозначить *первый круг проблем* проникновения в субъективный мир больного для социолога-исследователя, поскольку последний, будучи здоровым, мыслит иными категориями, их смысловые концепты

могут быть полярными. Этот фактор требует учета и в построении инструментария, и в интерпретации данных. Известно, что болезнь невозможно понять, если не рассматривать ее глазами больных и их родственников. Это обуславливает необходимость поиска и разработки специальных подходов и методов социологического исследования феномена болезни.

Мифологичность болезней, их метафоричность, по мнению таких авторов, как И.Гофман, С.Сонтаг, Д.Уинг и др., является решающей составной стигматизации, столь же мощным ударом, как и сама болезнь. Метафоры, относящиеся к болезням, вселяют в человека иррациональные страхи и прокладывают прямой путь стигме, которая становится «второй болезнью», иногда более мучительной, чем болезнь физическая [1]. В первую очередь это касается таких болезней, как шизофрения и другие психические расстройства, туберкулез, рак и наконец ВИЧ/СПИД. Следует принять во внимание еще и такой фактор, как «синдром неуязвимости»¹, понимаемый как априорная убежденность человека в собственной защищенности, в том числе от болезней. Предполагается, что данное явление особенно свойственно менталитету нашего населения. Требуется теоретическое и методологическое его обоснование, исследование его значимости и распространенности, изучение его влияния на восприятие болезни. Однако можно сделать определенные предположения: «синдром неуязвимости» имеет как минимум три проявления.

1. Здоровый, полагая, что болезни его не коснутся и он защищен от них, выражает равнодушные к страданиям и болезням других, легко дает им негативные оценки и с легкостью отторгает их. В этом случае «синдром неуязвимости» здоровых оказывает влияние на жизнь больных. Как отмечает швейцарский ученый Асмус Финзен, «общественность ранит самовосприятие больных, подавляет их самосознание. Больные и их близкие могут из этого сделать вывод, что им следует быть осторожными при сообщении сведений о болезни другим родственникам, знакомым, сослуживцам, а в случае неуверенности – скрыть факт заболевания» [2, с. 22].

2. Здоровому свойственна определенная беспечность, которая выступает одним из союзников болезней. Здоровые не воспринимают информацию, крайне важную для их безопасности (можно предположить, что отчасти из-за «синдрома неуязвимости» ВИЧ приобрел характер пандемии в Украине).

3. Здоровый, априорно убежденный в своей защищенности, внезапно заболевая, воспринимает болезнь не как таковую, а как кару, наказание за ошибки и т.п., неадекватно ведет себя в поисках средств лечения, несвоевременно обращается за помощью, либо вообще не обращается за ней. Оказавшись не готовым к «новому состоянию» и испытывая иррациональные страхи перед самой болезнью и действенными мерами по ее нейтрализации, больной склонен

¹ Термин предложен психологом-практиком и исследователем Викторией Генриховной Сенкевич, заведующей отделением социально-психологической реабилитации Житомирского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом.

к слепому доверию к совершенно бесполезным приемам. Американская эссеистка С.Сонтаг, которая в связи с собственным заболеванием раком посвятила данной проблеме две работы, отмечает, что единственный выход из подобной ситуации: «...расшевелить испуганных больных, убедить их либо обратиться к врачу, либо разыскать опытного консультанта... Они должны относиться к своему страданию как к болезни, серьезной болезни, но все же просто болезни, а не проклятью или наказанию за самонадеянность и гордыню, как к “болезни без значения”» [см.: 3].

При таком положении вполне понятна замкнутость больных, а значит и недоступность или, по крайней мере, затрудненность доступа к информации о переживаниях больных, их восприятию себя в состоянии болезни, особенностях их жизнедеятельности и социального взаимодействия. Это составляет *второй круг проблем* для социолога-исследователя, а в практической области выражается в отсутствии или неэффективности деятельности структуры социально-психологической помощи, поддержки и реабилитации. Данные социологического исследования, проведенного Одесским областным центром мониторинговых социологических исследований под руководством профессора В.Подшивалкиной в феврале 2004 года, подтверждают то, что обсуждение состояний, переживаний и последствий, вызванных болезнью, замкнуто в кругу семьи больного и кругу медицинских работников. В опросе среди ряда вопросов относительно проблем здоровья и здравоохранения предлагался и следующий: «С кем Вы или члены Вашей семьи обсуждаете проблемы Вашего здоровья?» Распределение ответов респондентов представлено в таблице. Опрос проводился в специализированных медицинских учреждениях Одессы и Одесской области. Одной из задач формирования выборочной совокупности являлся целенаправленный отбор респондентов, которые на момент проведения исследования находились в состоянии болезни хронического или осложненного характера (в выборку вошли респонденты с заболеваниями, требующими продолжительного лечения (травмы и т.п.), с хроническими

Таблица

С кем Вы или члены Вашей семьи обсуждаете проблемы Вашего здоровья? (%)

Варианты ответов	Лично больной	Больной член семьи
С незнакомыми людьми	3,4	1,1
С приятелями	9,4	3,4
С близкими друзьями	35,0	15,8
В кругу семьи	71,1	51,1
С “коллегой по несчастью”	14,7	6,4
С врачами	54,1	36,1
С духовным наставником	1,9	1,1
С кем-либо другим	1,1	0,4
Ни с кем	2,6	0,4

заболеваниями и перенесшие серьезную операцию, а также с заболеваниями, следствием которых стала инвалидность). Таким образом, выборка представляла собой целевую аудиторию, объемом 300 человек. Контроль выборки осуществлялся также по следующим признакам: пол, возраст, уровень образования. Средняя ошибка выборочной совокупности по полу не превышала 3%, по возрасту – 2,7%, по уровню образования – 7% (данный признак не требовал жесткого контроля учитывая специфику проблемы).

Следует отметить, что решение проблем в области здоровья и здравоохранения зависит не только от личного восприятия, но и от социальной политики, которая должна быть направлена в том числе и на изменение общественного сознания, с тем, чтобы привести его к пониманию того факта, что страдания больных под воздействием стигмы, предубеждений и обвинений становятся «второй болезнью». В мировой практике в данном направлении предпринимаются определенные усилия: под покровительством ВОЗ многие национальные и профессиональные сообщества, объединения родственников и организации самопомощи лиц, имеющих собственный опыт болезни, пытаются оказывать положительное влияние на представления общества о больных и болезнях. При этом используется обобщенный термин «дестигматизация». Она может проводиться и на других уровнях, в частности, выражаться в некоторой трансформации образовательных программ. Примером служит чтение (уже во 2 классе) в ряде средних общеобразовательных школ г. Одессы курса «Основы здоровья», в котором помимо пропаганды здорового образа жизни, представления здоровья как безусловной ценности, содержатся и разделы, посвященные личной безопасности и профилактике болезней и, что особенно важно, социальной, психологической и духовной составляющим здоровья.

Таким образом, для сохранения и повышения показателей здоровья нации необходимо на всех уровнях прилагать усилия для сплочения общества, обеспечить радикальные изменения в преобладающих представлениях населения о проблемах здоровья и одновременно реализовать комплекс эффективных мер в области образования, профилактики болезней и социальной защиты различных нетипичных и уникальных сообществ. Поиск адекватных методов социологического изучения феномена болезни будет способствовать благоприятной динамике в данном направлении. Вместе с тем подобные изменения откроют новое поле исследований и новые возможности для социологов.

Литература

1. Гофман И. Стигма. Заметки об управлении испорченной идентичностью // Русский социологический форум. – 2001. – № 1–4. – //www.sociology.ru/magazin/stigma_01_14; Sontag S. Krankheit als Metapher. – München; Wien, 1978.
2. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. – М., 2001.
3. Sontag S. Aids und seine Metapher. – München; Wien 1989.