

УДК 316.61:77

Н. О. Победа, д-р філос. наук, професор;

Т. Є. Мосійчук, ст. викладач;

О. Г. Плахотний, магістр соціології.

Кафедра соціології Інституту соціальних наук Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова, к. 40.

Французький бул. 24/26, м. Одеса-58, 65058, Україна, тел. 68-60-92.

СОЦІАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ПРЕДМЕТ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ (МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ)

В основу статті покладені методологічні підходи до вивчення соціального здоров'я та соціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями, котрі в наш час формують специфічну соціальну групу, так звану “соціальну ексклюзію”, внаслідок чого змінюються соціальна структура та соціальна стратифікація сучасного суспільства.

Ключові слова: соціальне здоров'я, соціальна реабілітація, соціальна ексклюзія, інвалідність.

Постановка проблеми. Науковий інтерес до феномена “людського тіла” на кінець ХХ-го століття знову поширюється, причому у найрізноманітніших за рівнем цивілізованості країнах. Це пов'язано не стільки з сексуальною революцією, що охопила всі континенти, скільки з її наслідками — підривом інституту шлюбу через конкуренцію інших форм спільного життя, епідемією СНІДу (ВІЛ), яка в деяких країнах набрала масштабів національного лиха, а також зі змінами міжстатевої соціальної ієрархії та загальними смислами типів сім'ї та школи. Ще одним стимулом, який спонукає посилення наукового інтересу до тіла фізичного та його духовного змісту є власне людські ресурси. Вони, що відображені в моделях відтворення різних спільнот, сигналізують про дефіцит життєвого потенціалу, професійної кваліфікації, вимагають подальшого розвитку інших людських властивостей та якостей. Перед старшим поколінням постає питання, чи належать їхні діти до того суспільства, що й вони.

Обговорення категорії здоров'я та життєвого потенціалу в науковій літературі пов'язується як зі збільшенням продовжуваності життя (в тому числі чоловіків і жінок, оскільки полярність саме тут найбільше означена), покращенням якості життя, зміною екологічних (зовнішніх) і соціально-психологічних (внутрішніх) факторів, так і з більш складними взаємодіями — між фізичним, психічним станами людини та комплексом соціальних факторів, що виникають у результаті соціальної політики держав і різноманітних інституціональних форм організації соціального життя.

На відміну від інститутів виробництва, сім'ї, освіти, охорони здоров'я, котрі достатньо досліджені і з більшою очевидністю представляють структури життєвого потенціалу, хвороба та здоров'я є розмитими і менше

операціоналізованими. Складність медичних знань і сама організація діагностики доступна тільки для спеціалістів. Тривалий час вони заслоняли необхідність аналізу загальних соціальних процесів, що продукувалися не із вузькогалузових оціночних висновків.

З іменем Е. Дюркгейма пов'язується обговорення “нормального” й “патологічного” та вводиться термін “соціальна патологія” [1]. Перше пояснення категорії здоров'я як норми, не тільки фізичної, а й соціальної, дав філософ Ж. Кантілем, котрий зауважив: “Щоб визначити, що нормально для певного організму, необхідно подивитися що його оточує” [2]. Іншими словами — хвороба та здоров'я стали визначатися залежно від вимог і очікувань оточення, готовності сім'ї та суспільства прийти на допомогу тим, хто потрапив у тенета довготривалої непрацездатності. Це стосувалося і особистого усвідомлення хворим свого стану і необхідності зміни засвоєних до травми професійних ролей. На мові соціологічних категорій — це аналіз соціальних станів, які вимагають операціоналізації, щоб вони постали у вигляді наявних зафіксованих “фактів” і “факторів”.

Які ж соціальні показники можуть свідчити про способи зв'язку хвороби та здоров'я чи нездоров'я?

Насамперед — це *медична експертиза* чи оцінка стану хворого в конкретний період часу. Діагноз і прогноз є основними складовими, що дають можливість людині, яка захворіла, пристосуватися до “біографічного перелому”, яким, у свою чергу, є хвороба. Саме на цьому ґрунтується *зв'язок біологічного та соціального*, адже зафіксовані в статистиці захворювання та їх ієрархія в конкретній країні чи місті переходять на інший рівень аналізу — “тілесні явища”, що моделюються соціально, і тому стають об'єктами піклування інститутів охорони здоров'я, сім'ї, в котрій є такий хворий, а також можливість та здатність піклування про самого себе.

Соціальний зв'язок проявляється і в тому, що, оголошуючи індивіда хворим, медичні заклади дають не просто оціночне судження в межах призначених процедур та лікарських засобів, *а виносять його за межі фізичного стану, торкаючись ідентичності людини і приписуючи їй певне становище в суспільстві.*

Медична статистика як комплекс медичних експертиз в її розгорнутому вигляді дає можливість порівняльного аналізу норми фізичного стану населення та соціальних патологій у різних країнах. *Динаміка за видами захворювань свідчить як про роль та ефективність окремих наукових напрямків у медицині*, так і про реальну допомогу різних практик. Не випадково сам напрямок соціального здоров'я та соціальної реабілітації в соціології починає складатися після закінчення Великої світової війни в 50-х—60-х роках. Контекст його полягав у появі в держави передбачення, що посилювалося у населення почуттям соціальної справедливості, розгалуженням сфери медичних та соціальних послуг та зростанням попиту антибіотиків, відкритих для лікування широкого спектру захворювань.

На рівні суспільної свідомості проявляються тенденції необхідності звертання до лікаря, як *постійної практики усвідомлення цінності здоров'я в якості базової норми-мети*. У 90-ті роки реальна та очікувана тривалість

життя стають основними складовими показника індексу розвитку людського потенціалу, розробленого Організацією Об'єднаних Націй. На кінець 90-х років ООН фіксує переважно соціальні показники здоров'я, такі як кількість немовлят з низькою масою тіла при народженні, кількість дітей у віці до одного року повністю імунізованих, коефіцієнт використання перорально-регідраційної терапії (%), число випадків захворювання СНІДом (на 100 тис. осіб), число випадків захворювання туберкульозом (на 100 тис. осіб), число випадків захворювання малярією (на 100 тис. осіб). Вперше з'являється показник кількості інвалідів (у % до загальної чисельності населення), а також кількість вагітних жінок, що страждають анемією (%), кількість сигарет, що випалює одна доросла людина. І тільки після цього подається кількість лікарів та медсестер (на 100 тис. населення), тоді як вони разом із кількістю ліжок-місць у лікувальних закладах ще не так давно були основними в соціальних показниках охорони здоров'я. Зазначимо, що частка інвалідів у країнах з високим рівнем розвитку людського потенціалу складала 9,7% до загальної чисельності населення; а в країнах постсоціалістичного табору, котрі в основному відносяться до країн з середнім рівнем розвитку людського потенціалу, такої статистики немає [3].

Ще один підхід до аналізу соціального здоров'я можна зустріти у французького вченого Ж-Ф. Ніса, котрий розглядає його під кутом зору *ресурсів та капіталу* [4]. Підкреслюючи складний характер умов, в яких змушена проживати людина, Ж-Ф. Ніс інтерпретує здоров'я нації з одного боку як конвертований капітал з відповідною віддачею — *розвитком різних економічних і культурних інновацій*, з іншого — як *активну і відповідальну поведінку самого громадянина*, адже саме він повинен бути готовим до “напруг” та впливів екологічного та соціального середовища, яке постійно зазнає змін. Тут указується на прагматику буденності і поєднання об'єктивних і суб'єктивних показників у конструюванні як життєвого успіху, так і в соціальній реабілітації у випадках несподіваної хвороби.

Суб'єктивні показники соціального здоров'я вбирають у себе широкий спектр від ціннісно-нормативної шкали, в якій здоров'я займає відповідне місце, оцінку свого власного відчуття здоров'я та зусиль на його підтримку до оціночних суджень населення про ефективність інституту охорони здоров'я в цілому та його окремих структур, оскільки кожна людина у своїй життєвій практиці має досвід амбулаторного чи стаціонарного лікування в медичних закладах.

В основі суб'єктивних показників є категорія “*відношення*”, яка виявляє характер взаємних інтересів між лікарем та пацієнтом і можливість досягнення консенсусу.

Така постановка питання не обговорювалася в радянський період, адже вся лікарська допомога та турбота держави здійснювалася в ім'я народу. З відновленням ринкових відносин ситуація стала змінюватися. Розвинуті західні країни керуються іншою концепцією. Професія лікаря, етичні норми та закони, що регулюють медичну практику є, на думку багатьох дослідників, не тільки інструментом захисту населення, але й захисту самої

професії від вторгнення сторонніх та конкуренції з боку інших професій. Тому професія лікаря розглядається з соціологічної точки зору як прояв однієї із груп інтересів. Особистий інтерес лікаря може прийти в протиріччя із задекларованим професійним інтересом, із самим пацієнтом та його сім'єю у випадку прийняття якогось кардинального рішення. Е. Фрейдсон стверджував, що загальним полем є легітимність як “професійної”, так і “профанної” культури [5]. Таке бачення взаємодії лікаря та пацієнта залучає в якості значимих показників відношення населення до таких соціальних хвороб як туберкульоз, СНІД, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, ігроманія, які значним чином впливають на колективне уявлення. До категорії колективного відношення належать і хвороби, зазначені медиками-експертами як інвалідність.

Так, Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) прийняті в якості стандартів для світової спільноти такі ознаки поняття “інвалідність”: будь-яка втрата чи порушення психологічної, фізіологічної чи анатомічної структури чи функції; обмеженість чи відсутність (через вказані вище дефекти) здатності виконувати функції так, як вважається нормальним для нормальної людини; ускладнення, що виникають із вказаних вище недоліків, котрі повністю чи частково заважають людині виконувати якусь роль (враховуючи вплив віку, статі, чи культурної належності).

Аналіз всіх наведених вище визначень дозволяє зробити висновок про те, що дати вичерпні визначення всіх ознак інвалідності достатньо важко, так як зміст протилежних йому понять сам по собі досить розмитий.

У відповідності до закону “Про основні начала соціальної захищеності інвалідів в СРСР”, який діє і донині, визначено, що “інвалід — особа, котра має порушення здоров'я зі стійким розбалансуванням функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм чи дефектами, що приводить до обмеження життєдіяльності і викликає необхідність її соціального захисту.”

Очевидно, що ці визначення більше акцентують медичний зміст проблеми, ніж соціальний, зводячи соціальне до необхідності соціальної допомоги, несаможиттєвості інвалідів.

Утвердження соціальних аспектів реабілітації інвалідів відбувається з великими труднощами та протиріччями. Слід зазначити, що не тільки держава вибудовує стратегії допомоги людям, що втратили працездатність і відчуття “нормального стану” в суспільстві, а й соціальні організації, а також сім'ї, в яких є хворі і котрі організовують їхній побут та дозвілля з іншими такими ж сім'ями.

Враховуючи, що хвороба ставить під сумнів найважливіші життєві цінності і випробовує на міцність природу соціальних зв'язків, правомірно розглядати соціальне здоров'я тієї чи іншої нації як різновид соціального порядку, еволюцію соціальних відносин: подолання минулих епідемій та колективного страху і одночасно солідаризацію громадян в їхньому бажанні допомогти тяжко хворим і інвалідам.

Що стосується соціального порядку, то сьогодні активно обговорюються проблеми реформ у системі охорони здоров'я. Вже очевидно, що тільки

держава не в змозі покрити всі витрати, які галузь медицини змушена пред'являти, піклуючись про якість медичних послуг і в зв'язку із великим збільшенням потоків пацієнтів. У складній економічній ситуації, коли нестабільність проявляється не десятиліття, а значно більше, і коли вона примножує все більше проблем, пов'язаних із здоров'ям нації, збільшенням частки інвалідів у загальній чисельності населення при зростанні вартості лікування у всіх напрямках, дуже важливо знати, що ми визначимо для колективного забезпечення, які саме соціальні групи отримають цю державну допомогу і які будуть можливості різних соціальних верств у страхуванні здоров'я.

Соціальне здоров'я і соціальний порядок у дуже великій залежності від природи договору, що пов'язує громадянина і суспільство, і вже в багатьох розвинутих країнах стають полем актуальної політики, позиціонування партійних програм, що торкаються способів вирішення проблем здоров'я, страхування та якості життя в період передвиборних кампаній.

Так чи інакше *соціальне здоров'я входить в якості необхідного елемента в конструювання та відтворення національно-державної ідентичності*, і як об'єкт, що постійно підлягає визначенню, перевизначенню, практичному оформленню та пристосуванню.

Конструювання показників соціального здоров'я неминуче торкається проблеми соціальної експертизи, аналізу соціального самопочуття кризових груп соціуму. Тут йдеться насамперед про інвалідів, також про наркоманів, осіб із психічними розладами та суїцидальною поведінкою, алкоголіків і т. д. Осмислюючи цей феномен Р. Ленуар назвав цю соціальну групу *“виключеними”* [6] та обґрунтував необхідність суспільної уваги до неї. Він представляв її як *колективний феномен*, оскільки витоки такої ексклюзії необхідно шукати в самих принципах функціонування сучасних суспільств, по-друге, з його точки зору це не маргінальні групи, *а процесуальна сторона розвитку суспільства*, так як статистика свідчить про тенденцію зростання цих груп, тому суспільство повинно розпочинати дії щодо попередження стратифікації на цій підставі, змінити функції та матеріальне асигнування соціальних служб.

На наш погляд, категорія ексклюзії, виключення із соціуму тимчасово чи на тривалий термін, евристична не тільки для описування чи пояснення динаміки соціального здоров'я, а й для оцінки змін *соціальної структури та стратифікації*. З соціальної точки зору нас цікавить проблема розриву чи послаблення соціальних зв'язків, кризи ідентичності, продукування нерівності, характерних для процесу *“виключення”*. **З методологічної точки зору ставиться задача накопичення реальними індикаторами категорії “прийнятна ідентичність”, у практичній реалізації з'ясувати, які стратегії тих, хто зіткнувся з життєвими випробовуваннями і визначив свої можливості для знаходження якогось іншого майбутнього.**

Рекомпозиції соціальних ідентичностей спеціалізованих груп — осіб, які отримали травми та інвалідність — що стали об'єктом нашого дослідницького інтересу, розглядаються у взаємозв'язку трьох груп факторів: *інституціонального впливу*, що визначає умови їхнього життя та реальної

медичної допомоги, *середовищного впливу* (родичів, друзів, і аналогічних спільнот, що потрапили в тенети долі) та *особистісного самовизначення та саморегуляції*. *Взаємовплив вказаних факторів і є основним завданням дослідження.*

Предметом емпіричної частини дослідження є соціальне самопочуття осіб, обмежених повнотою саморегуляції у зв'язку із отриманими травмами та проблемами їхньої соціальної реабілітації.

Соціальне самопочуття у власне методологічному ключі представляється як конструкт, що характеризує певний стан організму тілесно та соціально орієнтований, що виводить його за межі тільки фізичного стану, а торкаючись його ідентичності і приписуючи йому певне становище в суспільстві.

Оскільки хворий не може вилікуватися тільки за власним бажанням, він має право на допомогу. Окрім того, він може не працювати у повсякденному розумінні цього поняття і таким чином може бути звільненим від звичних обов'язків. Ці обставини можна розглядати як “змушені привілеї”. Але у хворого в свою чергу є і обов'язки. Він повинен прагнути до виздоровлення і знаходити в собі силу духу, щоб проявляти не тільки “піклування про себе”, але й відповідальність перед найближчим оточенням та суспільством, що беруть на себе певну частину піклування про нього.

Вимірювання соціального почуття осіб, що отримали інвалідність, пов'язано з травматизмом.

У хвороб є своя історія, котра, у свою чергу, відіграє значну роль в історії суспільств. З цієї точки зору хвороба завжди вимагає інтерпретацій, що виходять за межі людського тіла і *вимагає соціального контексту.*

Тому в числі вимірюваних показників пріоритет віддається медичній діагностиці, а тенденції, що характеризують розповсюдження видів захворювання в соціальному середовищі конкретного суспільства та змінювання частки хворих оцінюються як *результат ефективності діяльності спеціалістів, вчених і всього інституту охорони здоров'я, як досягнення дієвості соціальних програм, ініційованих державою.*

Опитування респондентів — інвалідів із травмами спинного мозку — у кількості 147 осіб відбулося 2006 року у спеціалізованому спинальному санаторії ім. Н. Н. Бурденка (м. Саки, Крим).

На першому етапі необхідним було представлення колективного портрета інвалідів за одним із найтяжчих видів захворювання — травми спинного мозку, що, як наслідок, спричиняє стійку нерухомість людини.

Із загальної кількості респондентів жінки складали 41%, а чоловіки — 59%. У загальному масиві опитаних респондентів, що знаходяться на стаціонарному лікуванні у віці до 20 років їх було 4%; від 20 до 30 років — 28 %; від 30 до 40 — 24%; від 40 до 50 років — 20 %; від 50 років і старші — 24%. За сімейним станом тільки третина респондентів мала власну сім'ю, а 44% респондентів — власних дітей.

За освітою 37% респондентів характеризувались людьми з вищою освітою, 58% — із середньою і 5% — із неповною середньою освітою. Соціально-професійний статус до травми наступний: робітників — 35 %; слу-

жбовців — 30%; учнів, студентів — 25%; військовослужбовців — 5 %; інженерно-технічних працівників — 5 %. Зі всього масиву опитаних лише 10 % мають постійну роботу.

Діагностика медична в інструментарії опитувального листа фіксувалася питаннями про час, причину, характер отриманої травми; де і ким була здійснена медична допомога, та про вид операційного втручання; чи знаходяться респонденти під постійним медичним наглядом, чи лікуються, окрім санаторію, в приватній клініці чи самостійно.

Усі відкриті питання при обробці та підготовці до введення в ЕОМ шифрувалися. *Інституційні фактори*, що впливають на соціальне самопочуття фіксувалися також через оцінку ролі та діяльності закладів та служб соціальної допомоги. Вони названі узагальнено як *діагностика ефективності діяльності соціальних інститутів здоров'я*.

Причинами травм, згідно до відповідей респондентів, на першому місці стали дорожньо-транспортні пригоди (ДТП) — 22 %; падіння з висоти — 17%; пірнання стало причиною 16% травм; 16% травм отримано на виробництві; по 3% — характеризуються спортивні травми та травми кримінального характеру.

Отже, за кількісними показниками травм їх можна розподілити на причини побутового, виробничого, кримінального характеру, спортивні травми, а також захворювання центральної нервової системи (ЦНС), та інвалідність з дитинства. **Характер** травм, зафіксований медичною діагностикою, виглядає наступним чином: ураження грудного відділу, що призвело до інвалідності — 33%; шийного відділу — 28%; ураження опорно-рухового апарату — 15%; поперекового — 12%; ЦНС — 12%.

Таким чином, різноманітність причин, визначення характеру травми вимагають певних способів медичного втручання, лікування та реабілітації.

Вивчення доступності лікування ґрунтувалося на таких показниках як сума матеріальних затрат сім'ї на лікування в стаціонарі, регулярність отримання путівок для лікування від відповідних органів соціального забезпечення, частота відвідування інвалідів працівниками соціальної служби.

Дані опитування показують, що переважній більшості (67%) респондентів були зроблені операції. 8% респондентів операція була здійснена ще в час існування СРСР, і тому вона була для хворого безкоштовною. 57% респондентів не можуть адекватно відповісти на питання про витрати на лікування. 12% вказують, що витрати складали до 500 \$, 8% — від 500 до 1000 \$, 9% — від 1000 до 5000 \$, 6% опитуваних витратили більше 5000 \$ за операцію та обслуговування в лікарні.

Під постійним медичним спостереженням знаходяться значно менше половини опитуваних — лише 37%, тобто 63% респондентів позбавлені постійного медичного догляду. Половина (50%) масиву регулярно щорічно перебувають у санаторії на реабілітації, один раз у два роки — 16%, один раз у три роки — 12%, п'ята частина досліджуваного масиву (22%) лише один раз у чотири роки має можливість лікуватися у санаторії.

При цьому 20% респондентів відзначають, що регулярно отримують

путівки для лікування від відділу соціального забезпечення, за свій власний кошт лікуються 14%, а 66% респондентів вказують на нерегулярне виділення путівок від відділу соціального забезпечення.

Відвідування інвалідів працівниками соціальної служби відзначили лише 15% респондентів і зазначили, що допомогу вони надають “слабку”, а про реальну конкретну допомогу, на жаль, ніхто із респондентів не вказав. Самостійно лікуються 82% опитаних.

В єдності інституціональних державних, (медичних у тому числі) та сімейних практик передбачалася оцінка їх сукупного впливу на соціальне самопочуття постраждалих і на поняття різноманітності та особливостей стратегій медичної та соціальної реабілітації.

При вивченні соціального самопочуття одним із завдань передбачалося отримання інформації про роль держави (із запропонованими різними альтернативами, у тому числі власні пропозиції респондентів), про роль лікарняного закладу, зокрема санаторію, в якому проводилося опитування, про допомогу відділень сімейної медицини, що нині діють і в Україні, про різноманітні благодійні організації та фонди.

84% респондентів покладають на державу свої сподівання на підвищення пенсій та отримання пільг на спеціальну медичну допомогу, отримання пільг щодо комунальних платежів і т. ін., а також сподіваються на регулярне виділення путівок відділом соціального захисту.

Основними індикаторами при *якісному аналізі показників* про допомогу держави та різних громадських організацій стали наступні: “покращення житлових умов”, “допомога у придбанні житла”, “допомога при працевлаштуванні”, “адресна допомога (те, що потрібно конкретно інваліду в даний період: коляска, путівка, спец. машина)”, “спеціально обладнаний громадський транспорт”, “обладнання падусів”, “безкоштовний проїзд”, “створити нормальні умови для життя людей з обмеженими фізичними можливостями” і т. ін.

Основні індикатори при *якісному аналізі показників* про вдосконалення роботи відділів соціального захисту визначилися такі: ввести жорсткий контроль за розподіленням путівок; збільшити кількість путівок для інвалідів і не давати їх здоровим людям; соціальну політику необхідно повністю змінювати і наближати до європейської моделі. Один із респондентів зазначив: “Звичайно, хотілось би збільшити суму на соціальний захист із держбюджету, але я розумію, що бюджет не резиновий. А взагалі-то хай буде як можна менше бюрократизму”.

46% респондентів сподіваються на допомогу санаторно-курортного закладу, розробку індивідуальних програм реабілітації, “створення цілісної системи реабілітації та підготовку спеціалістів зі спинальних травм”, “конкретизацію надання реабілітаційних послуг”. Споживач, на думку деяких респондентів, повинен мати право вибору надання послуг згідно з програмою реабілітації”.

Слід відзначити, що ніхто із респондентів не сподівається в майбутньому на допомогу благодійних організацій і фондів, відділень сімейної медицини, підприємств та закладів, у яких раніше працювали.

Досліджуючи труднощі, з якими інваліди та їхні родичі зіткнулися при звертанні в районні та міські відділи соціального забезпечення, характеристики були найрізноманітнішими, і вкрай негативного характеру. Їх можна згрупувати в такі категорії проблем як, *психологічні*: “нерозуміння проблем інвалідів”, “відсутність співчуття”, “відверте нахабство”, “грубість” і т. д.; *адміністративні*: “волокита”, “вибивання путівки”, “проблема в тому, що важко зібрати всі документи для отримання путівки”; *кримінальні*: “хабарі”- відповіді 28% респондентів, “корупція” — 9% респондентів, “корупція в глобальних масштабах” — 2%.

Важливим завданням дослідження в ланці дієвості інституціональних факторів виступало вивчення правової грамотності респондентів. Воно виявлялося показниками знань прав людини, яка потрапила в біду і розраховує на допомогу держави. У робочій гіпотезі передбачалося, що знання можуть бути низькими. Окрім того, існує припущення про наявність неправових практик при розподіленні путівок хворим у державні здравниці.

Із ста осіб, що відповіли на це питання, більше половини (53%) знають про свої права, п'ята частина дала негативну відповідь, решта респондентів не можуть визначитися з відповіддю. Більш детальну характеристику отримано при якісному аналізі показника правових знань, де показовими індикаторами стали такі як: “інвалідам потрібна юридична підтримка”, “інваліди не знають законів, а чиновники їх добре приховують”, “необхідно надрукувати збірку законів для інвалідів”.

Вплив середовища на соціальну реабілітацію інвалідів визначався через категорію “відношення”. Питаннями про те, хто поділяє з інвалідами нинішній стан здоров'я — (родичі, друзі по роботі, друзі за місцем проживання, друзі по нещастю, медичний персонал і т. д.) — фіксувався характер соціальних зв'язків.

У робочій гіпотезі передбачалося, що ми виявимо не тільки їх ослаблення, але й виключення цієї групи осіб — інвалідів за медичною термінологією із соціального життя. Більше того, — зростання тенденції соціальної самотності в суспільстві, яке декларує демократичні цінності, а насправді займається вибудовою елітних спільнот у процесі руху до мети, що дискредитує саму ідею громадянського розвитку, досягнення консенсусу між групами інтересів.

Основним осередком піклування про інвалідів залишається сім'я, про що відзначило 90 % респондентів. Друзі та колеги з робочого колективу, друзі за місцем проживання підтримують майже дві третини інвалідів, (75%, 77%), друзі по нещастю — 60%. Лише 17% респондентів відзначають таку категорію населення, як небайдужі люди і тільки один респондент вказав на підтримку братів та сестер із церкви. На жаль, ніхто із всіх опитаних не відзначив підтримки медичного персоналу.

Разом із тим, слід зазначити, що майже у 20 % інвалідів відсутні повсякденні зв'язки з виробничими чи шкільними колективами, осередками друзів, і це, власне, та частина соціально-вразливої категорії населення, що підтверджує низький рівень середовищного впливу. 10% опитаних інвалідів становлять ті, яких можна віднести до групи самотніх людей,

які залишилися на самоті зі своїми проблемами, які становлять соціальну ексклюзію, тобто в реальності ту соціальну групу, про яку йде мова як про соціальне виключення.

Соціальні взаємодії можна розглядати в межах особливої субкультури, і це вимагає спеціальних досліджень.

Особистісні фактори саморегулювання здоров'я та недуги, що випала на долю тих чи інших груп, фіксувалися в інструментарії дослідження показниками про оцінку власних зусиль, силу волі та духу в боротьбі з недугою, про реальні власні дії, щоб повернутися до попереднього нормального стану, про необхідність зміни професії та місця роботи, якщо хвороба продовжуватиметься тривалий час, про сподівання на допомогу у майбутньому.

Вольові зусилля інвалідів вселяють оптимізм. Ніхто із опитуваних не впадає у відчай: як власними зусиллями намагаються змінити ситуацію нерухомості, так і завдяки діям медичного персоналу. 20% респондентів вагаються у власній силі волі і духу у боротьбі з недугою. Четверта частина опитаних вказує на важливість власних зусиль, але тільки разом з допомогою родичів та зусиллями лікарів сподіваються на позитивний результат, майже третина респондентів (28%) намагаються щось вдіяти самостійно, але велику надію покладають на стаціонарне лікування та реабілітаційне в санаторно-курортному закладі. Тільки при цій умові, на їх погляд, можливе одужання, але саме з нею (умовою) і найбільші труднощі. *Тримаються тільки завдяки власним зусиллям і щоденним заняттям 20% респондентів.*

35% респондентів готові використати всі зусилля та можливості і тільки тоді вирішувати, що діяти далі, однак значно більша частина опитаних — 42% — розраховують на покращення фізичного стану, але *готуються до зміни професії чи власне іншої життєдіяльності, “прийнятної чи змушеної ідентичності”*. На питання: “Що Ви зробили б насамперед, якби вдалося повернутися до попереднього нормального життя” — респонденти давали наступні відповіді — “почала б повноцінне життя”, “почну активне життя”, “позбавився б бажання мати мотоцикл і дотримувався б здорового способу життя”, “пішов би працювати”, “почав би жити по-новому”, “переосмислив би життя”, “не задумувався”, “майже повернувся до цього стану”. Ці відвертості вказують на певні детермінанти, — інвалідність багатьох як результат дійсного стану стала наслідком різних причин і вимагає комплексного підходу: як медичної, так і психологічної, й правової реабілітації, відновлення соціальних зв'язків у соціумі.

Життєвий тонус та романтичний політ відображають наймолодших — дівчину 20-ти років (освіта вища, інвалід з дитинства): “При першій можливості стрибнула б з парашута, записалась би на танці, покаталась би на лижах, походила б на підборах” — оптимістичне налаштування на лікування; юнака 22-х років (освіта вища, інвалідність в результаті ДТП): “Для чого думати про те, що могло б бути, якщо цього бути не може”, — альтернативно налаштований на майбутнє.

Важливим показником у реабілітації інвалідів є *ставлення до них радо-*

вих членів суспільства та певного соціального оточення. Індикатори показника очікувань респондентів вказують на те, що значна частина (22%) ні на що не розраховує від суспільства; на розуміння проблем, співчуття, людське ставлення очікують 20% опитаних, на повагу вказують 14%, толерантність — 5%, а також на увагу, тактовне ставлення, моральну підтримку і ін. Особливої уваги заслуговує відповідь: “А для чого чогось від когось чекати? У кожного свої біди, головне, щоб не шкодували.”

У якості контрольних для оцінки соціального самопочуття хворих були сформульовані наступні питання: “Чи відчуваєте Ви реально покращення свого стану під час лікування у лікарні, санаторії?”, “У чому це конкретно проявилось?”, “Які методи лікування Ви вважаєте для себе найбільш ефективними?”, “Назвіть прізвища лікаря, масажиста, інструктора ЛФК, адміністратора, завдяки яким стався перелом і почалося одужання?”.

Ніхто із опитаних не вказав прізвищ лікарів та обслуговуючого медичного персоналу, хоч переважна більшість респондентів задоволені як методами лікування, так і станом самопочуття. Можливо це пов'язано з тим, що практично третина (33%) не відчули покращення свого стану. П'ята частина (20%) всього масиву не можуть однозначно визначити наслідки санаторно-курортного лікування. Але надзвичайно важливим є те, що відчули покращення 16% опитаних, помітно покращився загальний стан і почали краще ходити 15% респондентів, 11% відзначили покращення рухів та відчуття чутливості, 3% відновили рухи, 2% почали ходити. Найефективнішими методами лікування 82% респондентів визнають грязьові аплікації та ванни, ЛФК — 57%, масаж — 30%, всі в комплексі — 13%.

Висновки:

1. Аналіз соціального здоров'я можна розглядати з точки зору ресурсів та капіталу, а здоров'я нації як конвертований капітал з відповідною віддачею — розвитком різних економічних і культурних інновацій, з іншого — як активну і відповідальну поведінку самого громадянина.

2. Соціальне здоров'я є різновидом соціального порядку і входить в якості необхідного елемента в конструювання та відтворення національно-державної ідентичності, а також виступає об'єктом, що постійно підлягає визначенню, перевизначенню, практичному оформленню та пристосуванню.

3. Єдність об'єктивних та суб'єктивних факторів є підґрунтям, згідно з яким оцінюється соціальне здоров'я в тій чи іншій країні. Діяльність інститутів охорони здоров'я оцінюється ефективністю діяльності спеціалістів, вчених всього інституту охорони здоров'я, дієвістю соціальних програм, ініційованих державою.

4. Хвороба та здоров'я стали визначатися в залежності від вимог і очікувань оточення, готовності сім'ї та суспільства прийти на допомогу тим, хто потрапив у тенета довготривалої непрацездатності. Це стосується і особистого усвідомлення хворими свого стану і необхідності зміни ідентичності та прийняття нових соціальних ролей. На мові соціологічних категорій — це аналіз соціальних станів, які вимагають операціоналізації, щоб вони постали у вигляді наявних зафіксованих “фактів” і “факторів”.

5. Соціальна реабілітація осіб з обмеженими можливостями чималим чи-

ном залежить від тих принципів, котрими керуються у своїй діяльності суспільство в цілому, держава та соціальні інститути, що організовують та реалізують відповідні соціальні програми.

6. Соціальна політика, адресована інвалідам, спершу була заснована на принципах їхньої ізоляції в будинках для інвалідів, спеціальних закладах та матеріальної компенсації. Зараз цей принцип виражається у створенні особливих систем забезпечення життєдіяльності інвалідів, відновленні їхнього місця в соціумі як повноцінних громадян, з іншої — сегрегованих від загальних систем. При такій системі реалізується догляд за інвалідами та задоволення їхніх особливих потреб, однак у першу чергу під кутом зору здорових членів суспільства. Самі інваліди, таким чином, виключаються із суспільства і перетворюються в об'єкт турботи та піклування.

Література:

1. Дюркгейм Э. Метод социологии //Западноевропейская социология XIX-начала XX веков. — М., 1996. — С. 256-309.
2. Canguilem G. Le hormal et le pathologique. — Paris PUF, 1996. — p. 17.
3. Доклад о развитии человека за 1999 год. Ocsford — University — Press. — N. Y., 2000. — p. 168-175.
4. Общественные науки и здравоохранение. — М., 1987.
5. Frieson E. Profession of Medicine. — N. Y.: Dodd & Mead, 1970 (Frad. Trans: La profession medicate), Paris, Payot, 1984.

Н. А. Победа, Т. Е. Мосийчук, О. Г. Плахотный

кафедра социологии Института социальных наук
Одесского национального университета им. И. И. Мечникова,
к. 40, Французский бул. 24/26, 65058, г. Одесса

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ПРЕДМЕТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ)

Резюме

В статье рассматриваются методологические подходы к изучению социального здоровья и социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями, которые в настоящее время формируют специфическую социальную группу, т. н. “социальную эксклюзию”, которая влечет изменение социальной структуры общества и социальной стратификации.

Ключевые слова: социальное здоровье, социальная реабилитация, социальная эксклюзия, инвалидность.

N. A. Pobeda, T. E. Mosijcyk, O. G. Plahotniy

Sociology Department of Social Sciences Institute
of Odessa Mechnikov National University,

r. 40, 24/26 Frantsuzsky Boulevard, 65058 Odessa—58, Ukraine

**SOCIAL HEALTH AND SOCIAL REHABILITATION
AS SOCIOLOGICAL RESEARCH'S SUBJECT
(METHODOLOGICAL APPROACHES)**

Summary

The main focus of the article lays in the methodological approaches to the analysis of “social health” and social rehabilitation of physically handicapped people, who are now forming a specific group (known as “exclusive people”); the latter in due course, has certain influence on other social strata.

Keywords: “social health” and social rehabilitation, social exclusives, handicap.