

АННА АНДРУХ,

аспирантка кафедры общественно-гуманитарных наук Украинской академии книгопечатания (Львов)

**Социологическое понимание роли медицины:
размышления по поводу книги С.Тейлора и
Д.Филда “Социология здоровья и
здравоохранение”¹**

В сфере здравоохранения перед украинским обществом и государством стоит ряд вопросов о том, какой должна быть новая концепция здравоохранения, какое медицинское обслуживание и какие средства необходимы для ее внедрения, а главное — каким должно быть участие человека в сохранении и укреплении собственного здоровья, в сопоставлении с влиянием на него системы здравоохранения и медицины. Стержнем формирования новой концепции здравоохранения, которая была бы по-настоящему действенной, а не просто декларируемой определенными законами, должно стать толкование здоровья населения как одного из главных элементов национального богатства и важнейшей человеческой ценности.

Понимание здоровья как социального феномена сформировалось под влиянием изменения роли медицины и системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья человека. Эти изменения можно рассмотреть сквозь призму моделей здоровья, предлагаемых С.Тейлором, одним из авторов книги “Социология здоровья и здравоохранение” — биомедицинской и социомедицинской, которые по-разному определяют понятия “здоровье”, а значит, и роль системы здравоохранения и медицины в его сохранении и укреплении.

Биомедицинская модель здоровья

Согласно биомедицинской модели, здоровье — это отсутствие биологических аномалий, отклонений в физиологическом развитии человека (как известно, исторически первым было определение здоровья как отсутствия болезни). И хотя первоначально медицина формировалась как наука, главной целью которой является сохранение здоровья и продолжение жизни людей, согласно данной модели задачи здравоохранения сводятся к лечению больных [1, с. 14–15]. До 70–80-х годов XX века успехи медицины и системы здравоохранения были связаны преимущественно с профессиональной организацией предупреждения острых инфекционных заболе-

¹ Taylor S., Field D. *Sociology of Health and Health Care*. – Blackwell; Oxford, 2003.

ваний. Под влиянием социально-экономического развития, научных достижений и организационных сдвигов произошли важные изменения в состоянии здоровья населения, снизились заболеваемость, смертность и другие показатели здоровья, было ликвидировано много инфекционных и паразитных болезней, имевших массовое распространение и приводивших к большой смертности (например, чума, оспа и т.п.). В этот период выделялось все больше средств на медицинскую науку, развитие хирургических методик и фармакологии.

Сегодня достижения медицинской науки позволяют лечить такие болезни индустриальных обществ, как рак, сердечные заболевания, умственные расстройства. Однако с каждым десятилетием человек соприкасается с новыми болезнями (СПИД, птичий грипп и т.п.), от которых еще нет лекарств, хотя научные поиски ведутся.

Английский врач и демограф Т.МакКоун (Т.МакKeown) в своих работах пытался опровергнуть прямую зависимость здоровья человека от медицины или “самолечения”, основанного на знаниях о строении и функционировании тела, о механизмах возникшей в нем болезни. Он демонстрирует, что, например, в Великобритании в XVII веке медицина не играла решающей роли в существенном снижении уровня инфекционных заболеваний и росте численности населения. Опираясь на данные переписей населения и приходских книг, где отмечались причины смерти, Т.МакКёун доказывает, что невероятное (втрое) увеличение населения Англии и Уэльса с начала XVIII до середины XIX века было связано со снижением смертности путем уменьшения заболеваемости, вызванной инфекциями, распространяющимися через воздух, воду и пищу [см., в частности: 2, с. 178].

Разумеется, программы иммунизации и лечебные мероприятия достигали определенных результатов в плане уменьшения инфекционных болезней, однако, по мнению Т.МакКоуна, главными факторами улучшения состояния здоровья населения Британии в XIX веке было улучшение условий жизни и качества питания, соблюдение населением правил гигиены и позитивные изменения в образе жизни. Строгое соблюдение правил гигиены благодаря совершенствованию системы водопровода и канализации уменьшило заболеваемость инфекциями, передающимися через воду и продукты питания, а внедрение таких мер, как стерилизация, разлив в бутылки и перевозка молока специальным транспортом, сократило количество желудочно-кишечных заболеваний, что в итоге улучшило показатели здоровья. Улучшенное питание также способствовало повышению уровня здоровья людей, позволяя бороться с болезнями, в том числе с инфекционными, благодаря активизации иммунных механизмов [3, с. 22–23].

Анализ Т.МакКоуна свидетельствует, что надлежащее питание, чистая вода, гигиена, санитарные мероприятия и планирование семьи (контрацепция) имеют для улучшения здоровья населения как минимум такой же вес, что и медицинское вмешательство, а первичная медпомощь, в частности иммунизация, — возможно, даже больший, чем вторичная помощь, такая как стационарное лечение. Медицинская наука и практика внесли весомый вклад в борьбу с влиянием вредных факторов, применяя, хотя и ограниченно, иммунизацию и терапию. Этот анализ подвел исследователя к выводу о том, что традиционная медицина уделяет больше внимания диагностике и лечению болезней и недостаточно — их профилактике. Хотя современная медицина по сравнению с недавним прошлым уже располагает большими ресурсами и знаниями непосредственно для укрепления здоровья человека.

В книге С.Тейлора и Д.Филда содержатся и некоторые критические замечания к выводам Т.МакКоуна относительно роли медицины в улучшении здоровья населения. Так, критики его взглядов отмечают феномен негативного влияния медицины на здоровье населения, что проявляется в наличии медицинских несчастных случаев и ошибок в процессе лечения, случаях занесения инфекций пациентам, возникновении аллергических реакций на медикаменты, привыкании к лекарствам, которые, в свою очередь, приводят к появлению новых заболеваний, то есть, в конечном счете, к ухуд-

шению показателей здоровья населения. Некоторые медики сегодня даже признают, что серьезную угрозу для здоровья населения представляют так называемые ятрогенные (*iatrogenous*) болезни, вызываемые неадекватными действиями или высказываниями медицинских работников в процессе лечения, приводящими к ухудшению состояния физического или психологического здоровья человека.

Весьма радикально критикует современную медицину американский социолог Ай.Иллич, утверждающий, что процент докторских ошибок в системе здравоохранения достаточно велик, а лечение не всегда эффективно. Вредное влияние медицины выходит за пределы задания сугубо физического вреда здоровью человека. “Медицинский штат” — медики, целители, фармацевтические компании, поставщики медицинского оборудования, по мнению Иллича, своими действиями вызывают *социальный ятрогенезис*. Провоцируя болезнь, система здравоохранения и медицина требуют от больного человека соблюдения нереальных требований по его лечению, которые можно выполнить лишь путем все большего употребления медицинских услуг и ресурсов.

В определенной степени медицина сама по себе имеет “социальную окраску”. Врачи дают населению рекомендации и необходимые знания о здоровом образе жизни, правильном питании, предотвращении стрессов. Речь идет о своего рода социальном заказе, который обусловил появление, в частности, такой новой науки, как валеология. Это — наука о законах формирования, сохранения и укрепления здоровья, о здоровом образе жизни, то есть именно о здоровье, а не о лечении болезней. Кстати, Украина первой в мире ввела специальность врача-санолога (санология является разделом медицинской валеологии), и с 1992 года при Киевской медицинской академии последипломного образования им. П.Шупика работает кафедра, где готовят и сертифицируют врачей данной специальности.

Негативной тенденцией является то, что здравоохранение и медицина берут на себя функцию социального контроля. Все чаще такие нормальные физиологические состояния человека, как беременность, рождение, старение организма, смерть, вовлекаются в сферу медицинских полномочий и подлежат медицинскому надзору и контролю. Такая *медицинализация (medicalisation)* обуславливает формирование в обществе мнения о том, что современная медицина якобы способна “вылечить” общество от социальных проблем (вандализма, алкоголизма, склонности к правонарушениям и т.п.) — следует только определить их как болезни. Медицинализация путем навешивания медицинских “ярлыков” оборачивается стигматизацией определенных типов поведения и состояний организма человека, считающихся социально нежелательными. Облысение, проявления старения тела, полнота — вот типичные примеры нормальных состояний человека, которые теперь принято рассматривать как медицинские проблемы, требующие разрешения [4, с. 246].

Однако “перенесение” медиками социальных проблем в “медицинскую плоскость” в процессе медицинализации в основном не решает их. На Западе уже дают о себе знать риски и негативные последствия медицинализации социальной сферы. Учитывая это, в Европе сейчас пытаются отстранить врачей от лечения наркомании (вместо них приходят психологи и социальные работники). У нас же, наоборот, происходит дальнейшая медицинализация данной проблемы. Реабилитационные центры в Украине есть, но нельзя сказать, что они ориентированы на кропотливую психологическую работу. Однако, по мнению современных специалистов, именно от нее зависит 80% эффективности лечения.

К сфере медицины сегодня относятся наблюдение за беременностью и организация родов. Медицинское вмешательство в процессы беременности и родов, а также в состояния организмов новорожденного и роженицы воспринимается как норма, хотя рождение ребенка в действительности не является чисто медицинским феноменом. В определенной мере, разумеется, медицинализация беременности обусловлена объективными причинами, ведь ныне в Украине только у одной женщины из

четырёх фиксируется нормальное протекание беременности и нормальные роды. У 90% новорожденных наблюдаются признаки биологической незрелости, а 10% таких детей рождаются глубоко недоношенными. Однако нельзя согласиться с тем фактом, что этот естественный процесс — беременность и рождение ребенка — от начала и до конца обычно сопровождает только медицинский работник. В украинских роддомах врачи воспринимают беременную или роженицу как явно больную, и такая чрезмерная медикализация искажает отношение женщины к самой себе, что в дальнейшем сказывается на формировании послеродового синдрома. Согласно действующему законодательству, беременная женщина имеет право на демедикализацию родов. Сегодня медработники роддомов должны стараться провести роды так, чтобы женщина имела возможность родить ребенка в максимально естественных условиях, без всяких инъекций или таблеток. Любые вмешательства должны обосновываться строгими медицинскими показаниями. Но на деле все обстоит иначе: медикаментозное ускорение родов, кесарево сечение как средство обезболивания родов и т.п.

Ай.Иллич утверждает, что такого рода процессы медикализации приводят также к *культурному ятрогенезису*, при котором “люди утрачивают способность принимать страдание и боль как неизбежную часть своего сознательного отражения действительности”. Культурный ятрогенезис, присущий современному обществу, ослабляет волю человека, парализуя его способность противостоять саморазрушению перед лицом болезни и смерти. Возможности современных медицинских технологий позволяют поддерживать жизнеспособность человека до максимального возможного предела, контролировать темпы процесса умирания и формы смерти, способствуя тем самым медикализации смерти. Сегодня все больше людей умирают в медицинских учреждениях, доживают свой век без семьи, в специальных заведениях для престарелых и больных под надзором медицинских работников. С этим связана и проблема эвтаназии как способа прекращения телесных страданий человека путем инъекции, хотя это вряд ли можно рассматривать как продуцирование здоровья, на что, собственно, должны ориентироваться медицина и здравоохранение.

В целом Ай.Иллич убежден, что люди должны противостоять влиянию медицины на их жизнь и здоровье [5, с. 76–89]. Монопольный контроль медицины над здоровьем следует ограничить, чтобы люди были более свободными в принятии решений и более ответственными за свое здоровье и свою жизнь. Однако сегодня рекомендации врачей стали объектом анализа со стороны пациентов, страховых компаний и других причастных к делу субъектов, что ограничивает этот монопольный контроль. Тенденция ослабления роли медицины связана и с тем, что в экономически развитых странах в системе здравоохранения действуют рыночные отношения, ориентирующие на прибыль и более эффективное использование ресурсов все стороны этих отношений.

Возникает вопрос: так почему же многие люди в современных обществах активно ищут и требуют медицинского вмешательства в свою жизнь, надеясь на решение своих проблем со здоровьем исключительно медицинскими средствами? Ответ на этот вопрос можно найти у классиков социологии. Например, Э.Дюркгейм убеждал, что процесс индустриального развития приводит к уменьшению влияния на жизнь человека таких социальных институтов, как семья, община, религия, которые формировались ради “объединение людей” и придания их жизни смысла, идентичности и целенаправленности. Но это, в свою очередь, привело к возрастанию роли индивидуального выбора и свободы действий. В периоды личных невзгод и кризисов человек чаще всего не находит помощи и социальной поддержки в пределах своего непосредственного социального окружения. Отсюда и склонность многих людей к поиску профессиональной медпомощи, что и обуславливает такое чрезмерное вмешательство медицины в человеческую жизнь.

Найти ответ на поставленный выше вопрос можно также, если обратиться к особенностям функционирования разных современных систем здравоохранения. В

условиях платной системы здравоохранения человек не может лишний раз посетить специалиста при возникновении у него незначительных симптомов какого-либо заболевания, а значит старается не допускать негативных влияний на свой организм. Ведь именно из собственного кошелька придется брать средства на лечение. В постсоветской медицинской практике известно немало диагнозов, которые не признаются самими медиками в качестве основания для лечения. С этим связаны патерналистские отношения между врачом и пациентом, обусловленные отсутствием у многих людей элементарных знаний об организме и проблемах здоровья и способствующие воспроизводству такого состояния дел.

Взглядам Э.Дюркгейма противостоит мнение Ай.Иллича, утверждающего, что ответственность лежит на системе здравоохранения и медицине, которые по собственной инициативе “навязывают” свои услуги человеку, чтобы улучшить и укрепить его здоровье, но в итоге не достигают этой цели.

Социомедицинская модель здоровья

Согласно этой модели: 1) здоровье — это не только отсутствие болезней, но и определенный ресурс ежедневного существования; 2) болезни обусловлены множеством факторов в их совокупности; 3) предметом исследования должно быть взаимодействие человека с окружающей средой — природной и социальной; 4) существенное улучшение здоровья в значительной степени зависит от изменения поведения человека и условий его проживания.

Можно выделить три подхода в рамках этой социомедицинской модели здоровья. Согласно первому оно основывается на индивидуальном поведении человека и его выборе образа жизни, зависит в большей мере от того, что делает и как живет человек, нежели от того, как и какие медики его лечат. Известно множество результатов научных исследований относительно того, что болезни современного общества в основном обусловлены именно поведенческими факторами: малоподвижным образом жизни, пассивным отдыхом, нерациональным питанием, злоупотреблением наркотиками, алкоголем и т.п. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ведущим фактором, обуславливающим оптимальный уровень здоровья, является именно образ жизни человека (на 50%). Наследственность на 15–20% обуславливает оптимальный уровень здоровья, а на состояние окружающей среды и деятельность органов здравоохранения и медицины приходится всего 10–15% вклада в оптимизацию здоровья населения.

Сегодня система здравоохранения берет на себя обязанность не только лечить, но и распространять социальную идеологию формирования здорового образа жизни. Различные оздоровительные и информационно-просветительские программы данной направленности в рамках системы здравоохранения, касающиеся формирования здорового образа жизни, реализуются ныне во многих экономически развитых обществах. В связи с этим на первый план выходит профилактическая роль медицины, требующая и от человека быть активным “творцом” своего здоровья.

Второй социомедицинский подход акцентирует внимание на непосредственном социальном окружении, в частности на взаимоотношениях между людьми, на социальной поддержке. Социальные проблемы (потеря имущества, безработица, финансовые проблемы и т.п.), стрессовые ситуации и конфликты, с которыми люди сталкиваются почти каждый день, могут сделать их более предрасположенными к разным заболеваниям. Здесь уместно вспомнить социологическую теорию самоубийств Э.Дюркгейма, согласно которой “количество самоубийств обратно пропорционально степени интеграции тех социальных групп, к которым относится индивид” [6, с. 266].

За последние тридцать лет социологи разных стран получили весомые подтверждения связи между социальной интеграцией и физическим и умственным здо-

ровьем человека. Социальная интеграция обеспечивает социальную поддержку, которая, в свою очередь, служит протекционным механизмом выживания человека, а потому необходима для сохранения и укрепления здоровья. Социальная поддержка осуществляется на эмоциональном (моральная поддержка, сочувствие и т.п.), инструментальном (физическая забота, материальная помощь) и информационном (информация о болезнях, симптомах, методах лечения) уровнях. Такая поддержка представляет собой потенциальный источник здоровья для социально интегрированных людей (имеющих семью, друзей, поддерживающих связи с родственниками) и особенно нужна тем, у кого есть хронические болезни, физические недостатки, социальные и психологические проблемы. Заметим, что медицинский персонал тоже может оказывать — и оказывает — разного рода социальную поддержку, выходящую за рамки безличностного медицинского лечения (соответствующего биомедицинской модели понимания здоровья).

Третий подход в рамках социомедицинской модели фокусирует внимание на влиянии социально-экономических факторов на здоровье человека. Сторонники данного подхода критикуют бихевиористов за стремление изменить с помощью поощрений и наказаний поведение людей, имеющих проблемы со здоровьем и живущих в “нездоровой” социальной среде. Социально неблагополучная среда оказывает негативное влияние на человека еще до его рождения. Политика в сфере здравоохранения, концентрирующаяся исключительно на изменении индивидуального образа жизни, не всегда эффективна еще и потому, что поведение, наносящее ущерб здоровью, в действительности существенно детерминировано социальной структурой общества. Исследования, проведенные в разных странах, доказывают наличие связи между социально-экономическим неравенством и состоянием здоровья, то есть разный социально-экономический статус людей обуславливает неравенство их в здоровье. Наряду с улучшением социально-экономического положения людей ради достижения равенства в здоровье, его сохранения и укрепления необходимо также на законодательном уровне принимать меры по уменьшению доступа людей к факторам, негативно влияющим на их здоровье (такие как принятие в Украине Закона о запрете курения в общественных местах).

Этот социомедицинский подход тоже критикуют, поскольку его сторонники уверены, что проблему здоровья нужно решать на политическом уровне на основании внешних факторов. Человек при таком подходе предстает как пассивная “жертва нездоровой социальной среды”, возлагающая ответственность за свое здоровье на государство и общество. Тем не менее следует согласиться с критиками биомедицинской модели здоровья о необходимости более детального изучения социального, экономического, психологического, а сейчас еще и политического аспектов, а также объективных и субъективных составляющих здоровья и болезней.

Как видим, в большинстве развитых стран сегодня изменяются подходы к пониманию проблем здоровья и болезни и их факторов. Осознание значения социального окружения индивида, экономических и политических проблем системы здравоохранения способствует расширению научных исследований, базирующихся на разностороннем медико-социологическом анализе общественных явлений, влияющих на здоровье человека. Происходит смещение акцентов с острых заболеваний на хронические, с лечения — на профилактику, с пациента — на личность, с медицинского учреждения на общество, а значит, и с биомедицинской на социомедицинскую модель здоровья. Понятие здоровья выходит за рамки сугубо медицинской компетенции в силу наличия в нем социального фактора. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье — это состояние полного физического, умственного и общественного благополучия, а не только отсутствие болезни или инвалидности [7].

Исходя из социологического понимания здоровья, его следует толковать как сложный социальный феномен, возникающий в процессе взаимодействия индиви-

да с социальной средой и отражающий меру адекватности этого взаимодействия под углом зрения статусно-ролевых характеристик человека, с одной стороны, и специфического влияния ближайшего социального окружения и общества — с другой.

Социальная реакция на болезнь

Наличие болезни или физической несостоятельности человека может влиять на его личностную идентичность. Отношение к больному человеку иное, чем к здоровому, даже если они выполняют одинаковые роли и достигают одинаковых успехов. Например, золотая медаль чемпиона Олимпийских игр имеет “большой вес” у почитателей спорта, нежели такая же золотая медаль паралимпийца. Американский социолог И.Гоффман в своих работах развивает концепцию стигмы. Согласно этой концепции люди, имеющие определенные отклонения от нормы (в том числе физические недостатки), воспринимаются другими людьми как “худшие”, социально “неполноценные”. Под стигмой (от греч. *stigma* — пятно) он понимает любую черту или особенность человека, не желательную, с точки зрения обобщенных социальных ожиданий, для представителя данной группы или носителя конкретной социальной роли.

И.Гоффман выделяет два аспекта стигмы: 1) поведение и установки других членов общества относительно носителя стигмы, например человека, больного СПИД; 2) реакцию носителя стигмы на отношение социального окружения. Первый аспект (“навешивание ярлыков”) изучают преимущественно теории социального контроля и девиации. Например, если ВИЛ-инфицированный индивид не скрывает своей болезни, он становится “дискредитированным” в обществе, поскольку большинство людей руководствуются страхом перед этой болезнью и избегают общения с такими больными. Вместе с тем, ВИЛ-инфицированный человек может не рассказывать о своей болезни и оставаться в глазах других “вполне здоровым”. Однако нужно стремиться к тому, чтобы такие люди, не скрывая своих недугов, не опасались, что социальное окружение, узнав о заболевании, их “оттолкнет”. Спротивление стигматизации зависит как от самого человека, имеющего неприемлемые для данного общества или социальной группы отклонения, так и от общества, в котором он живет. Особо следует упомянуть такой аспект этой проблемы, как распространение профессионального попрошайничества инвалидов, характерное, в частности, для Украины: они не скрывают своих физических недостатков и зарабатывают на жизнь своим увечьем, рассчитывая на жалость со стороны прохожих на улицах городов. Это актуальная и болезненная тема для украинского общества, требующая применения социомедицинской модели для ее понимания.

Роль больного

Базой подхода к социологическому анализу здоровья является концепция здоровья американского социолога Т.Парсонса. Еще в 1951 году Парсонс сформулировал видение медицины как социального института, определяющего механизмы социального контроля ради восстановления социального равновесия в обществе, в котором больной человек не может выполнять свои социальные функции [8].

В этой концепции “роль больного” рассматривается как предполагающая определенные привилегии и обязательства: больного человека освобождают от ежедневных обязанностей, он не несет ответственности за свою болезнь, ожидает признания своей болезни как нежелательной и мотивирован лечиться, а также надеется получить профессиональную медицинскую помощь и подчиниться рекомендациям врача. Т.Парсонс доказывал, что болезнь позволяет человеку освободиться от выполнения определенных социальных обязанностей, но в обмен за это он должен признать,

что его обязанностью является выздоровление, а раз он не может вылечиться самостоятельно, ему нужна профессиональная медпомощь.

“Роль больного” формирует у человека определенные социальные ожидания относительно его социального окружения и общества в целом. Вместе с тем, как считает Т. Парсонс, заболевание, или отклонение от устоявшейся нормы, является динамическим процессом, предполагающим развитие и изменение качественно различных от этапов, а также поиск оптимальных типов поведения на основе принятых решений [9, с. 5–6].

Однако эта концепция “роли больного”, по мнению критиков, не лишена недостатков. Во-первых, ее трудно применить к людям с хроническими болезнями, которые не имеют больших шансов на исцеление. Во-вторых, не всегда и не каждый человек с симптомами болезни согласен выполнять “роль больного” — признавать себя больным и немощным, обращаться за медпомощью, придерживаться советов врача, поскольку существуют отличия между субъективным переживанием болезни, с одной стороны, и объективным наличием ее у того или иного человека — с другой. Также имеются отличия между знаниями, интересами и ожиданиями пациентов и врачей, которые, в свою очередь, могут приводить к напряженности в их отношениях и конфликтам [10, с. 246].

Но заслугой Т. Парсонса является то, что он первый поставил вопрос об ответственности человека-пациента и медиков за здоровье населения, об их совместной деятельности по его сохранению и укреплению.

В целом концепция “роли больного” американского социолога способствовала легитимации роли социологии в медицине, распространив концепцию здоровья и болезни с биологической сферы на социальную [11]. Понимание роли медицины, медицинской практики и здравоохранения как социальной системы, обращение к познанию медико-социальных, экономических и политических проблем здравоохранения воплотились в XX веке в становлении и закономерном развитии новой научной дисциплины — социологии медицины. Она сформировалась на стыке социологии и медицины, взяв на себя решение назревших проблем, когда выяснилось, что медицина и система здравоохранения влияют не только на благополучие каждого отдельно взятого индивида, но и на общество в целом.

Литература

1. Черников В.М. К вопросу об изменении парадигмы медицины: социологический аспект // Белорусский медицинский журнал. — 2002. — № 2. — С. 115–117.
2. McKeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis. — Oxford, 1979. — P. 178.
3. Магуайр Е., Гендерсон Дж., Муні Г. Економіка охорони здоров'я: Вступний курс. — К., 1998.
4. Аберкромби Н. и др. Социологический словарь. — М., 2004.
5. Illich I. Limits to Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health. — L., 1990.
6. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. — М., 1995.
7. World Health Organization: The Constitution of the World Health Organization // WHO Chronicle. — 1947. — Vol. 1. — P. 29–45.
8. Парсонс Т. Система современных обществ. — М., 1998.
9. Parsons T. The Social System. — N.Y., 1952.
10. Bates Ph. Is the “sick role” still relevant today? // The Pharmaceutical Journal. — 2002. — Vol. 269. — 24 August. — P. 246.
11. Lin K. The Case of Medical Sociology in the United States, 1950s-1980s. — <http://twrf.formosa.org/kuomihg/paper3.htm>