

АННА АНДРУХ,

аспірантка кафедри суспільно-гуманітарних наук Української академії друкарства (Львів)

**Соціологічне розуміння ролі медицини:
міркування з приводу книги С.Тейлора і Д.Філда
“Соціологія здоров’я та охорона здоров’я”¹**

У царині охорони здоров’я перед українським суспільством і державою стоїть низка питань про те, якою має бути нова концепція охорони здоров’я, яке медичне обслуговування та які кошти необхідні для її впровадження, а головне — якою має бути участь людини у збереженні та зміцненні власного здоров’я, у зіставленні із впливом на неї системи охорони здоров’я та медицини. Стрижнем формування нової концепції охорони здоров’я, яка справді була б дієвою, а не лише декларованою певними законами, має бути тлумачення здоров’я населення як одного з головних елементів національного багатства та найважливішої людської цінності.

Розуміння здоров’я як соціального феномена відбулося під впливом зміни ролі медицини та системи охорони здоров’я у збереженні та зміцненні здоров’я людини. Ці зміни можна розглянути крізь призму моделей здоров’я, пропонованих С.Тейлором, одним із авторів книги “Соціологія здоров’я та охорона здоров’я” — біомедичної та соціомедичної, які по-різному визначають поняття “здоров’я”, а отже, й роль системи охорони здоров’я та медицини у його збереженні та зміцненні.

Біомедична модель здоров’я

Згідно з біомедичною моделлю, здоров’я — це відсутність біологічних аномалій, відхилень у фізіологічному розвитку людини (як відомо, історично першим було визначення здоров’я як відсутності хвороби). І хоча первісно медицина формувалась як наука, головною метою якої є збереження здоров’я та продовження життя людей, згідно з даною моделлю завдання охорони здоров’я зводяться до лікування хворих [1, с. 14–15]. До 70–80-х років ХХ століття успіхи медицини й системи охорони здоров’я були пов’язані головню з професійною організацією попередження гострих інфекційних захворювань. Під впливом соціально-економічного поступу,

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

наукових досягнень і організаційних зрушень сталися істотні зміни у стані здоров'я населення, знизилася захворюваність, смертність та інші показники здоров'я, було ліквідовано багато інфекційних і паразитних хвороб, які мали масове поширення і призводили до великої смертності (наприклад, чума, віспа тощо). У цей період виділялися дедалі більші кошти на медичну науку, розвиток хірургічних методик та фармакології.

На сьогодні досягнення медичної науки вможливили лікування таких хвороб індустріальних суспільств, як рак, серцеві недуги, розумові розлади. Проте з кожним десятиліттям людина стикається з новими хворобами (СНІД, пташиний грип тощо), від яких ще немає ліків, проте наукові пошуки тривають.

Англійський лікар і демограф Т.МакКоун (Т.МакКеown) у своїх працях намагався оспорити пряму залежність здоров'я людини від медицини або "самолікування", ґрунтованого на знаннях про будову та функціонування тіла, про механізми хвороби, що в ньому виникла. Він демонструє, що, наприклад, у Великій Британії XVII століття медицина не відіграла вирішальної ролі в суттєвому зниженні рівня інфекційних захворювань і зростанні чисельності населення. Спираючись на дані переписів населення та парафіяльних книжок, де зазначалися причини смерті, Т.МакКоун доводить, що неймовірно (утричі) зростання населення Англії та Уельсу з початку XVIII до середини XIX століття було пов'язане зі зниженням смертності через зменшення захворюваності, спричиненої інфекціями, поширюваними через повітря, воду та їжу [див., зокрема: 2, с. 178].

Звісно, програми імунізації та лікувальні заходи досягали певних результатів щодо зменшення інфекційних хвороб, проте, на думку Т.МакКоуна, головними чинниками поліпшення стану здоров'я населення Британії у XIX столітті було покращення умов життя та якості харчування, дотримання населенням правил гігієни та позитивні зміни у способі життя. Суворіше дотримання правил гігієни завдяки вдосконаленню системи водогону та каналізації зменшило захворюваність на інфекції, що передаються із водою та харчовими продуктами, а запровадження таких заходів, як стерилізація, розлив у пляшки і перевезення молока спеціальним транспортом, скоротило кількість шлунково-кишкових захворювань, тобто все це поліпшило показники здоров'я. Краще харчування також сприяло підвищенню рівня здоров'я людей, уможливаючи подолання хвороб, зокрема інфекційних, завдяки активізації імунних механізмів [3, с. 22–23].

Аналіз Т.МакКоуна свідчить, що належне харчування, чиста вода, гігієна, санітарні заходи та планування сім'ї (контрацепція) мають для поліпшення здоров'я населення щонайменше таку саму вагу, як і медичне втручання, а первинна медична допомога, зокрема імунізація, — можливо, й більшу, ніж вторинна допомога, така як стаціонарне лікування. Медична наука і практика зробили вагомий внесок у боротьбу із впливом шкідливих чинників, застосовуючи, хоча й обмежено, імунізацію та терапію. Цей аналіз підвів дослідника до висновку, що традиційна медицина приділяє більше уваги діагностиці та лікуванню хвороб і замало — їх профілактиці. Натомість сучасна медицина порівняно з наявним минулим вже має більше ресурсів та знань власне для зміцнення здоров'я людини.

У книзі С.Тейлора й Д.Філда наведено й деякі критичні зауваження до висновків Т.МакКоуна щодо ролі медицини в поліпшенні здоров'я населення. Так, критики його поглядів відзначають феномен негативного впливу медицини на здоров'я населення, що виявляється в наявності медичних нещасних випадків та помилок у процесі лікування, випадках занесення інфекцій пацієнтам, спричинення алергічних реакцій на медикаменти, звикання до ліків, що, своєю чергою, призводять до появи нових захворювань, тобто, зрештою, погіршення показників здоров'я населення. Дехто з медиків сьогодення навіть визнає, що великою загрозою здоров'ю населення є так звані ятрогенні (*iatrogeneous*) хвороби, зумовлені неадекват-

ними діями чи словами медичних працівників у процесі лікування, які призводять до погіршення стану фізичного чи психологічного здоров'я людини.

Доволі радикально критикує сучасну медицину американський соціолог Ай.Іліч, який стверджує, що відсоток лікарських помилок у системі охорони здоров'я досить великий, а лікування не завжди ефективне. Шкідливий вплив медицини виходить за межі завдання суто фізичної шкоди здоров'ю людини. “Медичний штат” — медики, цілителі, фармацевтичні компанії, постачальники медичного обладнання, на думку Іліча, своїми діями спричинює *соціальний ятрогенез*. Провокуючи хворобу, система охорони здоров'я і медицина вимагають від хворої людини дотримання нереальних вимог щодо її лікування, які можна виконати лише шляхом дедалі більшого споживання медичних послуг і ресурсів.

Певною мірою медицина сама по собі має “соціальне забарвлення”. Лікарі надають населенню рекомендації та необхідні знання про здоровий спосіб життя, правильне харчування, запобігання стресам. Ідеться про свого роду соціальне замовлення, яке зумовило появу, зокрема, такої нової науки, як валеологія. Це — наука про закони формування, збереження та зміцнення здоров'я, про здоровий спосіб життя, тобто саме про здоров'я, а не про лікування хвороб. До речі, Україна першою у світі затвердила спеціальність лікаря-санолога (санологія є розділом медичної валеології), і з 1992 року при Київській медичній академії післядипломної освіти ім. П.Шупіка працює кафедра, де готують і сертифікують лікарів цієї спеціальності.

Негативною тенденцією є те, що охорона здоров'я та медицина перебирає на себе функцію соціального контролю. Дедалі більше такі нормальні фізіологічні стани людини, як вагітність, народжуваність, старіння організму, смерть, залучаються до сфери медичних повноважень і піддаються медичному нагляду та контролю. Така *медикалізація (medicalisation)* зумовлює формування думки в суспільстві, буцімто сучасна медицина здатна “вилікувати” суспільство від соціальних проблем (вандалізму, алкоголізму, схильності до правопорушень тощо) — слід лише визначити їх як хвороби. Медикалізація через закріплення медичних “ярликів” обертається стигматизацією певних типів поведінки та станів організму людини, які вважаються соціально небажаними. Облісіння, вияви старіння тіла, огрядність — це типові приклади нормальних станів людини, які тепер заведено розглядати як медичні проблеми, що вимагають розв'язання [4, с. 246].

Утім, “перенесення” медиками соціальних проблем у “медичну площину” в процесі медикалізації здебільшого не розв'язує їх. На Заході вже даються взнаки ризику та негативні наслідки медикалізації соціальної сфери. З огляду на це в Європі тепер намагаються відсторонити лікарів від лікування наркоманії (їхнє місце заступають психологи та соціальні працівники). У нас же, навпаки, відбувається дедалі більша медикалізація даної проблеми. Реабілітаційні центри в Україні є, але не можна сказати, що вони орієнтовані на копітку психологічну роботу. Однак, на думку сучасних фахівців, саме від неї залежить 80% ефективності лікування.

До сфери медицини сьогодні належать і спостереження за вагітністю та організація пологів. Медичне втручання у процеси вагітності та пологів, а також у стани організмів новонародженого і породіллі сприймається як норма, хоча народження дитини насправді не є суто медичним феноменом. Певною мірою, звісно, медикалізація вагітності зумовлена об'єктивними причинами, адже на сьогодні в Україні тільки одна жінка із чотирьох має нормальний перебіг вагітності й нормальні пологи. У 90% новонароджених спостерігаються ознаки біологічної незрілості, а 10% із таких дітей є глибоко недоношеними. Проте не можна погодитися із тим, що цей природний процес — вагітність і народження дитини — від самого початку і аж до кінця зазвичай супроводжує лише медичний працівник. В українських пологових будинках лікарі сприймають чи то вагітну, чи то породіллу як вочевидь хвору, й така надмірна медикалізація спотворює і ставлення жінки до самої себе, що в по-

дальшому виявляється у формуванні післяродового синдрому. Згідно з чинним законодавством, вагітна жінка має право на демедикалізацію пологів. Сьогодні медпрацівники пологових будинків мусять намагатися провести пологи так, щоб жінка мала можливість народити дитину в максимально природних умовах, без жодної ін'єкції чи таблетки. Будь-які втручання мають бути обґрунтовані суворими медичними показаннями. Проте реалії інші — медикаментозне пришвидшення пологів, кесарів розтин як засіб знеболення пологів і таке інше.

Ай.Іліч стверджує, що такого роду процеси медикалізації призводять також до *культурного ятрогенезу*, за якого “люди втрачають здатність приймати страждання та біль як неминучу частину свого свідомого відображення дійсності”. Культурний ятрогенез притаманний сучасному суспільству, послаблює волю людини, паралізуючи її здатність протистояти саморуйнації перед лицем хвороби та смерті. Можливості сучасних медичних технологій дають змогу підтримувати життєздатність людини до максимальної можливої межі, контролювати темпи процесу вмирання та форми смерті, сприяючи тим самим медикалізації смерті. Сьогодні дедалі більше людей помирають у медичних закладах, доживають вік поза сім'єю, у спеціальних установах для літніх і хворих під наглядом медичних працівників. Із цим пов'язана і проблема евтаназії як способу припинення тілесних страждань людини із застосуванням ін'єкції, хоча це навряд чи можна розглядати як продукування здоров'я, на що, власне, має бути орієнтована медицина та охорона здоров'я.

Загалом Ай.Іліч переконаний, що люди повинні протистояти впливу медицини на їхнє життя і здоров'я [5, с. 76–89]. Монопольний контроль медицини над здоров'ям належить обмежити, щоб люди були більш вільними у прийнятті рішень і більш відповідальними за своє здоров'я та своє життя. Утім, сьогодні приписи лікарів стали об'єктом аналізу з боку пацієнтів, страхових компаній та інших причетних до справи суб'єктів, що обмежує цей монопольний контроль. Тенденція послаблення ролі медицини пов'язана також із тим, що в економічно розвинених країнах у системі охорони здоров'я діють ринкові відносини, які зорієнтовують на прибуток і більш ефективно використання ресурсів усі сторони цих відносин.

Постає питання: чому все ж таки велика кількість людей у сучасних суспільствах активно шукають і вимагають медичного втручання у своє життя, сподіваючись на розв'язання своїх проблем зі здоров'ям суто медичними засобами? Відповідь на це питання можна знайти у класиків соціології. Наприклад, Е.Дюркгайм переконував, що процес індустріального розвитку призводить до зменшення впливу на життя людини таких соціальних інститутів, як сім'я, громада, релігія, які формувались задля “об'єднання людей” і надання їхньому життю сенсу, ідентичності та цілеспрямованості. Але це, своєю чергою, призвело до зростання ролі індивідуального вибору та свободи дій. У періоди особистих труднощів і криз здебільше людина не знаходить, від кого їй очікувати допомоги та соціальної підтримки, у межах свого безпосереднього соціального оточення. Звідси й походить схильність багатьох людей шукати професійної медичної допомоги, що спричинює таке надмірне втручання медицини в людське життя.

Знайти відповідь на окреслене вище питання можна також, якщо звернутися до особливостей функціонування різних сучасних систем охорони здоров'я. За умов платної системи охорони здоров'я людина не може зайвий раз відвідувати спеціаліста за наявності в неї незначних симптомів якогось захворювання, а отже, намагається не допускати негативних впливів на свій організм. Адже саме з власного гаманця буде потрібно витратити кошти на лікування. У пострадянській медичній практиці є чимало діагнозів, які не визнаються самими медиками як такі, що є підставою для лікування. Із цим пов'язані патерналістські відносини між лікарем та пацієнтом, що є зумовленим відсутністю у багатьох людей елементарних знань про організм та проблеми здоров'я і сприяє відтворенню такого стану справ.

Поглядам Е.Дюркгайма протистоїть думка Ай.Іліча, який стверджує, що відповідальність лежить на системі охорони здоров'я та медицині, які з власної ініціативи "нав'язують" свої послуги людині, щоб поліпшувати та зміцнювати її здоров'я, проте зрештою не досягають цієї мети.

Соціомедична модель здоров'я

Згідно з цією моделлю: 1) здоров'я — це не лише відсутність хвороб, а й певний ресурс щоденного існування; 2) хвороби спричинюються множиною чинників у певному їх поєднанні; 3) предметом дослідження має бути взаємодія людини з довкіллям — природним і соціальним; 4) суттєве поліпшення здоров'я більш істотно залежить від зміни поведінки людини та умов її проживання.

Можна вирізнити три підходи в межах цієї соціомедичної моделі здоров'я. Згідно з першим воно ґрунтується на індивідуальній поведінці людини та її виборі способу життя, залежить більшою мірою від того, що робить і як живе людина, аніж від того, як і які медики її лікують. Є багато результатів наукових досліджень стосовно того, що хвороби сучасного суспільства здебільше зумовлені саме поведінковими факторами: малорухливим способом життя, пасивним відпочинком, нерациональним харчуванням, зловживанням наркотиками, алкоголем тощо. За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), провідним чинником, що зумовлює оптимальний рівень здоров'я, є саме спосіб життя людини (на 50%). Спадковість на 15–20% зумовлює оптимальний рівень здоров'я, а на стан довкілля та діяльність органів охорони здоров'я і медицини припадає лише 10–15% внеску в оптимізацію здоров'я населення.

Сьогодні система охорони здоров'я перебирає на себе обов'язок не лише лікувати, а й поширювати соціальну ідеологію щодо формування здорового способу життя. Різноманітні оздоровчі та інформаційно-просвітницькі програми такого спрямування в межах системи охорони здоров'я щодо формування здорового способу життя здійснюються нині в багатьох економічно розвинених суспільствах. У зв'язку з цим на перший план висувається профілактична роль медицини, що вимагає і від людини бути активним "творцем" свого здоров'я.

Другий соціомедичний підхід акцентує увагу на безпосередньому соціальному оточенні, зокрема на стосунках між людьми, на соціальній підтримці. Соціальні проблеми (втрата майна, безробіття, фінансові проблеми тощо), стресові ситуації та конфлікти, з якими люди стикаються майже щодня, можуть зробити їх більш схильними до різних захворювань. Тут варто згадати соціологічну теорію самогубств Е.Дюркгайма, згідно з якою "число самогубств обернено пропорційне ступеню інтеграції тих соціальних груп, до яких належить індивід" [6, с. 266].

За останні три десятиліття соціологи різних країн одержали вагомий підтвердження зв'язку між соціальною інтеграцією і фізичним та розумовим здоров'ям людини. Соціальна інтеграція забезпечує соціальну підтримку, яка, своєю чергою, слугує протекційним механізмом виживання людини, а тому є необхідною для збереження та зміцнення здоров'я. Соціальна підтримка здійснюється на емоційному (моральна підтримка, співчуття тощо), інструментальному (фізична турбота, матеріальна допомога) та інформаційному (інформація про хвороби, симптоми, методи лікування) рівнях. Така підтримка становить потенційне джерело здоров'я для людей, які є соціально інтегрованими (мають сім'ю, друзів, підтримують зв'язки з родичами тощо), і особливо потрібна тим, хто має хронічні хвороби, фізичні вади, певні соціальні та психологічні проблеми. Зазначимо, що медичний персонал також може надавати — і надає — різного роду соціальну підтримку, яка виходить за межі безособистісного медичного лікування (що відповідає біомедичній моделі розуміння здоров'я).

Третій підхід у рамках соціомедичної моделі фокусує увагу на впливі соціально-економічних чинників на здоров'я людини. Прихильники даного підходу критикують біхевіористів за прагнення змінити за допомогою заохочень і покарань поведінку людей, які мають проблеми із здоров'ям і проживають у “нездоровому” соціальному середовищі. Соціально неблагополучне середовище справляє негативний вплив на людину ще до її народження. Політика в царині охорони здоров'я, яка зосереджується суто на зміні індивідуального способу життя, не завжди ефективна ще й тому, що поведінка, яка завдає шкоди здоров'ю, насправді суттєво детермінована соціальною структурою суспільства. Дослідження, проведені в різних країнах, доводять наявність зв'язку між соціально-економічною нерівністю і станом здоров'я, тобто різний соціально-економічний статус людей зумовлює нерівність їх у здоров'ї. Поряд із поліпшенням соціально-економічного становища людей задля досягнення рівності у здоров'ї, його збереження та зміцнення необхідно також на законодавчому рівні вживати заходів зі зменшення доступу людей до чинників, які справляють негативний вплив на їхнє здоров'я (таких як ухвалення в Україні Закону щодо заборони куріння у громадських місцях).

Цей соціомедичний підхід теж піддають критиці, оскільки його прихильники вважають, що проблему здоров'я треба вирішувати на політичному рівні на підставі зовнішніх чинників. Людина за такого підходу постає як пасивна “жертва нездорового соціального середовища”, яка покладає відповідальність за своє здоров'я на державу та суспільство. Проте слід погодитися з критиками біомедичної моделі здоров'я стосовно необхідності детальнішого вивчення соціального, економічного, психологічного, а тепер і політичного аспектів, а також об'єктивних та суб'єктивних складових здоров'я та хвороби.

Як бачимо, у більшості розвинених країн сьогодні змінюються підходи до розуміння проблем здоров'я і хвороби та їхніх чинників. Усвідомлення значення соціального оточення індивіда, економічних та політичних проблем системи охорони здоров'я зумовлює розширення наукових досліджень, ґрунтованих на різнобічному медико-соціологічному аналізі суспільних явищ, що впливають на здоров'я людини. Відбуваються зміщення акцентів з гострих захворювань на хронічні, з лікування — на профілактику, з пацієнта — на особистість, з медичної установи на суспільство, а отже, з біомедичної на соціомедичну модель здоров'я. Поняття здоров'я виходить за межі суто медичної компетенції з огляду на наявність у ньому соціального чинника. Згідно із визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я — це стан повного фізичного, розумового і суспільного благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи інвалідності [7].

Виходячи із соціологічного розуміння здоров'я його слід тлумачити як складний соціальний феномен, що виникає у процесі взаємодії індивіда із соціальним середовищем і є виявом міри адекватності цієї взаємодії під кутом зору статусно-рольових характеристик людини, з одного боку, і специфічного впливу найближчого соціального оточення і суспільства — з іншого.

Соціальна реакція на хворобу

Наявність хвороби або фізичної неспроможності людини може впливати на її особистісну ідентичність. Ставлення до хворої людини інше, ніж до здорової, навіть якщо вони виконують однакові ролі й досягають однакових успіхів. Наприклад, золота медаль чемпіона Олімпійських ігор має “більшу вагу” у шанувальників спорту, аніж така сама золота медаль паролімпійця. Американський соціолог І.Гофман у своїх працях розробляє концепцію стигми. Згідно з цією концепцією люди, які мають певні відхилення від норми (в тому числі фізичні вади), сприймаються іншими людьми як “гірші за них”, як соціально “неповноцінні”. Під стигмою (від грец.

stigma — пляма) він розуміє будь-яку рису або особливість людини, не бажану, з погляду узагальнених соціальних очікувань, для представника даної групи або носія конкретної соціальної ролі.

І.Гофман виокремлює два аспекти стигми: 1) поведінку та установки інших членів суспільства щодо носія стигми, наприклад людини, хворої на СНІД; 2) реакцію носія стигми на ставлення соціального оточення. Перший аспект (“навішування ярликів”) досліджується переважно теоріями соціального контролю і девіації. Наприклад, якщо ВІЧ-інфікований індивід не приховує своєї хвороби, він стає “дискредитованим” у суспільстві, оскільки більшість людей керуються страхом перед цією хворобою й уникають спілкування з такими хворими. Поряд із тим, ВІЧ-інфікована людина може не розповідати про свою хворобу й залишатися в очах інших “цілком здоровою”. Однак слід прагнути, щоб такі люди, не приховуючи своїх недугів, не побоювалися, що соціальне оточення, довідавшись про захворювання, їх “відштовхне”. Здійснення опору стигматизації залежить як від самої людини, яка має неприйнятні для даного суспільства чи соціальної групи відхилення, так і від суспільства, в якому вона живе. Окремо варто згадати такий аспект цієї проблеми, як поширення професійного жебрацтва інвалідів, характерне, зокрема, для України: вони не приховують своїх фізичних вад і заробляють на прожиття своїм каліцтвом, розраховуючи на жалість з боку пересічних перехожих на вулицях міст. Це актуальна й болюча тема для українського суспільства, яка вимагає застосування соціомедичної моделі для її осягнення.

Роль хворого

Підґрунтям підходу до соціологічного аналізу здоров'я є концепція здоров'я американського соціолога Т.Парсонса. Ще в 1951 році Парсонс сформулював бачення медицини як соціального інституту, що визначає механізми соціального контролю задля відновлення соціальної рівноваги в суспільстві, в якому хвора людина не має змоги виконувати свої соціальні функції [8].

У даній концепції “роль хворого” розглядається як така, що містить певні привілеї та зобов'язання: хвору людину звільняють від щоденних обов'язків, вона не несе відповідальності за свою хворобу, очікує на визнання її хвороби як небажаної і є вмотивованою лікуватись, а також сподівається знайти професійну медичну допомогу та підкоритися приписам лікаря. Т.Парсонс доводив, що хвороба дозволяє людині звільнитися від виконання певних соціальних обов'язків, але в обмін за це повинна визнати, що її обов'язком є видужання, а позаяк вона не зможе вилікуватись самостійно, їй потрібна професійна медична допомога.

“Роль хворого” формує в людини певні соціальні очікування стосовно її соціального оточення та суспільства загалом. Поряд із тим, як вважає Т.Парсонс, захворювання, або відхилення від звичної норми, є динамічним процесом, що передбачає розвиток і зміну якісно відмінних один від одного етапів, а також пошук оптимальних типів поведінки на підставі прийнятих рішень [9, с. 5–6].

Проте ця концепція “ролі хворого”, на думку критиків, має недоліки. По-перше, її важко застосувати до людей із хронічними хворобами, які не мають великих шансів на зцілення. По-друге, не завжди і не кожна людина із симптомами хвороби згодна виконувати “роль хворого” — визнавати себе хворою і немічною, звертатися за медичною допомогою, дотримуватися порад лікаря, оскільки є відмінності між суб'єктивними переживаннями хвороби, з одного боку, і об'єктивною наявністю її в тої чи тої людини — з іншого. Також є відмінності між знаннями, інтересами та очікуваннями пацієнтів і лікарів, що, своєю чергою, можуть зумовлювати напруженість у їхніх стосунках та конфлікти [10, с. 246].

Але заслугою Т.Парсонса є те, що він першим порушив питання про відповідальність людини-пацієнта і медиків за здоров'я населення, про їхню спільну діяльність щодо його збереження та зміцнення.

Загалом концепція “ролі хворого” американського соціолога сприяла легітимації ролі соціології в медицині, поширивши концепцію здоров'я та хвороби від біологічної царини до соціальної [11]. Розуміння ролі медицини, медичної практики та охорони здоров'я як соціальної системи, звернення до пізнання медико-соціальних, економічних та політичних проблем охорони здоров'я втілилися у ХХ столітті у становленні та закономірному розвитку нової наукової дисципліни — соціології медицини. Вона сформувалася на стику соціології й медицини, перебравши на себе розв'язання проблем, які увиразнилися, коли з'ясувалося, що медицина та система охорони здоров'я впливають не тільки на благополуччя кожного окремо взятого індивіда, а й на суспільство загалом.

Література

1. Черников В.М. К вопросу об изменении парадигмы медицины: социологический аспект // Белорусский медицинский журнал. — 2002. — № 2. — С. 115–117.
2. МакКеон Т. 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>