

УДК 614.88

А.С. НУРМАГАНОВА

Медицинский центр «Служба спасения» РК, г. Алматы

## СОГЛАСОВАННОСТЬ ДЕЙСТВИЙ НАСЕЛЕНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Существуют такие основные ситуации взаимодействия, как лечение в стационаре, поликлинике, проведение диагностических процедур, а также восприятие населением доступности медицинской помощи и интенсивность обращения в учреждения здравоохранения разного типа. Поэтому важно в зависимости от социокультурной детерминации взаимодействий населения с системой здравоохранения проводить с учетом проблемы научно-методического обеспечения дальнейшие исследования общественного здоровья на популяционном и социально-групповом уровне.

**Ключевые слова:** согласованность, социально-практические решения, доступность.

**П**рограммой проведенного комплексного исследования здоровья населения и здравоохранения региона было предусмотрено выявление наиболее общих характеристик взаимодействия населения со здравоохранением. К ним были отнесены такие основные ситуации взаимодействия, как лечение в стационаре, поликлинике, проведение диагностических процедур, а также восприятие населением доступности медицинской помощи и интенсивность обращения в учреждения здравоохранения разного типа. Однако основное внимание было сосредоточено на стратегиях, осуществляемых населением при болезни. При этом нельзя игнорировать и тот факт, что работники здравоохранения реализуют своеобразные социальные стратегии, а пациенты во взаимодействии с ними определенным образом реагируют встречными стратегиями, стремясь к адекватным действиям ради удовлетворения своих потребностей [2].

Цель исследования – рассмотрение согласованности действий населения с медицинскими учреждениями. Справедливости ради следует обратить внимание на особый аспект социальных стратегий в сфере здоровья, возникающий в связи с проблемой профилактики заболеваний. В казахстанском менталитете и медико-социальных исследованиях более традиционным является внимание к социальным ситуациям, возникающим при заболеваниях. Однако своеобразные социальные стратегии проявляются и до наступления болезни, в отношении типичных ситуаций риска возникновения заболевания. Поэтому они также заслуживают глубокого изучения.

### Материал и методы

Итак, если верить статистическим данным, всегда при заболевании обращается к врачу лишь каждый пятый респондент, каждый восьмой предпочитает не обращаться к врачу даже при тяжелых состояниях и почти 2/3 обращаются лишь в тяжелых случаях. В связи с этим особый интерес представляет изучение стратегий самолечения, в которых на сравнительно непродолжительном отрезке времени с 2003 по 2006 гг. проявилась динамика некоторого усиления в ущерб оптимальной самосохранительной стратегии. В самолечении как в социальной практике могут проявляться разные взаимосвязанные или относительно независимые «внешние» и «внутренние» социальные обстоятельства и факторы. Здесь имеют значение доступность профессиональной медицинской помощи, элементы образа жизни и культуры (трудова занятость и физическая подвижность индивида, местные и национальные традиции и др.), а также структура личности (система ценностей, психологические установки, эмоциональная и волевая сферы, мотивация). Устойчивость этих факторов, как известно, далеко не одинакова. Учитывая специфику разных факторов, важно воздействовать на весь этот комплекс, и в первую очередь на управляемые переменные – установки, мотивы, находящиеся в стадии

формирования [1]. Зафиксированная в проведенном нами социологическом мониторинге ситуация, при которой ориентация на самолечение является доминирующей, вероятно, характерна и для других регионов страны. Значительные масштабы стратегии самолечения среди взрослых пациентов дают основания совершенно повально поставить вопрос о детерминации заболеваемости в современном обществе. Существуют особые формы стратегии самолечения, стимулируемые, например, коммерческой рекламой средств оздоровления, медицинских препаратов и приборов. Облеченная в «белый халат» такая реклама в целях манипулирования максимально большей частью аудитории нередко создает иллюзию участия пациента в профессионально организованном и контролируемом процессе лечения [4]. В действительности же она выводит человека из сферы потенциального воздействия профессиональной медицины, зачастую приводя к необратимым последствиям в состоянии здоровья индивида. В последние годы в Казахстане произошло резкое усиление коммерческой рекламы не только лекарственных препаратов, но и различных методов диагностики, лечения. В эту рекламу активно вовлечены практически все средства массовой информации страны. Такая навязчивая реклама, к сожалению, занимает ту нишу в информационном пространстве, которую должна была бы занимать и удерживать служба медицинской профилактики. Это стало одним из печальных последствий, по сути, сворачивания в масштабах государства массовой медицинской профилактики, которая должна являться главным направлением отечественной медицины. Для энергичного противодействия стратегиям самолечения силами профилактической медицины необходимо привлечение всего спектра эффективных инструментов формирования культуры и оптимальной стратегии в сфере здоровья, в первую очередь СМИ [5]. Целесообразно разрабатывать дифференцированные подходы, ориентированные на разные возрастные и социальные группы, не ограничиваясь массовой пропагандой, привнося такое воздействие в жизнь корпораций, трудовых и учебных коллективов. В этом плане может быть востребован опыт советского здравоохранения, модифицированный в контексте современных социально-экономических условий и менталитета основных групп населения страны.

### Результаты и обсуждение

Важным фактором социальных моделей взаимодействия населения с медицинскими организациями является состояние здоровья пациентов, существующие у них связи с такими организациями, а также личный опыт подобных взаимодействий. Одним из объективных показателей состояния здоровья пациентов является инвалидность, которая во многом определяет стратегию индивида во взаимодействии с профессиональной медициной (табл. 1).

Таблица 1 – Стратегии взаимодействия отдельных групп населения с профессиональной медициной при болезни, %

№ п/п	Стратегии взаимодействия	Не имеют инвалидности	Состоят на диспансерном учете	Имеют инвалидность, в том числе			
				все группы	I	II	III
1	«Мягкий отказ»	71	67	62	60	61	66
2	«Жесткий отказ»	15	5	4	5	3	7
3	Всегда обращаются за медицинской помощью	11	26	32	35	34	25
4	Не дали ответа	3	2	2	-	2	2

Таблица 2 – Стратегии взаимодействия населения со здравоохранением в зависимости от восприятия доступности медицинской помощи, %

№ п/п	Стратегии взаимодействия	Легко ли попасть на прием к участковому?		Легко ли попасть на прием к врачу-специалисту?	
		да, всегда	всегда трудно	да, всегда	всегда трудно
1	«Мягкий отказ»	70	73	65	74
2	«Жесткий отказ»	9	12	12	10
3	Всегда обращаются за медицинской помощью	19	13	19	14
4	Не дали ответа	2	2	4	2
5	Всего	100	100	100	100

Пребывание пациентов в особом социально-медицинском статусе, каким является инвалидность, сочетается с существенно меньшим распространением «жесткого отказа» от врачебной помощи при болезни и одновременно с трехкратным увеличением доли оптимальной стратегии по сравнению с остальной частью популяции. Однако и в массе пациентов с установленной инвалидностью норма «мягкого отказа» от врачебной помощи остается доминирующей [3]. Пациенты, находящиеся на диспансерном учете в местных лечебно-профилактических учреждениях, также отличаются от остальной массы респондентов трехкратным сокращением «жесткого отказа» и двукратным усилением оптимальной ориентации на обращение к врачебной помощи при болезни, что видно из таблицы 1. Подобная же ситуация отмечается и среди пациентов, информированных о наличии у них хронических заболеваний. Причем, чем большее количество установленных диагнозов хронических заболеваний известно пациенту, тем более выраженной является такая динамика стратегий в отношении обращения за врачебной помощью. Однако и в этих особых социально-медицинских категориях установка на «мягкий отказ» от врачебной помощи при болезни все-таки охватывает 2/3 пациентов. Установка на самолечение чаще обусловлена социально-экономическим статусом пациента, проявляющимся в основном роде занятий, уровне благосостояния, условиях труда применительно к занятому населению. Стратегии в отношении обращения к врачебной помощи при болезни, как показывает анализ данных опроса, мало зависят от восприятия доступности медицинской помощи [6]. В таблице 2 приведены результаты, позволяющие утверждать, что даже при противоположном восприятии пациентами такой доступности доли «мягкого» и «жесткого» игнорирования врачебной помощи варьируют незначительно.

Изучение мнения населения о доступности врачебной помощи показало, что в общественном мнении восприятие доступности врачебной помощи в регионе, оставаясь в целом стабильным за время наблюдений (2003–2009 гг.), сильно варьирует между медицинскими учреждениями внутри отдельных муниципальных образований, что заставляет искать причины таких различий

уже на уровне муниципального здравоохранения. Итак, по результатам анализа ряда ключевых социальных характеристик пациентов находит подтверждение вывод о том, что доминирующей, самой массовой моделью поведения во взаимодействии большинства социальных групп с системой здравоохранения является игнорирование профессиональной врачебной помощи в ситуации болезни за исключением тяжелых состояний здоровья (опасных, по мнению пациентов, форм течения болезней). При этом решающим фактором, определяющим массовые поведенческие модели во взаимодействии с профессиональной медициной, оказывается особый пласт социальных феноменов – прежде всего культурных и психологических.

Барьером во взаимодействии населения со здравоохранением оказывается несформированное ценностное отношение большинства взрослых к собственному здоровью, что свойственно группам активного, трудоспособного возраста практически всех экономических и образовательных слоев населения. При таком отношении, приобретающем свойство доминирующей социальной и культурной нормы, индивидуальное и общественное здоровье, к сожалению, не воспринимается населением как объективно исчерпаемый ресурс, а профессиональная медицина – как основной гарант квалифицированного лечения при возникновении болезни. Иными словами, ориентация на игнорирование медицинской помощи и на самолечение при болезни имеет прочные социокультурные корни [7]. Этот аспект заставляет пересмотреть традиционные взгляды на общественную систему здравоохранения как институт, несущий главную ответственность за состояние и динамику общественного здоровья. Аналогичная ситуация складывается и в отношении школы и системы образования, которым общественное мнение априорно приписывает исключительную ответственность за серьезные перекосы в личностном формировании молодежи.

#### Заключение

Ответственность за состояние поведенческих стратегий населения сегодня в значительной мере должны разделять и другие социальные институты современного казахстанского общества (семья, образование, СМИ).

Чем скорее и глубже будут осознаны природа и мера ответственности разных социальных институтов в этом плане, тем эффективнее окажутся последующие действия по выбору стратегических приоритетов в государственной политике здравоохранения. В равной степени необоснованным является укоренившийся в государственной политике здравоохранения крен в сторону клинической деятельности. При этом главенствующая роль профилактической направленности государством не отрицается, но и не подтверждается конкретными эффективными действиями. Это проявляется в неэффективном общественном и государственном контроле над теми социальными институтами, от функционирования которых как раз и зависит социокультурное основание массового поведения населения в сфере здоровья. Речь идет об институтах права, образования, культуры, рекламы и средств массовой информации.

### Вывод

Так как социокультурная детерминация взаимодействий населения с системой здравоохранения относится к проблеме научно-методического обеспечения дальнейших исследований общественного здоровья на популяционном и социально-групповом уровне, исследования должны стать качественными методами, применение которых не имеет альтернативы при выработке и осуществлении эффективных социально-практических решений.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Решетников А.В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины. – 2002. – № 1. – С. 3
- 2 Решетников А.В., Астафьев Л.М. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи // Социология медицины: Научно-практический журнал. – 2005. – № 1. – С. 32-38
- 3 Черников В.М. К вопросу об изменении парадигмы медицины: социологический аспект // Белорусский медицинский журнал. – 2003. № 2. – С. 115-116
- 4 Зубок Ю.А., Чупров В.И. Социальная регуляция в условиях неопределенности. Теоретические и прикладные проблемы в исследовании молодежи. – М.: Academia, 2008. – 272 с.
- 5 Щепин О.П., Медик В.А., Стародубов В.И. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. -№ 5. – С. 3-6

6 Ярская-Смирнова Е., Григорьева О. «Мы – часть природы». Социальная идентификация народных целителей // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2006. – Т. 9, № 1. – С. 151–170

7 156. Brown Phil. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. In: Brown, Phil. Perspectives in Medical Sociology. Illinois: Waveland Press, 2000. – P. 74-103

### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**А.С. НҰРМАҒАНОВА**

*«Құтқару қызметі» медициналық орталығы, Алматы қ.*

### ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҚҚА ҚАТЫСТЫ ҚИМЫЛДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРМЕН КЕЛІСІМДІЛІГІ

Стационарда, емханада емдеу, диагностикалық шараларды жүргізу, сонымен қатар халықтың медициналық көмектің қолжетімділігін қабылдау мен әр түрлі типтегі денсаулық сақтау мекемелеріне қаралудың жиілігі сияқты өзара қатынастың негізгі жағдайлары болады. Сондықтан, халықтың денсаулық сақтау жүйесімен өзара қатынасының әлеуметтік-мәдени детерминацияға байланысты қоғамдық денсаулықты әйгілі және әлеуметтік-топтық деңгейде ары қарай зерттеуді ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету мәселесінің есебімен жүргізу маңызды.

**Негізгі сөздер:** келісімділік, әлеуметтік-тәжірибелік шешімдер, қолжетімділік.

### SUMMARY

**A.S. NURMAGANOVA**

*Rescue Service Medical Center of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.*

### CONSISTENCY OF ACTIONS OF THE POPULATION WITH MEDICAL INSTITUTIONS IN RESPECT OF HEALTH

There are basic situations of interaction, as a treatment in hospitals and polyclinics, the conduction of diagnostic procedures, as well as the public's perception of access to health care and the intensity of seeking medical care in health facilities of various types. Therefore it is important depending on the sociocultural determination of interactions of the population with the public health care system to carry out further studies of public health at the population and social-group level taking into account the problems of scientific and methodological provision.

**Key words:** consistency, social and practical solutions, availability.