

Мария Кохановская

Здоровье

Problemy Wczesnej Edukacji/Issues in Early Education 10/4(27), 54-62

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Мария Кохановская

Балтийский федеральный университет им. И. Канта в Калининграде

Здоровье/болезнь ребёнка в интернатном учреждении

*Естественное место болезни – это естественное место жизни:
семья, нежность непосредственных забот,
свидетельства преданности, общее желание выздоровления*
М. Фуко

Summary

Child's health/illness in childcare centres

The purpose of this study is to determine the effect of institutions on the state of health of the child, not only in terms of the learning environment, but also in the circumstances of the specific situation of social interaction which is accompanied by objectification and the medical approach. For this purpose, the regional medical statistics have been used which show the health of pupils in childcare centres and the results of observations conducted in the Kaliningrad region orphanages.

Keywords: education outside the family, child health, childcare centres, medical statistics

Актуальность данной работы лежит в области медиализации как распространения медицинского дискурса на сферы образования, воспитания детей вне семьи. Её цели связаны с попыткой рассмотреть вопросы здоровья и болезни ребёнка, живущего в интернатном учреждении, с разных точек зрения, в рамках разных подходов. В рамках медико-статистического подхода сформулирована первая задача исследования – анализ статистических данных, характеризующих здоровье воспитанников интернатных учреждений, проблематизация вопросов здоровья, болезни, диагностики. Вторая задача включает обобщение итогов наблюдения взаимодействия детей и педагогов в детских домах.

Материалы исследования собраны в Калининградской области; целям медико-статистического анализа послужили открытые источники – официальные сборники медицинской статистики за 2000–2012 гг. Наблюдение осуществлялось в трёх детских домах региона в 2010–2012 гг.; проводились неструктурированные интервью с воспитанниками коррекционной школы-интерната. Таким образом, применялись количественные и качественные методы.

I

Статистические данные, характеризующие здоровье детей, находящихся в детских домах и интернатах, не всегда отдельно публиковались в официальных сборниках. Поэтому мы использовали доступные данные 2000–2003 гг. Безусловно, это не отражает актуальной ситуации с заболеваемостью сегодняшних воспитанников интернатных учреждений региона, но позволяет выявить некоторые закономерности, которые будут ниже описаны.

В то же время официальные статистические данные по заболеваемости детей в домах ребёнка (учреждениях, куда ребёнок может попасть вскоре после рождения и находиться там до достижения им трёх лет) ежегодно включаются в соответствующие издания.

Сравнение показателей здоровья детей первого года жизни, находящихся в доме ребёнка, со средними значениями аналогичных показателей для всех детей области представлено на рис. 1. Частота случаев заболевания патологиями органов дыхания, нервной системы, болезнями эндокринной системы, распространение внутренних пороков развития более значительны у детей из дома ребёнка. Это объясняется объективными причинами – факторами, определяющими попадание детей в этой учреждение. Общая заболеваемость детей первого года жизни, находящихся в доме ребёнка, в 2002 и 2012 гг. более чем в два раза превысила средние значения для региона.



Рис. 1. Заболеваемость детского населения Калининградской области до года некоторыми болезнями, на 1000 детей, 2000 и 2012 гг.

Анализ заболеваемости воспитанников других интернатных учреждений по отдельным нозологическим группам показал, что в разных типах учреждений, существовавших в начале 2000-х годов (детские дома и интернаты, коррекционные и общеобразовательные, для детей с девиантным поведением) заболеваемость различными патологиями отличалась. По большинству типов болезней заболеваемость была выше в детских домах, чем в интернатах, исключение составляли болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни уха и сосцевидного отростка, а также болезни пищеварения. По инфекционным и паразитарным болезням, новообразованиям, психическим расстройствам, болезням системы кровообращения, болезням костно-мышечной системы, болезням кожи и подкожной клетчатки данные для воспитанников интернатных учреждений не включены в издаваемые статистические сборники.

Отмечена изменчивость в показателях заболеваемости за рассматриваемый четырёхлетний период. Почти по всем группам болезней наблюдается положительная динамика, от незначительной (болезни крови, болезни органов дыхания, в том числе ОРЗ, грипп и пневмония, болезни мочеполовой системы, врождённые аномалии, травмы и отравления) до двукратного (общая заболеваемость, болезни уха, болезни органов пищеварения, нервной и эндокринной системы) и более (болезни глаз, болезни органов пищеварения) превышения. Причины этого могут быть разнообразны, в том числе связаны с особенностями проведения регулярных медицинских осмотров воспитанников.

Сравнение показателей заболеваемости детей, находящихся в интернатных учреждениях, с общими характеристиками здоровья детского населения Калининградской области, обнаруживает различные тенденции.

Заболеваемость рядом болезней у детей, живущих вне семьи, ниже. Это болезни крови и кроветворных органов (рис. 2а), эндокринной системы (рис. 2б), органов дыхания (рис. 2в), мочеполовой системы (рис. 2г), врождённые аномалии развития, травмы и отравления.



Рис. 2а. Заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.



Рис. 2б. Заболеваемость болезнями эндокринной системы детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.

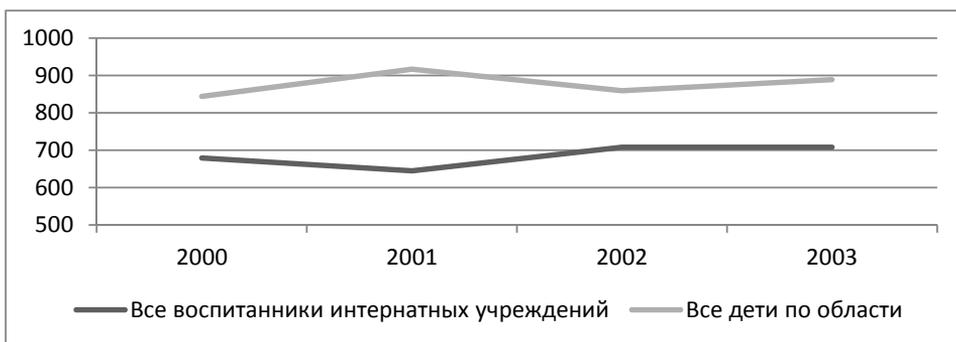


Рис. 2в. Заболеваемость болезнями органов дыхания детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.

Заболеваемость болезнями органов мочеполовой системы в целом у детского населения области в 2003 году выше, но в предыдущие три года была ниже, чем показатели, рассчитанные для воспитанников интернатных учреждений.



Рис. 2г. Заболеваемость болезнями органов мочеполовой системы детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.

По другим болезням картина иная, показатели заболеваемости детей, живущих вне семьи, более высокие. Это, например, болезни нервной системы (рис. 3а), болезни уха и сосцевидного отростка (рис. 3б), глаза и его придаточного аппарата (рис. 3в), органов пищеварения (рис. 3г), а также общая заболеваемость (рис. 3д).

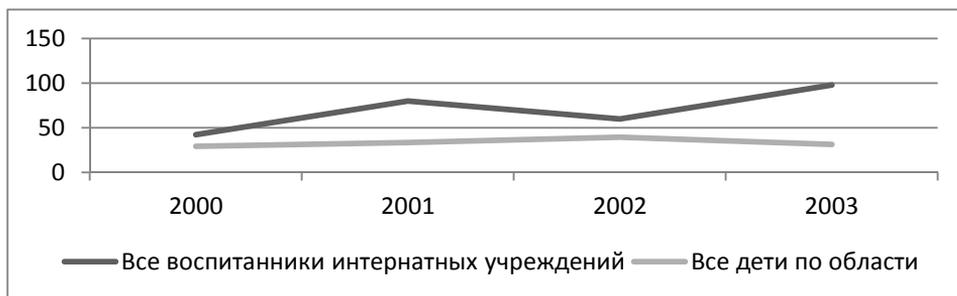


Рис. 3а. Заболеваемость болезнями нервной системы детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.

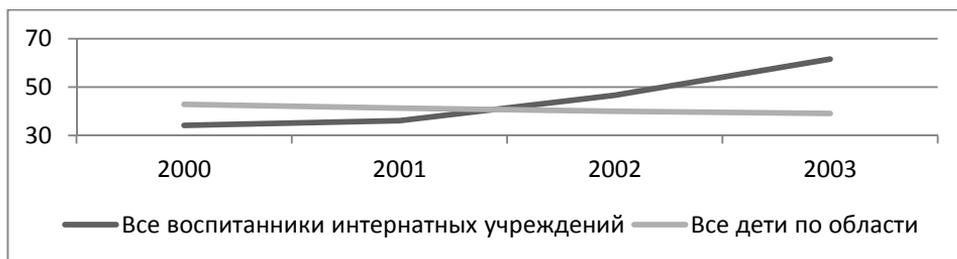


Рис. 3б. Заболеваемость болезнями уха и сосцевидного отростка детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.

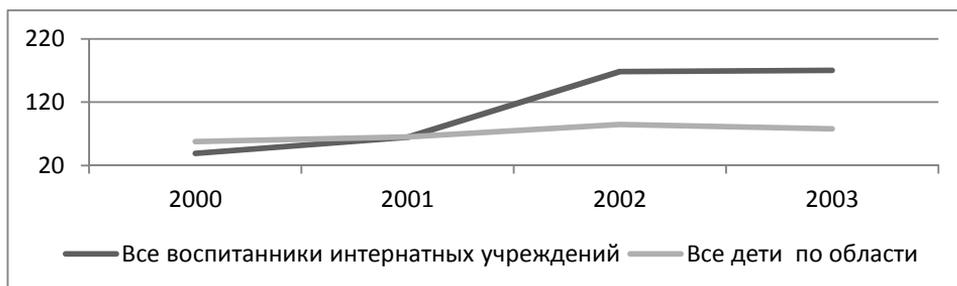


Рис. 3в. Заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.

Как видно на графике, частота встречаемости болезней органов пищеварения у воспитанников интернатных учреждений значительно возросла после 2002 года.



Рис. 3г. Заболеваемость болезнями органов пищеварения детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.

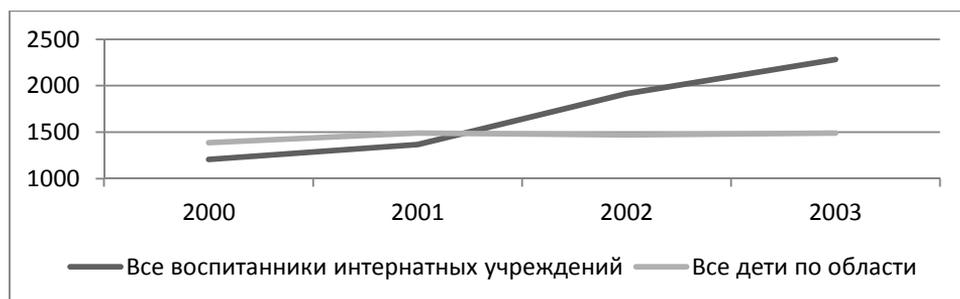


Рис. 3д. Общая заболеваемость детского населения Калининградской области, на 1000 детей, 2000–2003 гг.

Такие различные тенденции могут обосновываться как объективными причинами (среди воспитанников интернатных учреждений часть имеет патологии слуха и зрения, именно поэтому они находятся в специализированном тифло- или сурдоинтернате, например), так и различиями в ситуации обращения за медицинской помощью, взаимодействия с врачом, постановки диагноза ребёнку, живущему в семье или вне её.

Здесь важным вопросом, фиксирующим это различие, является то, кто формулирует симптом? Если использовать понятие субъективного симптома как формулируемых в жалобах пациента собственных ощущений и переживаний, то, вероятно, не всегда именно о таком симптоме узнает врач. Особенности медицинского обслуживания воспитанников и в целом взаимодействия с медициной интернатного учреждения обозначают, что первичный субъективный симптом может быть амплифицирован, усилен педагогами, посредничающими во взаимодействии с медицин-

скими работниками, или, наоборот, ослаблен или проигнорирован. Тогда и разница в уровне заболеваемости детского населения в целом и заболеваемости по группе воспитанников интернатных учреждений по некоторым типам болезней может объясняться дополнительными сложностями в формулировке симптома, рассказе о нём педагогу, возможных сложностях в передаче педагогом симптома «без цензуры» и свободным от привнесения собственных интерпретаций. (Вероятно, такая закономерность в той или иной степени существует и для ситуации ребёнка, живущего в семье. Можно предположить, что в случае, когда посредником между ребёнком и медициной является родитель, то проблем разного понимания и интерпретаций значений тех или иных слов у них меньше, у них *общий язык*).

Если допустить существование фактора «искажения» первоначального субъективного симптома за счёт пользующихся другим языком либо использующих цензуру или привносящих дополнительные смыслы посредников, то можно обратить внимание на то, какие именно группы болезней выявляют максимальную разницу в показателях, и далее проводить более глубокий анализ как статистический, так и семантический. При этом стоит учитывать другой аспект: субъективный симптом может вообще не формулироваться, а жалоба врачу – полностью состоять из наблюдений и оценок педагога.

II

Более чётко можно выделить субъекта, формулирующего симптом, анализируя случаи госпитализации воспитанников интернатных учреждений. В рамках осуществляемого наблюдения за взаимодействием детей, проживающих в детских домах, с педагогическим персоналом, а также взаимодействие внутри коллектива сотрудников, нами неоднократно фиксировалась тема госпитализации в психиатрическую больницу. Этот вопрос в значительной степени эмоционально окрашен и имеет большое значение в жизни воспитанников. Госпитализация проводится по направлению врача; по российскому законодательству (закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), если ребёнок не достиг 15-летнего возраста, то необходимо согласие родителя или другого законного представителя. У воспитанника детского дома таким законным представителем, как правило, является директор учреждения (родители во многих случаях живы, но лишены родительских прав).

Ниже приводятся несколько цитат из бесед с воспитанниками интернатных учреждений или их сотрудниками, касающиеся вопросов психиатрической госпитализации:

(О госпитализации воспитанника) *Да, директор сказал: обязательно надо пролечить, пока 15 лет не исполнилось!* (сотрудница детского дома).

Когда тебя туда привезут, ты уже не можешь отказаться, должен подписать согласие. А то они могут укол какой-то тут же сделать (воспитанница интерната).

Его нужно в больницу, он всё время с ножницами, всё время что-то вырезает (сотрудница детского дома).

(Обращаясь к громко разговаривающей на занятии воспитаннице) *Что, давно в психушке не лежала?* (сотрудница детского дома).

По пути в летний лагерь нас на автобусе повезли в сторону психбольницы. Сказали, что тех, кто хуже всего себя вёл за этот учебный год, там оставят. Все боялись, я так испугалась, думала про себя – вроде, я не так уж плохо себя вела. В общем, оставили там одного мальчика, он так плакал (воспитанница интерната).

Знакомство с дискурсом, описывающим психиатрическую госпитализацию воспитанников интернатных учреждений, выявляет две его главные черты. Во-первых, такая госпитализация рассматривается как инструмент власти, это яркий пример той самой «дисциплинарной власти» Мишеля Фуко. Перефразируя слова мыслителя (Фуко 1996: 143), «власть берёт детское тело в охапку». Второй мотив, который считается в описаниях вопроса, это нормализация, идея «нормального» состояния ребёнка, в которое можно с помощью лечения или даже угрозы лечения воспитанника вернуть.

Возвращаясь к вопросу об «авторе» симптома, приводящего к госпитализации, в описываемых случаях однозначно скажем, что это не ребёнок, а взрослый, в том числе педагог интернатного учреждения. Таким образом, «субъективный» симптом формулируется не самим субъектом, ребёнок становится объектом, которому приписываются определённые симптомы.

Эта ситуация может быть проявлением процесса медиализации, охватывающего систему образования, в том числе образования детей, лишённых попечения родителей. По выражению Томаса Шаша, «медиализация – это не медицина и не наука, это социально-семантическая стратегия, которая выгодна одним лицам и несет угрозы другим» (Szasz 2007, цит. по: Михель 2011: 256). Медиализация способствует реализации власти, распоряжению *телами и душами* находящихся на государственном попечении детей. Это биополитика, нацеленная на управление будущими гражданами государства.

В качестве итога нашего сообщения обозначим актуальность использования фукольдианского подхода к рассмотрению проблемы «здоровье/болезнь ребёнка в интернатном учреждении». Традиционной медицинской, педагогической или иной оптики недостаточно; необходим подход, который позволит вычленить отношения (био)власти. Это, в том числе, значит, что при построении образовательных программ для подобных учреждений необходимо не просто учитывать методологические проблемы использования медицинской статистики, но и интегрировать это знание с гуманитарным, глубоко понимающим отношения власти в учреждении, между пациентом/посредниками и врачом.

Литература

- Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 14.10.2014) „О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (02 июля 1992 г.).
- Здравоохранение Калининградской области в цифрах в 1998–2000 годах: Статистический сборник. Калининград 2001, Управление здравоохранения администрации Калининградской области.
- Здравоохранение Калининградской области в цифрах в 1999–2001 годах: Статистический сборник. Калининград 2002, Управление здравоохранения администрации Калининградской области.
- Здравоохранение Калининградской области в цифрах в 2000–2002 годах: Статистический сборник. Калининград 2003, Управление здравоохранения администрации Калининградской области.
- Здравоохранение Калининградской области в цифрах в 2001–2003 годах: Статистический сборник. Калининград 2004, Управление здравоохранения администрации Калининградской области.
- Здравоохранение Калининградской области в цифрах в 2011–2012 годах: Статистический сборник. Калининград 2013, Управление здравоохранения администрации Калининградской области.
- Михель Д.В. (2011), *Медикализация как социальный феномен*. „Вестник Саратовского государственного технического университета”, № 4 (60). Выпуск 2.
- Фуко М. (1996), *Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет*. Пер. с франц. М. Касталь.
- Szasz T. (2007), *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*. Syracuse, New York, University Press.