

УДК 614.1 : 616-008

<https://doi.org/10.32402/dovkil2022.03.004>

THE DIFFERENCE OF THE CONCEPT OF «MALADY» IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH: (part 1 – analytical research)

Berdnyk O.V., Skochko T.P., Dobrianska O.V.,
Rudnytska O.P.

БАГАТОВИМІРНІСТЬ ПОНЯТТЯ «ХВОРОБА» У КОНТЕКСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (частина 1 – теоретичне дослідження)

Незважаючи на те, що історія вивчення здоров'я налічує не одне тисячоліття, питання розуміння суті цього поняття залишається актуальним і дотепер. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає здоров'я як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя», що вказує на трансдисциплінарний характер цього поняття та обумовлює необхідність застосування між-дисциплінарного підходу для більш узагальненого його розуміння.

¹БЕРДНИК О.В.,¹СКОЧКО Т.П.,²ДОБРЯНСЬКА О.В.,¹РУДНИЦЬКА О.П.¹ДУ «Інститут

громадського

здоров'я

ім. О.М. Марзєєва

НАМН України», Київ

²Національний

медичний університет

ім. О.О. Богомольця,

Київ, Україна

У науці суттєву роль відіграє понятійний апарат. Його удосконалення дає додатковий поштовх до розвитку певної галузі, спрямовує емпіричні дослідження. З цієї точки зору доцільно розглянути змістовне наповнення термінів, які характеризують нездоров'я. **Мета** даного аналітичного дослідження: з позицій громадського здоров'я проаналізувати термінологію та дані наукової літератури з питань прояву захворюваності.

(У багатьох інших мовах відсутня подібна деталізація, а отже відсутні і відповідні дослідження.)

Огляд наукової вітчизняної та зарубіжної літератури (за винятком низки англomовних робіт) з теорії медицини, медичної психології та соціології виявив брак теоретичних положень щодо цієї теми, які можна було б узагальнити, порівняти та протиставити. У повсякденній англійській мові використання понять, що описують нездоров'я (disease, illness, sickness, malady, disorder, ailment, malaise тощо), іноді здається довільним й у відносинах лікар-пацієнт [1]. У нау-

БАГАТОВИМІРНІСТЬ ПОНЯТТЯ
«ХВОРОБА» У КОНТЕКСТІ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
(частина 1 – теоретичне дослідження)

¹Бердник О.В., ¹Скочко Т.П.,²Добрянська О.В., ¹Рудницька О.П.¹ДУ «Інститут громадського здоров'я

ім. О.М. Марзєєва НАМН України»,

Київ, Україна

²Національний медичний університет

ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

Мета. З позицій громадського здоров'я проаналізувати дані наукової літератури та термінологію, яка стосується різних іпостасей/проявів захворювань.

Матеріали та методи. Проведено аналіз вітчизняних та закордонних публікацій, присвячених термінологічним питанням оцінки різних сторін захворюваності населення.

Результати. Визначено стан досліджень щодо різних аспектів поняття «хвороба» у науковій вітчизняній та зарубіжній літературі. Огляд виявив брак теоретичних положень з даної теми, які можна було б узагальнити, порівняти та співставити. У повсякденній англійській мові використання понять, які описують нездоров'я (disease, illness, sickness тощо), часто є довільним, а у науковій є предметом професійних дискусій. Для України аналіз

термінології щодо хвороби є новим. По-значення простору використання певних термінів важливе, оскільки вивчення різних аспектів хвороби передбачає використання різних методів збору інформації, трактування отриманих даних, висновків про шляхи подолання хвороби тощо. Визначення поняття «хвороба» – це не тільки теоретичне питання. Воно важливе для медицини, соціальної політики та системи охорони здоров'я загалом. Для громадського здоров'я, яке є найбільш соціально орієнтованою галуззю медицини, вкрай важливим є врахування не тільки кількості біомедичних (disease), але й соціальних (sickness) аспектів хвороби, а також його самооцінки (illness). Розглянуто поєднання та взаємозв'язок різних проявів хвороби у тріаді Тведдла, проведено порівняльний аналіз її складових. Актуальність аналізу захворюваності населення та обґрунтування найбільш ефективних заходів зумовлює доцільність врахування різних проявів нездоров'я, а зважаючи на мультидисциплінарний характер охорони громадського здоров'я, залучення фахівців різного профілю.

Ключові слова: громадське здоров'я, об'єктивне та суб'єктивне здоров'я, поняття хвороби, захворюваність населення.

© Бердник О.В., Скочко Т.П., Добрянська О.В., Рудницька О.П. СТАТТЯ, 2022.

ковій англомовній літературі ці терміни є предметом фахових дискусій і до цього часу не мають чітко обмеженого простору використання [2]. Для України аналіз термінології щодо хвороби є новим. Залишаючи поза дужками семантичні та лінгвістичні особливості зазначених визначень нездоров'я, розглянемо особливості їх застосування у сфері громадського здоров'я. Це важливо, оскільки вивчення різних аспектів нездужання передбачає застосування різних методів збору інформації, трактовки отриманих даних, висновків щодо шляхів подолання недуг тощо.

«Об'єктивне» та «суб'єктивне» здоров'я. Розглядаючи питання змістовного наповнення низки термінів, що характеризують нездоров'я, слід зупинитися на поняттях «об'єктивне здоров'я» (objective health) та «суб'єктивне здоров'я» (subjective health). У основі їх визначення лежить, з одного боку, стан здоров'я, визначений на підставі результатів медичного огляду, а з іншого – самопочуття людини. У науковій медичній літературі ці питання висвітлюються мало, оскільки існує думка, що суб'єктивні оцінки здоров'я не можуть бути достовірно виміряними та інтерпретованими [3]. Водночас, з другої половини XX сторіччя вони широко розглядаються у роботах вчених-експертів у галузі соціальних наук [4-6]. Зважаючи на соціальний характер галузі «громадське здоров'я», суб'єктивний компонент здоров'я є важливим і потребує уваги. «Ігнорувати суб'єктивний погляд пацієнта на здоров'я означає не використовувати найціннішу інформацію, яка є» [7].

Найпоширенішими показниками громадського здоров'я традиційно вважаються показники захворюваності. Медичне освідчення людини, питання діагностики відхилень у стані організму, визначення характеру і ступеня його зламу є основою для констатації пору-



ФУНДАМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

шення здоров'я лікарями і, відповідно, формування статистики захворюваності. Перевагою саме цих показників вважається їхня задокументованість, тобто об'єктивність [8].

Як впливає з дефініції ВООЗ, здоров'я відбиває передусім суб'єктивність такого стану. Про це свідчать ключові слова: «Здоров'я – стан благополуччя, а не лише відсутність хвороб». На суб'єктивність розуміння здоров'я вказують багато вчених у галузі біомедицини, філософії, психології [4, 9], а низка теоретичних та натурних досліджень присвячена тісному зв'язку благополуччя людини і його суб'єктивного здоров'я [10, 11]. В Енциклопедії досліджень якості життя та добробуту (2014) зазначається, що об'єктивні вимірювання здоров'я менш важливі для показника благополуччя, ніж хороше суб'єктивне здоров'я [12].

Для об'ємного розуміння нездоров'я необхідно врахувати взаємозалежність між об'єктивним і суб'єктивним здоров'ям [13, 14]. Порівняльний аналіз двох оцінок здоров'я показує, що зазвичай вони корелюють між собою, однак між ними можуть існувати і певні розбіжності [15-18]. Люди, чиє здоров'я за об'єктивними показниками є гіршим, не обов'язково оцінюють свій стан більш негативно, ніж цілковито здорові особи. Суб'єктивні оцінки можуть надавати інформацію про дещо інші аспекти здоров'я, ніж об'єктивні, доповнюючи одна одну.

Таким чином, у науковій літературі розглядаються поняття «об'єктивного здо-

ров'я», свідченням якого є медична оцінка, і «суб'єктивного здоров'я», яке базується на сприйнятті здоров'я самою людиною. Щоб узгодити певні протиріччя між поглядами пацієнтів та професіоналів на хворобу, з одного боку, а з іншого – урахувати ці розбіжності і відмінності, англомовні дослідники часто використовують різні терміни.

Хвороба – disease. Найбільш поширеним і вживаним є термін «disease». Енциклопедія Британіка, Оксфордський словник громадського здоров'я та інші довідникові видання визначають disease як будь-які відхилення від нормального стану організму, які, як правило, характеризуються певними ознаками та симптомами (за винятком випадків, пов'язаних з фізичними травмами). У науковій парадигмі сучасної медицини disease – це відхилення у функції і/або структурі органів і систем організму [19]. Існує безліч різних визначень disease, йдуть дискусії щодо їхньої повноти і правильності. Однак усі дослідники погоджуються з тим, що сутністю disease є фізіологічні, біохімічні, генетичні та психічні зрушення, які можна спостерігати, досліджувати і вимірювати, і у цьому сенсі хвороба-disease вважається об'єктивною реальністю і описує об'єктивне здоров'я. Хвороба-disease – це патологічний процес, який лікарі можуть «бачити, торкатися, вимірювати, нюхати» [20], тобто визначати за допомогою об'єктивних досліджень.

Хвороба – illness. На відміну від хвороби-disease хвороба-illness – це «суб'єк-

тивний, психологічний процес/досвід поганого здоров'я людини» [21].

Суб'єктивні аспекти оцінки здоров'я довго ігнорувалися: існувало тверде переконання, що відчуття та самооцінки надто суб'єктивні для вивчення і аналізу. Головна увага приділялася оцінці факту наявності/відсутності хвороби та вимірюваних об'єктів – функціональних показників тощо [22].

Згідно з визначенням Оксфордського медичного словника *illness* – це «відчуття, переживання нездорового стану, яке є цілковито особи-

стим, внутрішнім для пацієнта», тобто людина сама відстежує та оцінює своє самопочуття.

Американський психіатр Л. Айзенберг образно зазначає: «Пацієнти страждають від *illnesses*», а лікарі діагностують і лікують від *diseases*» [19]. При цьому важливим залишається питання, як тісно пов'язані результати медичного обстеження (хвороба-disease) з отриманими відповідями щодо хвороби-*illness*, тобто між медичними діагнозами та їхнім сприйняттям. Часто хвороба-*illness* супроводжує хворобу-disease, але можуть бути і розбіжності. Наприклад, коли захворювання (діагноз) не задеклароване (на ранніх стадіях хронічних захворювань); інколи хвороба-*illness* стосується тих систем організму, де хворобу-disease не виявлено, а джерелом хвороби-*illness* (відчуття нездорового стану) є інші органи [8, 20].

Ще одним з найбільш часто оцінюваних параметрів хвороби-*illness* в епідеміологічних дослідженнях є самооцінка здоров'я (self-rated health). У дослідженнях дея-

ких науковців доведено зв'язок між об'єктивними даними щодо здоров'я та його самооцінкою. Це можна пояснити тим, що загальна самооцінка здоров'я містить багато аспектів, що характеризують здоров'я, а відчуття людини, своєю чергою, безпосередньо впливають на стан здоров'я [23]. За своєю природою показники будь-якої самооцінки суб'єктивні: вони і складають у нашому випадку оцінку нездоров'я – *illness*.

Масштабні дослідження самооцінки стану здоров'я проводяться у країнах ЄС у рамках Європейського дослідження здоров'я (EHIS – European Health Interview Survey), що повторюється кожні 5 років. Критерій самооцінки широко використовується й у дослідженнях на національному рівні у багатьох країнах [24, 25], а також у вибіркових наукових дослідженнях різних верств населення [26-29]. Отримані у цих роботах дані дозволяють характеризувати певні сторони нездоров'я людей, що робить їх інформативними в епідеміологічній оцінці громадського здоров'я. Таким чином, наявні хвороби (disease) та самооцінка здоров'я – це окремі, але взаємопов'язані і взаємодоповнюючі характеристики нездоров'я людини.

Повертаючись до визначення здоров'я ВООЗ і розглядаючи різні аспекти нездоров'я населення, слід звернути увагу і на соціальне здоров'я, яке стосується ефективної взаємодії людини з соціальним середовищем, її здатності підтримувати стосунки і соціальні зв'язки з іншими людьми тощо. Порушення взаємодії людини з соціальним середовищем тісно пов'язане з відхиленнями у стані здоров'я, для характеристики яких найчастіше використовують термін *sickness*.

Хвороба – *sickness*. Виконання соціальних функцій, тобто соціальне здоров'я, лежить в основі можливостей людини виконувати

Рисунок 1
Гіпотетичний зв'язок між *illness*, *disease* та *sickness* [21]

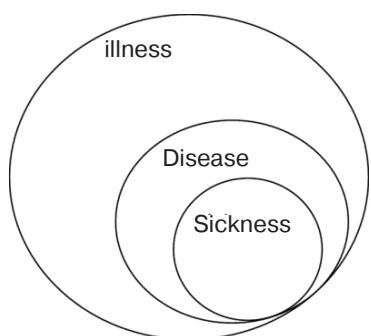
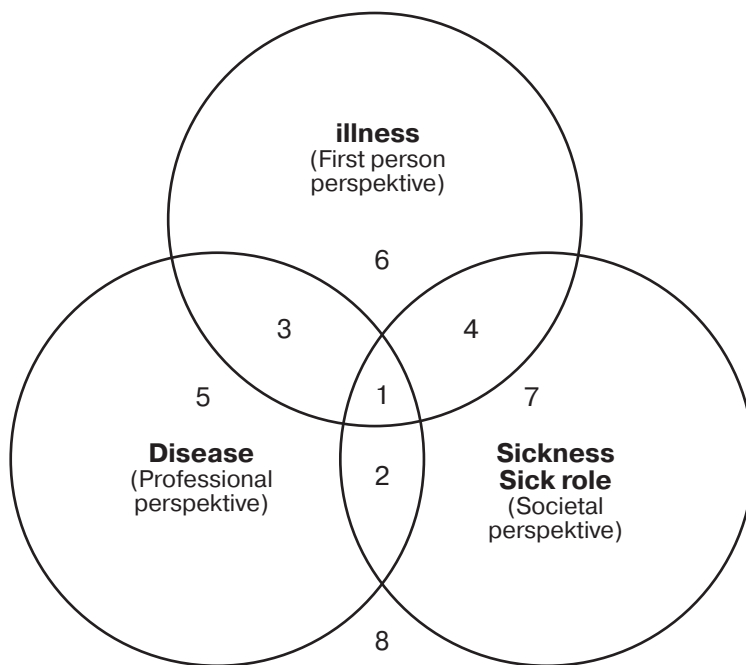


Рисунок 2
Візуальна схема тріади Тведдла [34]



THE DIFFERENCE OF THE CONCEPT OF «MALADY» IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH: (part 1 – analytical research)

¹Berdnyk O.V., ¹Skochko T.P.,

²Dobrianska O.V., ¹Rudnytska O.P.

¹State Institution «O.M. Marzиеiev Institute for Public Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Target. From the standpoint of public health, analyze scientific literature data and terminology related to various hypostases/manifestations of malady.

Materials and methods. The analysis of domestic and foreign publications devoted to terminological issues of assessing various aspects of the incidence of the population.

Results. The state of research concerning various aspects of the concept of «disorder» in the scientific domestic and foreign literature has been determined. A review of the scientific literature revealed a lack of theoretical provisions on this topic that could be generalized, compared and contrasted. In everyday English, the use of concepts to describe malady (disease, illness, sickness etc.) is often seen as arbitrary, and in the scientific field, they are the subject of professional discussions. For Ukraine, the analysis of malady terminology is new. The designation of the space for the

use of certain terms is important, since the study of various aspects of the malady involves the use of various methods of collecting information, interpreting the data obtained, conclusions about ways to overcome disorders etc. The definition of malady is not only a theoretical issue: it is important for medicine, social policy and the health care system in general. For public health, which is the most socially oriented branch of medicine, it is extremely important to take into account not only the purely biomedical (disease), but also the social (sickness) aspects of the disorders, as well as its self-esteem (illness).

The combination and interrelation of various hypostases of the disorders included in the Twaddle triad is considered, a comparative analysis of its components has been carried out. The relevance of the analysis of the morbidity of the population and the justification of the most effective health-improving measures determines the advisability of taking into account various hypostases of ill health, and given the multidisciplinary nature of public health, the involvement of specialists in various fields.

Keywords: public health, objective and subjective health, the concept of disease, morbidity of the population.

своє призначення – бути повноцінним членом суспільства, родини тощо.

Поняття sickness глибоко укорінилося у соціальній практиці, правових системах тощо. Його широко використовують, зокрема, медичні соціологи та психологи для опису моделей поведінки хворих людей [30]: виникає «хвороблива поведінка» (sickness behavior) – скоординований набір поведінкових змін у відповідь на хворобу [31, 32]. Парсонс [33] розглядає хворобу як форму девіантної поведінки у суспільстві, пояснюючи це тим, що хворі люди (передусім хронічно хворі) не здатні виконувати свої звичайні соціальні ролі і, таким чином, відхиляються від загальноприйнятих норм. Відповідно, оцінка поняття «sickness» – інтерсуб'єктивна, тобто це знання, що поділяє певна соціальна група [34, 35].

Хвороба-sickness відбивається на різних сферах життя: медичне страхування, компетентність і продуктивність трудової діяльності, ролі хворого у сімейному контексті тощо [36]. Відповідно до цього широким є і перелік підходів до оцінювання «sickness» – на підставі листків непрацездатності (відсутність на роботі через хворобу), даних щодо інвалідності, безробіття внаслідок тривалої чи тяжкої хвороби, відносини з рідними та друзями тощо [17, 37, 38]. Кожен з цих підходів має і переваги, і недоліки. Наприклад оцінка соціального здоров'я на підставі лікарняних утруднюється з огляду на презентизм (вихід на роботу, незважаючи на погане самопочуття), що негативно впливає на соціальну активність та продуктивність праці і тягне за собою економічні втрати, негативні медичні наслідки [39-42].

Таким чином, розуміння хвороби-sickness у поєднанні з хворобою-illness або хворобою-disease дає нам розуміння, що медичні аспекти не можуть бути зведені лише до біомедичних / біостатистических вимірів або тільки до суб'єктивних відчуттів пацієнтів.

Тріада Тведдла та її складові. Сучасна медицина (західна), спираючись на об'єктивний стан хворого, характеризує його патологічною ідентифікаційною «етикеткою» стану організму – діагнозом, що відбиває хворобу-disease. Однак ще Гален у II столітті до н.е. визначав здоров'я як стан, «...в якому ми не відчуваємо болю, який не заважає виконувати функції нашого щоденного життя і робити все інше, що ми хочемо», тобто він зважував і на illness, і на sickness. На думку П. Ахмед, поняття «ідеальне» здоров'я складається з біологічного

здоров'я (стан, за якого кожна клітинка і кожний орган функціонують на повну потужність і перебувають в ідеальній гармонії з усім тілом); психологічного здоров'я (стан, за якого індивідуум відчуває повне благополуччя й почувається господарем у навколишньому середовищі); соціального здоров'я (стан, коли можливості індивідуума для участі у соціальній системі є оптимальними).

У середині 50-х років минулого століття Т. Парсон, досліджуючи соціальні системи, вперше окреслив різницю між різними іпостасями нездоров'я, а у 1960-х роках Е. Тведдл вперше надав детальну характеристику відмінностям між *disease*, *illness* та *sickness*. Відтоді у численних роботах з теорії медицини і соціальних наук досліджували відмінності між різними визначеннями порушень здоров'я [35, 43, 44].

Проаналізувавши наявну наукову літературу, ми спробували узагальнити і представити (у дещо спрощеному вигляді) основні характеристики трьох наведених понять (таблиця).

Оскільки триада понять *illness*, *disease* і *sickness* використовується для охоплення різних аспектів нездоров'я,

важливим питанням є їхнє співвідношення. Гіпотетично вважалось, що ці три поняття перетинаються (рис. 1): у людини, яка почувається погано (*illness*), лікар діагностує *disease*, а потім, якщо проблеми серйозні та впливають на її працездатність, суспільство надає їй статус хворого (*sickness*). Прикладами таких станів можуть бути ішемічна хвороба серця, інсульт, хронічна обструктивна хвороба легень та інфекції нижніх дихальних шляхів. У таких випадках розбіжностей немає.

Однак така картина спостерігається далеко не завжди. Деякі *illness* і *disease* не призводять до *sickness*, а більшість *illness* і *disease* не супроводжуються порушенням соціальних функцій.

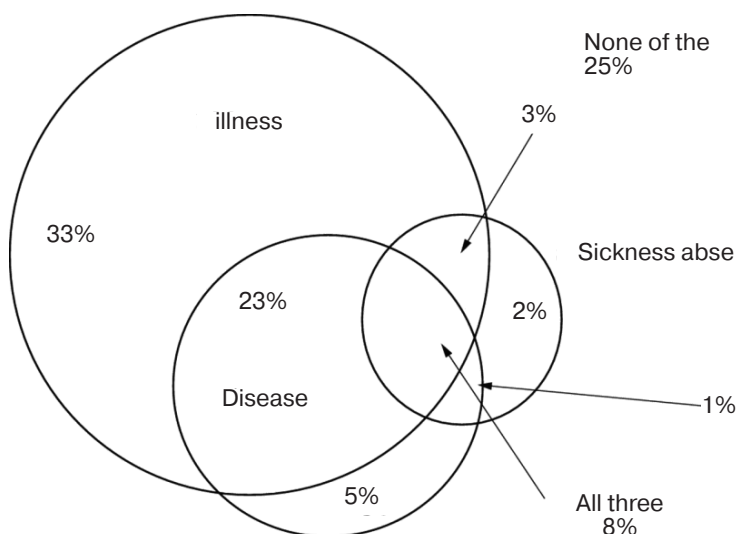
На рисунку 2 схематично представлено взаємовідношення складових тріади Тведдла. Дана схема свідчить, що окрім т.м. «чистих» полів – *disease*, *illness*, *sickness* (поля 5, 6, 7), існують різні їх комбінації. Б. Хофман [34] дає опис цих сполучень. Характеристику першого поля, де перетинаються усі три складові (D-I-S), було надано вище. Слід лише додати, що ці випадки є найменш суперечливими і найбільш зрозумілими.

Менша узгодженість може

мати місце, коли збігаються лише два аспекти. Наприклад, це стосується людей, в яких діагностовано певну хворобу, але вони не почуваються хворими. У цьому випадку захворювання часто виявляється на дуже ранній стадії, коли людина не має симптомів і не почувається погано, зокрема, випадки, які відповідають критеріям *disease* та *sickness*, але не *illness* (поле 2 - D-S). Наприклад, існують випадки, коли лікарі ідентифікують певні ознаки або маркери хвороби до того, як пацієнт відчує її симптоми. До цієї групи належать безсимптомне підвищення артеріального тиску, вірус папіломи людини, передцукровий діабет, біомаркери хвороби Альцгеймера та інші стани, що виявляються під час диспансерних профілактичних оглядів і вимагають лікування та соціальної підтримки. Багато випадків, визначених як *disease*, можуть не перерости в *illness*: прикладом може бути, зокрема, носійство за деяких інфекцій. У таких випадках людина може померти з захворюванням, а не через нього.

Існують випадки, коли є ознаки *disease* та *illness*, але це не супроводжується *sickness* (поле 3 - D-I). Застуда, короткозорість та карієс є прикладами випадків, які не сприймаються як *sickness* у багатьох країнах, але визнані медициною як *disease*, а люди з цими станами сприймають їх негативно. Існують і такі стани, за яких наявні ознаки *illness* та *sickness* (людина почувається погано і не може повноцінно виконувати повсякденну роботу і професійну діяльність), але лікарі не виявлять *disease* (поле 4 - I-S). Це стосується, приміром, симптомів (біль, втома) і синдромів (фіброміалгія або синдром подразненого кишечника), які залишаються без очевидної соматичної причини навіть після глибокої діагностики. В інших випадках фізичне захворювання вже минуло, але пацієнт все ще почу-

Взаємозв'язок між *illness*, *disease* та *sickness* [21]



ваються хворим. Крім того, деякі пацієнти звертаються до лікарів зі скаргами на нездужання, але вони можуть бути пояснені віковими змінами в організмі і, відповідно, не визнаються захворюваннями. До цієї категорії належить і вагітність: лікарі зазвичай не визнають її як disease, хоча багато жінок можуть сприймати її як illness, а суспільство надає відпустки за лікарняним листком і соціальну підтримку (sickness).

Підсумувати сказане вище, можна образним виразом доктора медицини Д. Бікой (Ефіопія), що disease – це образ хвороби крізь окуляри медичного персоналу, illness – крізь окуляри пацієнтів, а sickness – суспільства».

А. Викмен зі співавторами [23] провели дослідження, метою якого було «емпіричне випробовування» відмінностей складових тріади Тведдла. Об'єктом дослідження було працююче населення віком 16-65 років. Результати дають уявлення щодо того, наскільки різ-

ними є поняття нездоров'я (рис. 3). 8% усіх респондентів потрапили до всіх трьох груп захворюваності – disease, illness та sickness (поле 1), а 25% не мали жодного з них. В інших випадках ці три групи об'єднувалися різними способами. Коефіцієнти кореляції між ними були статистично значущими, але досить низькими (на рівні 0,4-0,5).

Найбільш повно ідея аналізу тріади Тведдла реалізована у дослідженні, присвяченому з'ясуванню питань, які «форми» поганого здоров'я (disease, illness чи sickness) пов'язані з виходом на пенсію і можливістю працевлаштування [38]. У результаті опитування та обстеження понад тисячі шведських робітників передпенсійного віку отримано розподіл на групи/поля. Зокрема, поєднання усіх трьох показників нездоров'я встановлено у 12,5%. Характеристиками disease, illness і sickness надані у розрізі віку, статі, рівня освіти тощо. Важливість розуміння й інтерпретації окремих складо-

вих тріади Тведдла або їхнього поєднання було також продемонстровано даними нечисленних натурних досліджень [13, 41, 45].

Слід зауважити, що аналогічний підхід до оцінки багатаспектності хвороби став концептуальною базою для формування тріади визначень інвалідності (impairment, disability, handicap), закріпленою у Міжнародній класифікації (ВООЗ, 1980).

Висновки

Англійська мова, яка є значною мірою інноваційною для наукової літератури у галузі громадського здоров'я, відбиває тонкі відмінності у значенні між різними іпостасями «хвороби».

Визначення поняття хвороби – це не тільки теоретичне питання. Воно важливе для медицини, соціальної політики та системи охорони здоров'я загалом. Більшість розумінь поняття «хвороба» виходять з позицій клінічної медицини. На підставі проведеного наукового аналізу можна стверджувати, що для громадського здоров'я, яке є най-

Таблиця

Основні характеристики складових тріади Тведдла щодо нездоров'я

	Disease	Illness	Sickness
Визначення (за A. Twaddle, 1968)	Фізіологічна дисфункція, не залежна від суб'єктивного досвіду та соціальних умовностей	Суб'єктивно інтерпретований небажаний стан здоров'я	Соціальна ідентичність, визначена іншими, зважаючи на соціальну активність особистості
Визначення (за M. Susser, 1990)	Об'єктивні фізіологічні або психічні розлади на органічному рівні і обмежені окремим організмом	Суб'єктивний стан, психологічне усвідомлення дисфункції на особистісному рівні, також обмежується окремою особою	Стан соціальної дисфункції; визначається відповідно до очікувань певного суспільства, у т.ч. стосунки з іншими особами
Точка зору на хворобу	Професійна (підтвердження лікарів)	Особистісна (розуміння, відчуття самої людини)	Суспільна (сприйняття соціумом)
Описувані явища	Патологічні процеси, дисфункції (фізіологічні, психічні, генетичні)	Погане самопочуття, дискомфорт, нездужання (навіть коли disease виявити не вдається)	Соціальні дисфункції (у т.ч. соціальні упередження)
Шляхи отримання інформації	Обстеження, вимірювання, спостереження,	Самооцінка, самоаналіз	Соціальні дослідження, аналіз
Оцінка/статус	Об'єктивна	Суб'єктивна	Інтерсуб'єктивна
Очікувані результати	Підвищення якості життя		
Шляхи допомоги і досягнення результатів	Діагностика, лікування (зазвичай традиційна медицина), реабілітація	Психологічна підтримка, увага, формування мотивації до збереження здоров'я, альтернативні методи лікування, зміна способу життя	Економічні: підтримка та компенсація

більш соціально орієнтованою галуззю медицини, вкрай важливим є урахування не тільки суто біомедичних (disease), а й суспільних (sickness) аспектів хвороби, а також самопочуття (illness). Саме тому важливо проводити комплексний аналіз різних аспектів захворюваності і на їх поєднанні обґрунтовувати заходи щодо поліпшення здоров'я населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Yew Vivien W.C., Noor A.M. Anthropological Inquiry of Disease, Illness and Sickness. *J. Social Sciences and Humanities*. 2014. № 2 (9). P. 116-124.
2. Nordby H. Medical Explanations and Lay Conceptions of Disease and Illness in Doctor-Patient Interaction. *Theor Med Bioeth*. 2008. № 29. P. 357-370. <https://doi.org/10.1007/s11017-008-9080-2>
3. van den Bergh O., Winter W., Devriese St., Van Diest I. Learning Subjective Health Complaints. *Scand. J. of Psychology*. 2002. Vol. 43 (2). P. 147-152.
4. Gourbin C., Wunsch G. From Prevention to Cure Which Policies for Primary Care? *Bulletin de la Classe des lettres et des sciences morales et politiques*. 2005. T. 16. №1-6. P. 99-109. URL : https://www.persee.fr/doc/arb_0001-4133_2005_num_16_1_23700
5. Nordenfelt L. The Concepts of Health and Illness Revisited. *Med Health Care Philos*. 2007. №10. P. 5-10. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9017-3>.
6. Kocot E. Jak mierzymy zdrowie? Zarys historii i metody pomiaru. *Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie*. 2015. №13 (4). P. 304-315. URL : www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie
7. Waller G. Self-Rated Health in General Practice: A Plea for Subjectivity. *British Journal of General Practice*. 2015. Vol. 65 (632). P. 110-111. <https://bjgp.org/content/65/632/110>
8. Boyd K.M. Disease, Illness, Sickness, Health, Healing and Wholeness: Exploring Some Elusive Concepts. *Med Humanit*. 2000. № 26. P. 9-17. URL : <https://bjgp.org/content/65/632/110>
9. Wills J., Naidoo J. Foundations for Health Promotion : Elsevier, 2016. 340 p. URL : <https://www.elsevier.com/books/foundations-for-health-promotion/naidoo/978-0-7020-5442-6>
10. Cho J., Martin P., Margrett J., MacDonald M., Poon L.W. The Relationship Between Physical Health and Psychological Well-Being Among Oldest-Old Adults. *Journal of Aging Research*. 2011. Vol. 2011. 605041. <https://doi.org/10.4061/2011/605041>.
11. Wel K., Dahl E., Thielen K. Social Inequalities in «Sickness»: Does Welfare State Regime Type Make a Difference? A Multilevel Analysis of Men and Women in 26 European Countries. *International Journal of Health Services*. 2012. Vol. 42 (2). P. 235-255. <https://doi.org/10.2190/HS.42.2.f>
12. Monden C. Subjective Health and Subjective Well-Being. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Ed. By Michael A.C. Springer, Dordrecht. 2014. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_3957
13. Bennett KM. Social Engagement as a Longitudinal Predictor of Objective and Subjective Health. *Eur J Aging*. 2005. № 2 (1). P. 48-55. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5547672/>
14. Viljanen A., Salminen M., Irjala K. et al. Subjective and Objective Health Predicting Mortality and Institutionalization: an 18-Years Population-Based Follow-Up Study Among Community-Dwelling Finnish Older Adults. *BMC Geriatr*. 2021. № 21. № 358
15. Pinquart M. Correlates of Subjective Health in Older Adults: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*. 2021. Vol. 16 (3). P. 414-426. URL : <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.3.414>
16. Forward S. State of the Art Report on Life Quality Assessment in the Field of Transport and Mobility. Swedish National Road and Transport Research Institute. Linköping, 2003. URL : <https://www.academia.edu/7421178/>
17. Johnston D.W., Propper C., Shields M.A. Comparing Subjective and Objective Measures of Health: Evidence from Hypertension for the Income/Health Gradient. Institute for the Study of Labor. 2007. № 2737. 34 p. URL : <https://ftp.iza.org/dp2737.pdf>
18. Araújo L., Teixeira L., Ribeiro O., Pał C. Objective vs. Subjective Health in Very Advanced Ages: Looking for Discordance in Centenarians. *Front Med (Lausanne)*. 2018. Vol. 5. P. 189. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028557/citedby/>
19. Eisenberg L. Disease and Illness Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Cult Med Psych*. 1977. Vol. 1. P. 9-23. <https://doi.org/10.1007/BF00114808>
20. Marinker M. Why Make People Patients? *Journal of Medical Ethics*. 1975. Vol. 1 (2). P. 81-84. URL : <https://jme.bmj.com/content/medethics/1/2/81.full.pdf>
21. Wikman A., Marklund S., Alexanderson K. Illness, Disease, and Sickness Absence: an Empirical Test of Differences Between Concepts of Ill Health. *J Epidemiol Community Health*. 2005. Vol. 59 (6). P. 450-454 URL : <http://europepmc.org/backend/ptpm-render.fcgi?accid=PMC1757037&blobtype=pdf>
22. Fotso J. C., Kuate-Defo B. Measuring Socioeconomic Status in Health Research in Developing Countries: Should We Be Focusing on Households, Communities or Both? *Social Indicators Research*. 2005. № 72. P. 189-237. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-004-5579-8>
23. Wahl H. W. The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age. Integrating Epidemiological,

Psychological and Social Perspectives. Berlin ; 2006.
<http://dx.doi.org/10.1007/1-4020-4138-1>

24. Szaflarski M., Cubbins L.A. Self-Reported Health in Poland and the United States: A Comparative Analysis of Demographic, Family and Socioeconomic Influences. *Health*. 2004. Vol. 8 (1). P. 5-31.
<https://doi.org/10.1177/1363459304038793>

25. Ahmad K., Jafar Th., Chaturvedi N. Self-Rated Health in Pakistan: Results of a National Health Survey. *BMC Public Health*. 2005. Vol. 5. P. 51. URL : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-5-51>

26. Eriksson I., Undén A.-L., Elofsson S., Self-Rated Health. Comparisons Between Three Different Measures. Results from A Population Study. *International Journal of Epidemiology*. 2001. Vol. 30 (2). P. 326-333. URL : <https://academic.oup.com/ije/article/30/2/326/713791>

27. van Dijk A., McGrath P.A., Pickett W., van den Kerkhof E.G Pain and Self-Reported Health in Canadian Children. *Pain Res Manag*. 2008. Vol. 13 (5). P. 407-411. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2799265/>.

28. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Pietil%C3%A4inen+O&cauthor_id=21949830
 Pietiläinen O., Laaksonen M., Rahkonen O., Lahelma E. Self-Rated Health as a Predictor of Disability Retirement – the Contribution of Ill-Health and Working Conditions. *Scand J Work Environ Health*. 2011. Vol. 37 (6). P. 464-472. URL : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0025004>
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0025004>

29. Akdeniz E., Kocglu Tanyer D. Alt1nc S1n1f Oğrencilerin Öz Bildirime Dayalı Sağlık Düzeyleri İçin Bir Belirleyici: Aile Sağlığı Özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi*

Hemsirelik Fakültesi Dergisi. 2020. № 7 (1). P. 31-40. URL : <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/53217/715054>

30. Porta M., Last J. A Dictionary of Public Health. New York: Oxford University Press, 2018.

31. Shattuck E., Muehlenbein M. Human Sickness Behavior: Ultimate and Proximate Explanations. *Am J Phys Anthropol*. 2015. Vol. 157 (1). P. 1-18 URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25639499/>

32. Rademacher L., Laselein J., Karshikoff B., Hundt J.E., Engler H., Lange T. Editorial: The Different Faces of Sickness. *Front. Psychiatry*. 2021. Vol. 12. URL : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.735337/full>

33. Parsons T. The Social System. Taylor & Francis e-Library. 2005. URL : <https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf>

34. Hofmann B. On the Triad Disease, Illness and Sickness. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 2002. Vol. 27. Issue 6. P. 651-673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>

35. Hofmann B. Disease, Illness, and Sickness. *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine*. 2016. № 2. P. 16-26. URL : <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315720739.ch2>

36. Seidlein A., Salloch S. Illness and Disease: an Empirical-Ethical Viewpoint. *BMC Med Ethics*. 2019. Vol. 20 (5). P. 1-10. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6327539/>

37. Lund Th., Christensen K., Vaez M., Labriola M., Josephson M., Villadsen E., Voss M. Differences in Sickness Absence in Sweden and Denmark: the Cross National HAKNAK Study. *European Journal of Public Health*. 2009. Vol. 19 (3). P. 343-349.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn128>

38. Jonsson R., Dellve L., Halleröd B. Work Despite Poor Health? A 14-Years Follow-up of How Individual Work Accommodations Are Extending the Time to Retirement for Workers with Poor Health Conditions. *SSM – Population Health*. 2019. Vol. 9. URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827319301831>

39. Aronsson G., Gustafsson K., Dallner M. Sick But Yet at Work. An Empirical Study of Sickness Presenteeism. *J Epidemiol Community Health*. 2000. Vol. 54. P. 502-509. URL : <https://jech.bmj.com/content/54/7/502>

40. Malinska M. Prezen-teizm – zjawisko nieefektywnej obecności w pracy. *Med. Pr.* 2013. Vol. 64(3). P. 439-447. <http://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0037>

41. Suzuki T., Miyaki K., Song Yi., Tsutsumi A., Kawakami N., Shimazu A., Takahashi M., Inoue A., Kurioka S. Relationship between sickness presenteeism (WHO-HPQ) with depression and sickness absence due to mental disease in a cohort of Japanese workers. *Journal of Affective Disorders*. 2015. Vol. 180 (15). P. 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.034>

42. Lohaus D., Ruser F. Millennials: Sickness Presenteeism and its Correlates: a Cross-Sectional Online Survey. *BMJ Open*. 2019. Vol. 30. Issue 9 (7). P. 1-11. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026885>

43. Kleinman A. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Soc. Sci. & Med.* 1978. Vol. 12. P. 85-93. URL : https://www.academia.edu/37185922/CONCEPTS_AND_A_MODEL_FOR_THECOMPARISON_OF_MEDICAL_SYSTEMS_AS_CULTURAL_SYSTEMS

44. Susser M. Disease, Illness, Sickness; Impairment, Disability and handicap. *Psychological Medicine*. 1990. Vol. 20(3). P. 471-473.

<https://doi.org/10.1017/S0033291700016974>

45. Mulrow C.D., Gerety M.B., Cornell J.E., Lawrence V.A., Kanten D.N. The Relationship Between Disease and Function and Perceived Health in Very Frail Elders. *J Am Geriatr Soc.* 1994. Vol. 42 (4). P. 374-380. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1994.tb07484.x>. PMID: 8144821

REFERENCES

1. Yew Vivien W.C. and Noor A. M. Anthropological Inquiry of Disease, Illness and Sickness. *J. Social Sciences and Humanities.* 2014 ; 2 (9) : 116-124. URL : <https://core.ac.uk/download/pdf/33344837.pdf>

2. Nordby H. Medical Explanations and Lay Conceptions of Disease and Illness in Doctor-Patient Interaction. *Theor Med Bioeth.* 2008 ; 29 : 357-370. <https://doi.org/10.1007/s11017-008-9080-2>

3. Van den Bergh O., <https://onlinelibrary.wiley.com/action/doSearch?Contrib-AuthorRaw=Winters%2C+Win> nie Devriese St. and van Diest I. Learning Subjective Health Complaints. *Scand. J. of Psychology.* 2002 ; 43 (2) : 147-152. DOI: 10.1111/1467-9450.00280

4. Gourbin C. and Wunsch G. From Prevention to Cure Which Policies for Primary Care? *Bulletin de la Classe des lettres et des sciences morales et politiques.* 2005 ; 16 (1-6) : 99-109. URL : https://www.persee.fr/doc/barb_0001-4133_2005_num_16_1_23700

5. Nordenfelt L. The Concepts of Health and Illness Revisited. *Med Health Care Philos.* 2007 ; 10 : 5-10. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9017-3>.

6. Kocot E. Jak mierzymy zdrowie? Zarys historii i metody pomiaru. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.* 2015 ; 13 (4) : 304-315. URL : www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie (in Polish)

7. Waller G. Self-Rated Health in General Practice: A Plea for Subjectivity. *British Journal of General Practice.*

2015 ; 65 (632) : 110-111.

<https://bjgp.org/content/65/632/110>

8. Boyd K.M. Disease, Illness, Sickness, Health, Healing and Wholeness: Exploring Some Elusive Concepts. *Med Humanit.* 2000 ; 26 : 9-17. URL : <https://bjgp.org/content/65/632/110>

9. Wills J. and Naidoo J. Foundations for Health Promotion. Elsevier ; 2016 : 340 p. URL : <https://www.elsevier.com/books/foundations-for-health-promotion/naidoo/978-0-7020-5442-6>

10. Cho J., Martin P., Margrett J., MacDonald M. and Poon L.W. The Relationship Between Physical Health and Psychological Well-Being Among Oldest-Old Adults. *Journal of Aging Research.* 2011. 605041. <https://doi.org/10.4061/2011/605041>.

11. Wel K., Dahl E. and Thielen K. Social Inequalities in «Sickness»: Does Welfare State Regime Type Make a Difference? A Multilevel Analysis of Men and Women in 26 European Countries. *International Journal of Health Services.* 2012 ; 42 (2) : 235-255. <https://doi.org/10.2190/HS.42.2.f>

12. Monden C. Subjective Health and Subjective Well-Being. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research.* Ed. by Michalos A.C. Springer, Dordrecht ; 2014. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_3957

13. Bennett K.M. Social Engagement as a Longitudinal Predictor of Objective and Subjective Health. *Eur J Aging.* 2005 ; 2 (1) : 48-55. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5547672/>

14. Viljanen A., Salminen M., Irjala K. et al. Subjective and Objective Health Predicting Mortality and Institutionalization: an 18-Years Population-Based Follow-Up Study Among Community-Dwelling Finnish Older Adults. *BMC Geriatr.* 2021 ; 21 : 358.

15. Pinquart M. Correlates of Subjective Health in Older Adults: A Meta-Analysis. *Psy-*

chology and Aging. 2021 ; 16 (3) : 414-426. URL : <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.3.414>

16. Forward S. State of the Art Report on Life Quality Assessment in the Field of Transport and Mobility. Swedish National Road and Transport Research Institute. Linköping; 2003. URL : <https://www.academia.edu/7421178/>

17. Johnston D.W., Michae C.P. and Shields A. Comparing Subjective and Objective Measures of Health: Evidence from Hypertension for the Income/Health Gradient. Institute for the Study of Labor. 2007 ; № 2737 : 34 p. URL : <https://ftp.iza.org/dp2737.pdf>

18. Araújo L., Teixeira L., Ribeiro O. and Pał C. Objective vs. Subjective Health in Very Advanced Ages: Looking for Discordance in Centenarians. *Front Med (Lausanne).* 2018 ; 5 : 189. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028557/citedby/>

19. Eisenberg L. Disease and Illness Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Cult Med Psych.* 1977 ; 1 : 9-23. <https://doi.org/10.1007/BF00114808>

20. Marinker M. Why Make People Patients? *Journal of Medical Ethics.* 1975 ; 1 (2) : 81-84. URL : <https://jme.bmj.com/content/medethics/1/2/81.full.pdf>

21. Wikman A., Marklund S. and Alexanderson K. Illness, Disease, and Sickness Absence: an Empirical Test of Differences Between Concepts of Ill Health. *J Epidemiol Community Health.* 2005 ; 59 (6) : 450-454 URL : <http://europepmc.org/backend/ptpm-render.fcgi?accid=PMC1757037&blobtype=pdf>

22. Fotso J. C. and Kuate-Defo B. Measuring Socioeconomic Status in Health Research in Developing Countries: Should We Be Focusing on Households, Communities or Both? *Social Indicators Research.* 2005 ; 72 : 189-237.

<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-004-5579-8>

23. Wahl H. W. The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age. Integrating Epidemiological, Psychological and Social Perspectives. Berlin ; 2006. <http://dx.doi.org/10.1007/1-4020-4138-1>
24. Szaflarski M. and Cubbins L.A. Self-Reported Health in Poland and the United States: A Comparative Analysis of Demographic, Family and Socioeconomic Influences. *Health*. 2004; 8(1) : 5-31. <https://doi.org/10.1177/1363459304038793>
25. Ahmad K., Jafar Th. and Chaturvedi N. Self-Rated Health in Pakistan: Results of a National Health Survey. *BMC Public Health*. 2005 ; 5 : 51. URL : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-5-51>
26. Eriksson I., Undén A.-L. and Elofsson S. Self-Rated Health. Comparisons Between Three Different Measures. Results from A Population Study. *International Journal of Epidemiology*. 2001 ; 30 (2) : 326-333.
27. van Dijk A., McGrath P.A., Pickett W. and van den Kerkhof E.G. Pain and Self-Reported Health in Canadian Children. *Pain Res Manag*. 2008; 13 (5) : 407-411.
28. Pietiläinen O., Laaksonen M., Rauhonen O. and Lahelma E. Self-Rated Health as a Predictor of Disability Retirement – the Contribution of Ill-Health and Working Conditions. *Scand J Work Environ Health*. 2011 ; 37 (6) : 464-472.
29. Akdeniz E. and Kocoğlu Tanyer D. Alt1nc1 S1n1f Öğrencilerinin Öz Bildirime Dayal Sağl1k Düzeyleri İçin Bir Belirleyici: Aile Sağl1k Özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Dergisi*. 2020 ; 7(1) : 31-40. URL : <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hun-hemsire/issue/53217/715054>
30. Porta M. and Last J. A Dictionary of Public Health. New York : Oxford University Press ; 2018.
31. Shattuck E. and Muehlenbein M. Human Sickness Behavior: Ultimate and Proximate Explanations. *Am J Phys Anthropol*. 2015 ; 157 (1) : 1-18 URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25639499/>
32. Rademacher L., Las-selin J., Karshikoff B., Hundt J.E., Engler H., Lange T. The Different Faces of Sickness. *Front. Psychiatry*. 2021 ; 12. URL : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.735337/full>
33. Parsons T. The Social System. Taylor & Francis e-Library ; 2005. URL : <https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf>
34. Hofmann B. On the Triad Disease, Illness and Sickness. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 2002 ; 27 (6) : 651-673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>
35. Hofmann B. Disease, Illness, and Sickness. The Routledge Companion to Philosophy of Medicine. 2016 ; 2 : 16-26. URL : <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315720739.ch2>
36. Seidlein A., Salloch S. Illness and Disease: an Empirical-Ethical Viewpoint. *BMC Med Ethics*. 2019 ; 20 (5) : 1-10. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6327539/>
37. Lund Th., Christensen K., Vaez M., Labriola M., Josephson M., Villadsen E. and Voss M. Differences in Sickness Absence in Sweden and Denmark: the Cross National HAKNAK Study. *European Journal of Public Health*. 2009 ; 19 (3) : 343-349. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn128>
38. Jonsson R., Dellve L. and Halleröd B. Work Despite Poor Health? A 14-Years Follow-up of How Individual Work Accommodations Are Extending the Time to Retirement for Workers with Poor Health Conditions. *SSM – Population Health*. 2019 ; 9. URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827319301831>
39. Aronsson G., Gustafsson K. and Dallner M. Sick But Yet at Work. An Empirical Study of Sickness Presenteeism. *J Epidemiol Community Health*. 2000 ; 54 : 502-509. URL : <https://jech.bmj.com/content/54/7/502>
40. Malinska M. Prezen-teizm – zjawisko nieefektywnej obecności w pracy. *Med. Pr.* 2013 ; 64(3) : 439-447. <http://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0037>
41. Suzuki T., Miyaki K., Song Yi., Tsutsumi A., Kawakami N., Shimazu A. et al. Relationship Between Sickness Presenteeism (WHO-HPQ) with Depression and Sickness Absence Due to Mental Disease in a Cohort of Japanese Workers. *Journal of Affective Disorders*. 2015 ; 180(15) : 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.034>
42. Lohaus D. and Rüsser F. Millennials: Sickness Presenteeism and its Correlates: a Cross-Sectional Online Survey. *BMJ Open*. 2019 ; 30 ; Issue 9(7) : 1-11. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026885>
43. Kleinman A. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Soc. Sci. & Med.* 1978 ; 12 : 85-93. URL : https://www.academia.edu/37185922/CONCEPTS_AND_A_MODEL_FOR_THECOMPARISON_OF_MEDICAL_SYSTEMS_AS_CULTURAL_SYSTEMS
44. Susser M. Disease, Illness, Sickness; Impairment, Disability and handicap. *Psychological Medicine*. 1990 ; 20(3) : 471-473. <https://doi.org/10.1017/S0033291700016974>
45. Mulrow C.D., Gerty M.B., Cornell J.E., Lawrence V.A. and Kanten D.N. The Relationship Between Disease and Function and Perceived Health in Very Frail Elders. *J Am Geriatr Soc*. 1994 ; 42(4) : 374-380. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1994.tb07484.x>. PMID: 8144821

Надійшло до редакції 02.05.2022