

ресовано“, дори арогантно. От влошено отношение към пациентите, особено в болниците, се оплакват и много българи и турци. Колкото по-ниско е образованието на пациента и колкото по-малко той е имал възможност да работи постоянно извън квартала, т.е. колкото по-малък опит има в безличностните отношения между човека и институциите в модерното общество, толкова по-голяма е вероятността „общуването“ с лекаря да се приеме като неудовлетворително в личен план. Възможно е лекарите да проявяват повече нетърпение при снемане на диагнозата от хора с ниско образование, което увеличава напрежението в контактите между пациент и медицинско лице. В западните общества този проблем е смекчен от грижите и вниманието, които болният получава от медицинската сестра и евентуално от психолога в болницата или диагностичния център. При българските условия на остър недостиг на среден медицински персонал и на липса на клинични психолози най-честият резултат е напрежение между лекарите и пациентите, което в острите случаи може да прерасне в конфликт.

Програмата за детските имунизации

До 1989 г. България имаше много добре изградена и функционираща система за имунизация на всички деца. Още от първите години на преход към пазарна икономика проблемите със здравната профилактика се изостриха. Един от постоянно дискутираните проблеми е бързото нарастване на дела на неимунизирани ромски деца. През 90-те години на XX в., както и през първите години на XXI в., в някои ромски махали имаше случаи на полиомиелит и дифтерит – заболявания, които българското общество считаше за останали в миналото. Причината бе, че голяма част от ромските деца не бяха имунизирани. По данни на Томова (1995) в средата на 90-те години около 18% от ромските домакинства децата не са били имунизирани. По данни на „ФАКТ Маркетинг“ за 2002 г. едва при 68% от ромските домакинства всички имунизации на децата са направени, при 27% са направени част от имунизациите, а 5% от децата изобщо не са имунизирани (ФАКТ Маркетинг, 2003).