

На правах рукописи

ВЛАСОВА Марина Васильевна

**РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ:
МИКРОИНСТИТУЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

Специальность 22.00.04. — Социальная структура,
социальные институты и процессы

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени кандидата
социологических наук

Саратов 2004

Диссертация выполнена в Саратовском государственном техническом университете

Научный руководитель - кандидат философских наук, доцент
Олег Николаевич Ежов

Официальные оппоненты - доктор социологических наук, профессор
Павел Сергеевич Кузнецов

кандидат социологических наук, доцент
Лариса Владимировна Константинова

Ведущая организация - Волгоградский государственный медицинский университет

Защита состоится « 16 » сентября 2004 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.242.03. при Саратовском государственном техническом университете по адресу: 410054, г. Саратов, ул. Политехническая, 77, Саратовский государственный технический университет, корп. 1, аудитория 319.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-технической библиотеке Саратовского государственного технического университета.

Автореферат разослан « 2 » августа 2004 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета



В.В. Печенкин

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Социологический анализ институциализации реформы здравоохранения в России является актуальной задачей, так как в новых экономических условиях требуется изменение не только организационного механизма, но и социальной составляющей института охраны здоровья. Если его правовые и финансово-организационные основы можно трансформировать волевым путем относительно быстро, то таким же образом невозможно изменить социальные установки, детерминирующие отношение населения к ценности здоровья и определяющие характер социального взаимодействия в процессе лечения.

Исследование эволюции социального взаимодействия в области здоровья и процессов реформирования систем здравоохранения позволяет установить базовые установки, выражающие институциональные образцы и нормативные императивы, определяющие отношения людей в этой сфере общества.

В настоящее время происходят принципиальные изменения в структуре населения. Резко обозначилась поляризация его слоев, социальных групп, исключающая возможность однообразного подхода к организации медицинского обслуживания.

В процессе реформы здравоохранения изменения происходят не только на макроинституциональном уровне, но и на микроинституциональном уровне, реализующем изменения в моделях и практиках общения. Здесь важным и актуальным является фиксация диссоциации коммуникативных связей в системе «врач-пациент» как следствия изменения социокультурной составляющей профессиональной врачебной деятельности.

Без решения институциональных проблем, возникающих в процессе реформы здравоохранения России, социальная политика государства в этом вопросе не будет иметь успеха, так как предлагаемые механизмы ориентированы на новые ценностно-институциональные образцы поведения, которые присущи далеко не всем группам населения. Анализ процесса коммуникации на микроинституциональном уровне предполагает возможность формирования адекватных новым условиям индивидуальных стратегий сохранения здоровья. Все это позволяет решить проблему нормативной кодификации отношений «врач — пациент» с учетом развивающегося процесса реформы здравоохранения в России, в рамках которого институциональные аспекты могут быть фактором ускорения или замедления решения проблем.

Степень разработанности- проблемы. Уже у классиков социологии большой интерес вызывала проблема влияния общественного строя на состояния здоровья, болезни и смертность в разных социальных группах.

В своих теориях индустриализации и социальных изменений К. Маркс, Э. Дюркгейм и М. Вебер непосредственно не обсуждали здоровье и болезнь. Они не рассматривали здравоохранение как социальную практику и не анализировали социальную роль пациента, как это будут делать социологи медицины в XX в. Тем не менее К. Маркса, М. Вебера и Э. Дюркгейма интересовала взаимосвязь между социальным состоянием.

В современной социологии представления о возможности социального согласия использовались одним из основателей социологии медицины Т. Парсонсом в его модели социальной системы. Т. Парсонс выполнил крупные эмпирические исследования роли представителей медицинской профессии в обществе. В частности, он исследовал взаимоотношения между врачами и их пациентами, а полученные результаты были использованы при построении теории социальной системы.

Данной традиции рассмотрения общесоциальных проблем в целом и проблем социологии медицины в частности, противостоит теория конфликта, берущая свое начало с работ К. Маркса и Г. Зиммеля, а ныне представленная трудаами Р. Дарендорфа и Л. Козера.

Несмотря на расхождения в понимании функций конфликта в обществе теории конфликта ставят под сомнение всю интерпретацию медицины и здравоохранения как социально обусловленных и полезных видов деятельности, а марксистская критика, например, подчеркивает взаимосвязь между капитализмом и неудовлетворительным здоровьем. Не обязательно может приниматься допущение о том, что медицина контролирует границы болезни при социальном согласии, поэтому определение медицины как милосердного и оказывающего поддержку социального института ставится под сомнение.

Интеракционизм представляет собой одну из наиболее актуальных и существенных медико-социологических попыток изучения действий индивида, связанных со здоровьем и работой на благо здоровья. Интеракционизм связан с трудами Г. Беккера и его коллег. Работы Дж. Мида и Ч. Кули сыграли важную роль в формулировке некоторых центральных интеракционистских понятий.

В области здравоохранения продуктивным оказался подход, связанный с изучением социокультурных правил взаимодействия.

Интерес Э. Гоффмана к внешней структуре взаимодействия, например, ритуалам и формальностям, получил дальнейшее развитие в области здоровья в 70-е годы XX в. в исследовании П. Стронга, посвященном педиатрической клинике. Он главное внимание уделил не эмоциям, мнениям или ощущениям родителей и врачей, а церемониям, в которых они принимают участие, и ритуалам, которые они совершают при проведении консультации.

Важно подчеркнуть, что в церемониальном порядке здравоохранения усматривается институциональность, установление природы которой и выступает предметом интеракционистской методологии. В качестве примеров ее применения можно привести массив работ А. Стросса и его коллег, построенных на углубленных интервью, проводившихся для изучения взаимодействия, которое имеет место в условиях хронической болезни. Изучению ведения переговоров отводится главная роль также в классической работе Д. Рота, посвященной изучению графиков, построенных для описания течения заболевания у больных туберкулезом.

Результаты, полученные в ходе социокультурного анализа проблем здравоохранения, подтверждают основные постулаты интеракционистского подхода. Как для людей вообще, для пациентов очень важна их моральная репутация, что является главным аспектом тождественности самому себе. Следовательно,

законность и тождественность самому себе формируются главным образом на основе реакции других на собственное «я». Это было показано в ряде исследований хронических болезней на основе углубленных интервью. Например, М. Kelly описывает конфликт между недоступным для других собственным «я» (внутренним и недоступным для других) и открытой для других индивидуальностью («познаваемые другими внешние качества человека»).

Интеракционистский подход в анализе институциональной природы взаимодействия в здравоохранении, несмотря на свою долгую историю остается ведущим. Даже такие современные достижения социологии и социологии медицины, как феминизм, социальный конструктивизм и постмодернизм, в определенной степени базируются на интеракционизме.

Таким образом, все основные направления в социологии проявили достаточный интерес к проблемам социального взаимодействия в медицине, что подчеркивает ее важность как объекта исследования социальных наук. Следует отметить, что и отечественная наука не осталась в стороне от этого процесса.

Неоспорима плодотворность исследований в области теории и методологии социальной медицины В.П. Казначеева, Р.С. Карпинской, Ю.П. Лисицына, А.Г. Щедриной, труды которых содержат вопросы, затрагивающие проблему определения категории здоровья. На роль социальных факторов при анализе здоровья указывают в своих работах И.В. Журавлева, Н.М. Мартынова, М.А. Садовой, Н.Г. Фомичев. Социоантропологические аспекты здоровья обсуждаются в работах А.И. Изуткина, С.А. Никольского. Проблеме социального здоровья посвящены работы М.С. Бедного, С.А. Беличевой, И.В. Зимней, В.К. Овчарова, В.Н. Ярской. Социологические аспекты феномена здоровья затрагивают такие авторы, как А.М. Изуткин, В.П. Петленко, Г.И. Царегородцев.

Проблемами реформирования отечественной системы здравоохранения в контексте рыночных отношений занимаются А.И. Вялков, В.В. Гришин, Р.А. Галкин, В.И. Шевский. Вопросам внедрения страховой медицины и ее финансирования посвящены работы В.П. Корчагина, Ю.В. Михайлова, В.Ю. Семенова, В.И. Стародубова, А.В. Тюлюкова, И.М. Шеймана. Социальные проблемы, возникающие в процессе реформы здравоохранения, рассматриваются в работах Н.Ф. Герасименко, Н.В. Дмитриевой, Н.А. Кравченко, К.К. Кузьмина, Р.В. Коротких, В.З. Кучеренко, Ю.П. Лисицына, А.В. Решетникова, О.П. Щепина. Медико-социальные труды И.А. Захарова, Е.А. Мавриной позволили вскрыть основные социальные противоречия российского здравоохранения.

Цель исследования. Цель диссертационной работы заключается в выявлении модели социального взаимодействия врача и пациента на микроинституциональном уровне в системе здравоохранения России.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих исследовательских задач:

- осуществить социологический анализ социального взаимодействия в медицинской практике;
- проанализировать нормативные формы взаимоотношений «врач-пациент»;
- рассмотреть типы патерналистских отношений на микроинституциональ-

ном уровне в современной российской системе здравоохранения;

• установить тенденции изменения процесса коммуникации в практике отечественной медицины;

• проанализировать социальные установки межличностного общения врача и пациента.

Объектом исследования является социальное взаимодействие в системе "врач-пациент" на микроинституциональном уровне.

Предметом исследования выступает диссоциация коммуникативных связей в процессе социального взаимодействия "врач-пациент" как следствие изменения социальной составляющей профессиональной врачебной деятельности.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в следующем:

- установлено, что социальное взаимодействие в медицине порождает форму социального порядка - медико-социальную структуру общества, в рамках которой осуществляется производство здоровья, и последнее может быть представлено как институт и социальный процесс, определяющие коммуникацию врач-пациент;

- доказано, что в процессе взаимодействия складываются модели взаимоотношений врача и пациента, которые затем кодифицируются, превращаясь в формы социального контроля;

- раскрыты особенности процесса коммуникации в системе «врач-пациент», свидетельствующие о редуцировании навыков коммуникации и отношений партнерства под влиянием социокультурных изменений постиндустриального общества;

- по-новому представлены типы патернализма в медицинской практике на основе властно-мистической, морально-рационалистической, эмоционально-харизматической и конвенциально-институциализированной моделях взаимодействия;

- определены социальные установки врачей и пациентов в процессе межличностного общения, которые поддерживают патернализм и снижают заинтересованность в реформе здравоохранения.

Теоретической и методологической базой исследования являются институциональный подход в лице Т. Веблена, Ч.Р. Миллса, Я. Щепаньского; структурно-функциональный подход, представленный Т. Парсонсом; теории конфликта, разработанные Р. Дарендорфом и Л. Козером. Ведущей теоретической перспективой выступает интеракционистский подход Э. Гофмана, Ч. Кули, Дж. Мида, продолженный в сфере медицинской практики М. Келли, Д. Ротом, П. Стронгом и А. Строссом. Принципиально важные положения содержатся в трудах по методологии социальной медицины В.П. Казначеева, Ю.П. Лисицына, Г.И. Царегородцева, Е.В. Черносвитова. Использованы идеи из работ посвященных феномену патернализма (Ю.Н. Лапыгина, В.В. Радаева, П.В. Романова, Я.Л. Эйдельмана). Следует отметить подходы, развивающиеся в рамках исследований, посвященных реформе здравоохранения в России (Н.Ф. Герасимов, 2003).

менко, Н.В. Дмитриева, А.В. Решетников, А.В. Тюлюков, И.М. Шейман, И.А. Захаров, Е.А. Маврина).

Эмпирическую базу исследования составили данные, полученные в результате анкетирования и полуформализованного интервью врачей-специалистов оперирующего и терапевтического профиля и пациентов в стационарах и поликлиниках города Саратова. Изучалось их мнение о наиболее существенных, на их взгляд, паттернах процесса коммуникации в системе «врач-пациент».

Объем выборки: врачей - 250, пациентов - 600. Выборка случайная, многоступенчатая.

Социологическое исследование проводилось в следующих лечебных учреждениях: Саратовская областная больница, 2-я клиническая больница г. Саратова, 3-я клиническая больница г. Саратова, 1-я поликлиника г. Саратова, 7-я поликлиника г. Саратова, 9-я поликлиника г. Саратова, 11-я поликлиника г. Саратова.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в экспликации моделей социального взаимодействия в медицинской практике, которые в процессе исторического развития определяют формы взаимоотношения врача и пациента. Вкладом в теорию является авторская типология патерналистских отношений в медицине и микроинституциональный анализ социального взаимодействия врача и больного в условиях реформирования системы здравоохранения.

Теоретические положения диссертационной работы и эмпирические данные могут быть использованы в учебных курсах по социальной политике, социологии медицины, при разработке государственных программ по реализации реформы здравоохранения. Применение разработанной коммуникативно-мотивационной модели анкет для врачей и пациентов позволит практическому здравоохранению выявлять и нивелировать негативные паттерны межличностных отношений в системе "врач-пациент" для оптимизации лечебно-диагностического процесса.

Положения, выносимые на защиту:

1. Все большее внимание наряду с познанием природы болезней уделяется здоровью как основополагающей ценности и комплексу социально-экономических факторов, повышающих жизнеспособность и долголетие человека. Это вызывает необходимость переориентации здравоохранения с биомедицинской модели здоровья, вызывающей сомнения в ее медико-социальной эффективности, на социально-медицинскую, в которой охрана здоровья рассматривается как функция общественного производства. В этом случае медицинская практика представляет собой институциализированную разновидность социального взаимодействия по поводу терминальной ценности жизни — здоровья. Взаимодействие порождает форму социального порядка - медико-социальную структуру общества, в рамках которой осуществляется производство здоровья. Последнее может быть представлено как институт, что предусматривает анализ форм социального контроля, определяющих модели взаимоотношений и управления, и как специфический (биологический в своей основе)

социальный процесс, определяющий коммуникацию в системе «врач-пациент».

2. Практика древнего врачевания имела манипулятивный характер, и на этой основе формируется базовая форма взаимоотношений врача и пациента — патернализм, основанный на «властно-мистической модели» социального взаимодействия. Для нее характерно доминирование прямого подчинения больного, а так же вручение себя, когда объектом манипуляции выступает бессознательное. Такой тип патернализма может быть назван «патернализмом власти». В модели Гиппократа властная составляющая заменяется нормативной кодификацией и публичной легитимизацией ценностей морального сознания врача, призванных обеспечить отношения доверия в процессе лечения. Такая модель социального взаимодействия может быть названа «морально-рационалистической», и она меняет вектор манипуляции с бессознательного к сверх-сознанию. Этот тип взаимоотношений может быть назван «патернализмом морали». «Модель Парацельса» учитывает эмоционально-психические особенности личности, глубину ее душевно-духовых контактов с врачом. В ее основе «эмоционально-харизматическое» взаимодействие и установка «вручения себя», когда объектом манипуляции является сверхсознание. Данная модель взаимоотношений может быть названа «религиозным патернализмом». В эпоху десакрализации складывается «модель Фрейда», имеющая «суггестивно-сексуальный» характер. Божественная любовь заменяется либидо, манипуляция вновь направлена на бессознательное, но власть врача над больным сохраняется, хотя и как влияние, а не прямое подчинение. Такая форма патернализма может быть названа «либидиозной». В настоящее время остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Оно оформляется в ряд новых моделей взаимодействия врача и пациента. Среди них — информационная, совещательная, интерпретационная, каждая из которых является своеобразной формой защиты прав человека. Обобщая, все эти модели можно свести к одной — «конвенциально-институциализированной», основанной больше на диалоге, чем на манипуляции. Можно выделить две формы современного патернализма: «государственный», так как государство участвует соглашении пациента с лечебным учреждением, и «патернализм знания», основанный на власти специалиста, но данный тип отношений аппелирует к сознанию пациента и уравновешивается индивидуалистическими ценностями и экономическим характером обмена, вводящими в план взаимоотношений врача и пациента модель «продавец-покупатель», характерную для рыночного общества и исключающую патернализм.

3. Переход к «конвенциально-институциализированной» модели взаимоотношений врача и пациента на микроинституциональном уровне взаимодействия в процессе медицинской практики сопровождался макроинституциональными изменениями системы здравоохранения, которая в современном обществе регулируется не столько моральными императивами, сколько финансово-правовыми механизмами, обусловившими трансформацию институциональных ценностей патернализма в сторону ценностей индивидуализма, основанных на договорных отношениях и экономическом обмене, что является характерным

для гражданского общества с развитой рыночной экономикой.

4. На фоне социокультурных изменений российского общества в течение всего XX в. произошло редуцирование навыков коммуникации врача и пациента к уровню инструментального взаимодействия. Разрушение государственного патернализма и переход к рыночным отношениям в медицине усилили диссоциацию коммуникативных связей. Исчезло партнерство врача и пациента в процессе создания общего смысла взаимодействия в результате устраниния государства как авторитетного посредника. В настоящее время межличностные отношения врача и пациента определяются разрывом социальных связей и изменением отношения врача к своей профессии в результате технократизации медицины и элиминирования сострадания из критериев профессионализма. Однако поведение врача с точки зрения его сущностных устремлений и социальной роли должно мотивироваться интересами и благом пациента. Человеколюбие является не только основополагающим критерием выбора профессии, но и непосредственно влияет на эффективность врачебной деятельности, что поднимает вопрос о сопряжении в модели социального взаимодействия врача и пациента моральных и экономических стимулов.

5. На микроинституциональном уровне врач и пациент нередко обнаруживают различие в социальных установках, приводящее к конфликту взаимных экспекций, из-за внесение в отечественную систему здравоохранения элементов рыночных отношений, которые дополнили характеристики взаимоотношений врача и пациента такими понятиями, как производитель и потребитель медицинских услуг. Таким образом, морально-этические взаимоотношения врача и пациента наполнились правовыми отношениями производителя и потребителя. Степень соотношения комплекса характеристик этих качественно новых взаимоотношений определена таким образом, что позволяет, с одной стороны, превозносить роль рыночных взаимоотношений врача и пациента, с другой - приНИЖАТЬ ту сторону взаимоотношений, в которых не присутствует элемент социальной целесообразности.

Данные исследования процесса коммуникации в системе «врач-пациент» свидетельствуют, что на микроинституциональном уровне взаимодействия существует амбивалентность социальных установок по отношению к реформе здравоохранения. Респонденты, высказывая положительные суждения о рыночных отношениях, в большинстве своем ратуют за сохранение патерналистской модели с позиций морального сознания, причем врачи демонстрируют большую приверженность им, чем пациенты. Врачей больше устраивает сохранение статус-кво, и в этом они опираются на значительную часть пациентов. Но пациенты все же больше заинтересованы в реформе здравоохранения, уповая на профессионализм врачей и четко регламентированное оказание услуг. Их заинтересованность сдерживается экономической несостоятельностью. Существует асимметрия аттитюдов врачей и пациентов по поводу факторов коммуникации: материальное положение, социальный статус, пол, возраст, национальная и религиозная принадлежность. Это свидетельствует о том, что кроме внешнеинституциональных изменений требуется Бнуриинституциональная трансформация,

предполагающая организационно-нормативную перестройку системы здравоохранения. Условия деятельности врачей представляют собой почву для патернализма в его худших проявлениях. Таким образом, существующая сейчас в системе здравоохранения России модель социального взаимодействия врача и пациента характеризуется противоречием патерналистских и индивидуалистических установок. Выход из этой ситуации видится в том, чтобы изменить не только общие социально-экономические условия, но и модель межличностной коммуникации, формирующей патерналистские отношения, которые в противном случае будут воспроизводиться в кризисном обществе.

Апробация работы. Теоретические положения, методологические подходы, практические результаты, предложения и рекомендации, содержащиеся в диссертации, излагались в выступлениях на научных конференциях проходивших в 2001-2003 годах в Саратовском медицинском университете и ряде регионов Российской Федерации, в том числе «Здоровье населения, политика и технология развития здравоохранения» (16-17 апреля 2003г.), «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности» (16 мая 2003г.), «Государственная медицина России: история и современность» (ноябрь 2001г.), «Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения» (апрель 2002г.), а также в 3-х публикациях.

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 2 авторских статьи общим объемом 12. п.л., 1 коллективная монография, личный вклад автора 5.0 п.л.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, двух глав (четырех параграфов), заключения, списка использованной литературы, приложения.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность темы исследования, анализируется степень ее научной разработанности, формулируется цель и задачи, объект и предмет, характеризуется его теоретико-методологическая и эмпирическая база, формулируются положения, составляющие научную новизну диссертационной работы и ее практическое значение.

В первой главе **«Социальное взаимодействие в сфере здравоохранения»** рассмотрены основные социологические подходы к анализу социального взаимодействия в медицинской практике. Описаны модели взаимоотношений врача и пациента и показана их историческая эволюция.

В первом параграфе **«Социологический анализ медицинской практики»** обосновывается необходимость перехода от биомедицинской модели здоровья к социально-медицинской, которая предполагает развитие социологических подходов к здравоохранению.

Показано, что теории согласия исходят из представления о том, что медицина обслуживает все общество, следовательно, медицинская система является типичным социальным договором. Продолжением этих взглядов является теория социального действия, которая стремится объяснить социальное действие, прежде всего на основе понимания ценностей индивидов как действующих

лиц. Теории конфликтов ставят под сомнение допущение о согласии, утверждая, что, если сохраняется общественный строй, то он существует благодаря тому, что господствующие социальные группы убедили более слабые группы или заставили их путем принуждения признать свое подчиненное положение и неравноправие в обществе. Несмотря на расхождения в понимании функций конфликта в обществе, теории конфликта ставят под сомнение всю интерпретацию медицины и здравоохранения как социально обусловленных и полезных видов деятельности, указывая на монополизм врачей в вопросе определения здоровья и болезни.

Полномочия врачей по постановке диагноза и наименованию болезни обозначается интеракционизмом, выступающим в качестве важного вида власти, которую общество должно уметь контролировать. Интеракционистская методология включает в свой предмет не индивидов самих по себе, напротив, они становятся предметом исследования потому, что только через поведение индивида можно наблюдать характер и работу социальных институтов и структур, которые мы создаем для самих себя.

Таким образом, показано, что медицинская практика представляет собой институциализированную разновидность социального взаимодействия, в рамках которого осуществляется производство здоровья. Последнее может быть представлено как институт, что предусматривает анализ форм социального контроля, определяющих модели взаимоотношений и управления, и как социальный процесс, определяющий коммуникацию в системе «врач-пациент».

Во втором параграфе «Нормативная кодификация взаимоотношений «врач-пациент»» анализируются этические нормы медицины, выступающие формами социального контроля и власти в сфере здравоохранения. Показано, что возникновение той или иной формы профессиональной морали является результатом взаимодействия определенных форм реальной практической деятельности и ее идеальных регуляторов. В процессе исторического развития происходило разрушение тесной взаимосвязи между моральными обязательствами, нравственными ценностями врача и непосредственно медицинской практикой. Это привело к трансформации базовой формы взаимоотношений врача и пациента - патернализма, под которым понимаются отношения, характеризующиеся приматом коллектива над индивидом, жесткой внутренней иерархией, подчас подкрепленной харизмой властующей личности, немонетарными формами отношений.

Согласно проведенной авторской типологии моделей взаимодействия в медицине определены формы взаимоотношений врача и пациента. Статус врача-евалья в древности предопределял изначально властно-мистическую модель социального взаимодействия. Для нее характерно доминирование прямого подчинения больного, а также вручение себя, когда объектом манипуляции выступает бессознательное. Это форма «патернализма власти». В эпоху становления рационалистического мышления исторически первыми нормами медицинской практики были моральные принципы врачевания Гиппократа. Такая модель социального взаимодействия может быть названа морально-рационалистической, и она меняет вектор манипуляции с бессознательного к сверхсознанию. Сте-

пень патернализма снижается и из «властного» он становится «моральным», при котором экономическое подкрепление дополняется моральным одобрением.

В «модели Парацельса» мы имеем дело с патернализмом, основанным на «эмоционально-харизматической» модели и установке «вручения себя», когда объектом манипуляции является сверхсознание. Данная форма взаимоотношений может быть названа «религиозным патернализмом». В эпоху десакрализации складывается «модель Фрейда». Но несмотря на десакрализацию и даже вульгаризацию социального взаимодействия врач-больной у Фрейда остается значительная доля патернализма в его «суггестивно-сексуальной модели». Такая форма патернализма может быть названа «либидиозной».

В современную эпоху возникают ряд новых моделей взаимодействия врача и пациента. Среди них — информационная, совещательная, интерпретационная, каждая из которых является своеобразной формой защиты прав и достоинства человека. Все эти модели можно свести к одной - «конвенциально-институциализированной», ориентированной на ценности индивидуализма в противовес установке на патернализм, доминировавшей в социальном взаимодействии «врач-пациент» до недавнего времени. Патернализм как тип взаимоотношения врача и пациента принимает здесь скрытые формы. Выделены две формы современного патернализма: «государственный» и «патернализм знания», но данный тип отношений аппелирует к сознанию пациента и уравновешивается индивидуалистическими ценностями, вводящими в план взаимоотношений врача и пациента модель «потребитель-услугодатель», характерную для рыночного общества и исключающую патернализм.

Во второй главе «Межличностная коммуникация «врач - пациент» в системе здравоохранения России» рассмотрены социальные установки врачей и пациентов, способствующие воспроизведству патерналистских отношений и препятствующие осуществлению реформы на микроинституциональном уровне.

В третьем параграфе «Проблема коммуникации в практике отечественной медицины» показано, что разрыв межличностных связей, и частности между врачом и пациентом, обусловлен массовыми социокультурными изменениями, которыми общественно-политическая жизнь России была очень насыщена.

В работе проанализированы процессы модернизации России, начиная с периода перехода от доиндустриального уклада к индустриальному. Специфика социокультурной ситуации России определена через категорию раскола. В России расколу в течение XX века удалось овладеть обществом до его глубины, поляризовать его, превратить ценностное многообразие в конфликт ценностей, дошедший до конфликта цивилизационных типов в стране. Это отразилось и на эффективности коммуникационных процессов врача и пациента, пострадавших от разрушения традиционных ценностей. Участвуя в осуществлении политики государственного патернализма, врач, оказывая медицинскую услугу пациенту, оказывал ее по-существу не личности, а государству, сохраняя здоровье как общественную собственность. Политика патернализма обеспечивала лояльность, а значит и легитимизацию политического режима в обмен на сохранение жизни и здоровья. Но реальная практика здравоохранения под прикрытием

идеологизированных этических ценностей трансформировалась в инструмент управления массами, в результате чего личность как объект медицинского воздействия редуцировалась к организму и представлялась в межличностном взаимодействии носителем и олицетворением социальных групп, здоровье которых необходимо сохранять для осуществления важных государственных функций. Поэтому общение в медицинской практике становилось бессубъектным, инструментальным, основанным на массовом производстве и централизованном методическом обеспечении. В результате коммуникация подменялась манипулированием.

Предложено, что одним из возможных способов решения данной проблемы на межличностном уровне представляется повышение общего уровня культуры именно врача для адекватного восприятия пациента с любым интеллектуальным уровнем и социально-психологическими особенностями. Если же врач останется на позиции сомнения в ценности личности, то это станет толчком к еще большей поляризации общества.

Таким образом, на фоне социокультурных изменений российского общества в течение всего XX в. произошло редуцирование навыков коммуникации врача и пациента. Осуществление реформы здравоохранения усилило диссоциацию коммуникативных связей. Исчезло партнерство врача и пациента в процессе создания общего смысла взаимодействия в результате устраниния государства как авторитетного посредника. Оказавшись один на один, врач и пациент нередко обнаруживают разнообразие и различие в социальных установках, приводящих к конфликту взаимных экспектиров.

В четвертом параграфе **«Аттитюды межличностного общения в процессе лечения»** показано насколько тенденции макроинституционального уровня системы здравоохранения соответствуют характеру взаимодействия на микроАинституциональном уровне.

Эмпирическое исследование подтвердило, что традиционные классические отношения врача и пациента в отечественной системе здравоохранения в последнее десятилетие стали наполняться экономическими сущностями. Это в свою очередь предопределяет необходимость рассмотрения этих отношений с позиций производства и потребления медицинских услуг, то есть с позиций своеобразного обмена, присущего рыночным отношениям. Но существенная часть респондентов продолжают находиться под влиянием патерналистских установок.

Изменение отношений врач-пациент отмечают 2/3 врачей и пациентов. Доминирование экономических отношений отмечают 50% пациентов, а подавляющее большинство врачей не согласно с этим утверждением. В том, что бескорыстие должно быть у врачей главной ценностью убеждена превалирующая часть врачей и пациентов (92% и 80%). Но то, что врачи в реальности следуют клятве Гиппократа, отмечают меньшее число респондентов, причем пациенты настроены критичнее врачей (45% против 57% у врачей).

Это означает, что процесс коммуникации в системе «врач-пациент» по-прежнему находится в поле регуляции морально-этических установок, что препятствует развитию институциональной модели и приводит к поверхностному

восприятию реформы здравоохранения, акцентируя ее негативно-разрушительную сторону. Неприятие реформы усиливается осознанием участниками коммуникации рассогласования моральных императивов и реального поведения, имеющего вынужденный характер.

Все респонденты врачи отмечают значимость коммуникативных качеств в своей профессиональной деятельности -терпение, умение выслушать, желание помочь - занимают первые по рангу места в самоописании.

В то же время, пациентов больше всего интересует в личности врача его профессионализм, хотя в конкретной ситуации общения к коммуникативным навыкам предъявляют высокие требования. Пациенты (82% со средним образованием и 66% с высшим образованием) считают, что врачи мало внимания уделяют опросу. Сами врачи считают опрос пациента важнейшим источником информации (терапевты - 94,7%; хирурги - 78,1%), и подавляющее большинство указывает, что уделяют ему большое внимание. Но больше половины пациентов считают, что врач уделяет много времени заполнению документов и очень мало общению. Примерно 2/3 пациентов считают, что врач обязан предоставить полную информацию о состоянии здоровья, но 1/3 никогда не обсуждала с врачом выбор методов лечения и лекарственных средств. До 1/3 пациентов отмечают раздражительность, безразличие и торопливость врачей при общении. В то же время, врачи декларируют важность общения и необходимость информирования пациента.

Таким образом, речь идет о нормативных условиях деятельности врача, которые не затронуты реформой здравоохранения и представляют собой почву для патернализма в его худших проявлениях властного контроля.

В целом, результаты исследования показывают, что в процессе коммуникации врача и пациента на микроинституциональном уровне воспроизводятся патерналистские установки, причем врачи демонстрируют большую приверженность им, чем пациенты. Но пациенты все же больше заинтересованы в реформе здравоохранения, уповая на профессионализм врачей и четко регламентированное оказание услуг. Их заинтересованность сдерживается экономической несостоятельностью.

Показана ассиметрия аттитюдов врачей и пациентов по поводу факторов коммуникации: материальное положение, социальный статус, пол, возраст, национальная и религиозная принадлежность. Пациенты более чувствительны к ним. Условия коммуникации обусловливают негативизм со стороны пациентов. Это говорит о том, что кроме внешнеинституциональных изменений требуется организационно-нормативная перестройка системы здравоохранения. Выход из этой ситуации видится в том, чтобы изменить социально-экономические условия, формирующие патерналистские отношения, которые в противном случае будут воспроизводиться в кризисном обществе.

В заключении подведены итоги диссертационного исследования, сформулированы основные теоретические и практические выводы.

Основные результаты работы изложены в **публикациях** автора:

1. Власова М.В. Динамика изменения отношения к здоровью человека, как к социально значимой ценности в зарубежных странах // Социальная динамика

Основные результаты работы изложены в **публикациях** автора:

1. Власова М.В. Динамика изменения отношения к здоровью человека, как к социально значимой ценности в зарубежных странах // Социальная динамика общественно-экономических процессов в современной России. Саратов. Изд-во «Научная книга». 2004. (1.2 п.л.).

2. Алексеев О.А., Власова М.В. Особенности общения врача и пациента в обществе с переходной экономикой. Саратов. Изд-во «Научная книга». 2004. (9.0 п.л. /5.0 п.л.).

3. Захаров И.А., Власова М.В. Правовая культура врача и пациента как основание медицинского профессионализма. // Сб. «Проблемы городского здравоохранения» (выпуск 7). - СПбГМУ, 2002. С. 166-168. (0.1 п.л./0.05 п.л.)

04-14952

ВЛАСОВА Марина Васильевна

**РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ:
МИКРОИНСТИТУЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

АВТОРЕФЕРАТ

ответственный за выпуск
кандидат социологических наук О.А. Алексеев

Заказ № 354

Подписано к печати 26.07.04.

Объем 1,25 п . л . Т и р а ж 100 экз.

Множительный участок № 5

Лицензия №