



На правах рукописи

Дмитриева Ольга Николаевна

**КОНФЛИКТ И КОНСЕНСУС
В СОЦИАЛЬНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ
СУБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Специальность 22 00 04 – Социальная структура,
социальные институты и процессы

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

22 МАЙ 2008

Саратов 2008

Диссертация выполнена на кафедре правовой социологии и психологии
ГОУ ВПО «Саратовский юридический институт МВД России»

- Научный руководитель – доктор социологических наук, профессор
Кузнецов Андрей Геннадиевич
- Официальные оппоненты – доктор философских наук, профессор
Виноградский Валерий Георгиевич
– доктор социологических наук
Константинов Сергей Александрович
- Ведущая организация – Астраханский государственный
университет

Защита диссертации состоится « 17 » *апреля* 2008 г. в 12.00
часов на заседании диссертационного совета Д 212 242 03 при ГОУ ВПО
«Саратовский государственный технический университет» по адресу:
410054, г. Саратов, ул. Политехническая, 77, корпус 1, ауд. 319

С диссертацией можно ознакомиться в научно-технической библиоте-
ке ГОУ ВПО «Саратовский государственный технический университет»

Автореферат разослан и размещен на сайте СГТУ « 14 » *марта* 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



В.В. Печенкин

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Всестороннее изучение социального взаимодействия сложной общественной системы, находящейся в процессе трансформации, является одной из приоритетных задач социологической науки. В современный период развития российского общества, отмеченный процессами сложного качественного роста, когда принципиально меняются механизмы его устройства и функционирования, правомерно ожидать повышенного внимания социологии к теоретическим и практическим проблемам социального взаимодействия, в том числе в рамках системы здравоохранения, механизмам и факторам ее институциональных изменений.

Теоретический вектор исследования обусловлен трансформацией моделей постановки и решения проблем в социальной сфере на уровне государства и общества. Ставятся цели и задачи инновационного социального развития, формируются новые параметры общественного консенсуса, изменяются акценты и принципы социальной политики. Основная проблематика касается профилактики социального риска, адресной социальной помощи, качества социальных услуг, идеологии социальной ответственности. В рамках новых подходов к социальной сфере изменяются базовые установки реформы системы здравоохранения в России, выражающие институциональные эталоны и ценностно-нормативные императивы, определяющие отношения между государством и гражданином, врачом и пациентом. Многообразие иногда противоречащих друг другу теоретических положений как основы институционализации отечественного здравоохранения нередко приводит к конфликтным ситуациям, необоснованности управленческих решений. В связи с этим обращение к новым методологическим подходам представляется весьма актуальным.

Практические проблемы социального взаимодействия врача и пациента продиктованы противоречивой социальной ситуацией, которая сложилась в результате реформирования системы здравоохранения. Проводимые реформы уже привели к серьезным изменениям в этой сфере. Трансформируются правовые и финансово-организационные механизмы, социальная составляющая института охраны здоровья применительно к условиям современного общества. В современных условиях работа специалистов здравоохранения характеризуется существенными различиями: от частной врачебной практики до службы в государственном медицинском учреждении. Декларировано, что медицинская помощь не только общедоступна, но и учитывает индивидуальные пожелания пациентов: они могут выбирать между государственной и частной клиникой, платными или бесплатными медицинскими услугами. Вместе с тем на политическом уровне признается, что поставленные задачи решены лишь частично. Сегодня российское общество характеризуется доминированием смертности над рождаемостью; ростом заболеваний, несчастных случаев; сокращением средней продолжительности

жизни. На фоне ухудшения медико-демографических показателей в стране все большее беспокойство вызывают неблагоприятные тенденции состояния здоровья практически всех возрастных групп населения. Современный этап развития здравоохранения характеризуется трансформацией парадигмальных моделей постановки и решения задач в социальной сфере на уровнях государства и общества, практиками социального реформирования института охраны здоровья, возникновением качественно новых факторов заболеваемости в условиях структурно-функциональных изменений современного общества. Все это актуализирует комплексную социологическую рефлексию указанных проблем и разработку практических рекомендаций, научно обоснованных решений, скоординированных представлений о том, какой комплекс задач необходимо решать и в какой стратегической перспективе. Важной исследовательской задачей становится социологический анализ альтернативных практик конфликта и консенсуса в процессе социального взаимодействия врача и пациента в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения в российском обществе.

Степень разработанности проблемы. Социологическая рефлексия природы социального взаимодействия берет свое начало в классических трудах М. Вебера, Э. Дюркгейма, О. Конта, Г. Спенсера, где обосновывается представление о том, что социальные процессы возникают и развиваются там, где создаются ассоциации взаимодействующих людей. Наиболее полную разработку проблема социального взаимодействия получила у Т. Парсонса, П. Сорокина, Дж. Хоманса. П. Сорокин рассматривал социологию как науку о поведении взаимодействующих людей и его результатах, Т. Парсонс определяет социальное взаимодействие в качестве концептуального конструкта, из которого складываются системы человеческих действий, Дж. Хоманс полагает, что элементарные процессы социального взаимодействия образуют основу макросоциальных структур и институтов. Эти положения наполняют эпистемологическим смыслом многообразный спектр социологических теорий, концепций, школ и направлений, для которых понятие социального взаимодействия является центральным. К ним относятся: инстинктивизм (У. Мак-Дугалл), бихевиоризм (Э. Торндайк, Дж. Б. Уотсон) и необихевиоризм (Э. Толмен, К. Холл), психологическое направление (Г. Лебон, Г. Тард), понимающая социология (Г. Зиммель), теории социального действия (Г. Олпорт, Р. Шелдон, Э. Шилз), концепции социальной стратификации (Б. Барбер, К. Девис, Р. Линтон, У. Мур), структурализм (Ж. Деррида, К. Леви-Стросс), функционализм (Б. Малиновский, Б. Радклифф-Браун). К разработке теоретических положений социального взаимодействия принадлежит ряд коммуникационных концепций: символический интеракционизм (Дж. Г. Мид, Т. Шибутани); социолингвистические концепты Л. Витгенштейна, О. Розенштока-Хюсси, теория интертекстуальности Р. Барта, Ю. Кристевой, теории intersубъективного диалога «Я –

Другой» (П. Бурдьё, Э. Левинас, Н. Эмас), концепции социального взаимодействия в аспекте межличностного общения (Я. Морено, К. Роджерс)

Определенный вклад в разработку проблем социального взаимодействия внесли представители ранней (Г. Вырубов, Е. Де Роберти, Н. Кареев, М. Ковалевский, П. Лаврова, Н. Михайловский, К. Тахтарев) и современной (Н. Виноградова, Д. Гвишиани, Т. Евменова, В. Кемеров, Д. Клементьев, С. Кравченко, В. Култыгин, В. Лавриненко, Л. Седов, Ж. Тощенко, В. Ядов, Р. Яновский) отечественной социологии. Социологическая рефлексия социального взаимодействия повлияла на анализ этого феномена применительно к системе «врач–пациент». Данная проблематика выдвинулась в центр социологических исследований благодаря работам Г. Беккера, И. Гоффмана, М. Джонсона, Ж. Доссе, М. Келли, Р. Мертона, Т. Парсонса, Д. Рота, П. Стронга, Г. Сакса, А. Стросса, Р. Тернера, К. Уинтера, Е. Фрейдсона, М. Фуко. Значительную роль здесь сыграли идеи научного наследия Н. Амосова, Л. Бернарда, В. Бехтерева, С. Боткина, И. Брехмана, Р. Вирхова, П. Лиленфельд-Гоала, Я. Новикова, У. Петти, И.П. Франка. Для диссертанта важны теоретико-методологические положения отечественных ученых, которые касались отдельных аспектов проблемы с позиций пациента (Л. Астафьев, С. Ефименко, И. Назарова), деонтологических исследований (В. Галкин, Р.В. Коротких, В. Петров, Н. Седова, Н. Формановский), социокультурного анализа (Д. Михель, П. Романов, Е. Ярская-Смирнова), социального здоровья (С. Беличева, И. Зимняя, Е. Маврина, В. Овчаров, В. Ярская), влияния механизмов социального страхования на систему здравоохранения (И. Каткова, В. Корчагин, Ю. Семенова), качества жизни (Е. Дмитриева, В. Егоров, Ю. Калистов, В. Митрофанов), реформирования системы здравоохранения (Д. Венедиктов, М. Власова, А. Вялков, Н. Герасименко, В. Гришин, Н. Кравченко), социальной стратификации (В. Алексунин, В. Ильин, В. Радаев, О. Шкаратан), социальных проблем медицины (А. Антонов, И. Журавлева, П. Морозов, Н. Римашевская), социальной работы (О. Градина, Н. Комысова, О. Лебединская), антропологии (В. Кавешников, Б. Никитюк), институциональных изменений в здравоохранении (И. Захаров, К. Новицкая), профессиональной этики врача (Л. Гудков, Б. Юдин). Важными для исследования с точки зрения верификации результатов являются труды В. Казначеева, Ю. Лисицина, А. Щедриной, О. Щепина по теории и методологии социологии медицины. В контексте диссертационного исследования автор опирался на социологические перспективы теорий конфликта (К. Боулдинг, Р. Дарендорф, Л. Козер, К. Маркс, Э. Райт) и консенсуса (М. Вебер, Л. Вирт, Ю. Хабермас, Э. Шилз). Важное значение для работы имеют социологические теории современного общества (Ш. Айзенштадт, У. Бек, Б. Белл, П. Бергер, Ж. Бодрийар, П. Бурдьё, Ф. Кардосо, Н. Луман, Д. Ролз, А. Этциони), в которых выявляются реальные организационные изменения в функционировании современного социума.

Таким образом, степень разработанности проблемы свидетельствует, что многие авторы различных научных направлений проявили достаточный интерес к неоднозначным и многоплановым проблемам социального взаимодействия, что подчеркивает теоретическую и практическую важность избранного объекта диссертационного исследования. Существует значительное количество научных работ, выполненных по результатам теоретических и эмпирических социологических исследований, связанных с изучением социального взаимодействия пациентов с медицинскими работниками, учреждениями, системой здравоохранения в целом. Многочисленные исследования разнообразных аспектов изучаемой проблемы, проводившиеся в течение продолжительного времени, раскрывают ее многогранность, определяют единство ученых по ключевым методологическим вопросам, создают солидный банк эмпирических данных. Вместе с тем анализ работ показывает, что социальное взаимодействие врача и пациента в качестве объекта социологического анализа комплексно не изучалось. Несмотря на растущий объем литературы по социальным проблемам здравоохранения, отсутствуют концептуальные разработки, интегрирующие теоретические, методологические и методические принципы социологического анализа альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе.

Теоретические и методологические основы исследования включают классические труды М Вебера, Э Дюркгейма, О Конта, Г Спенсера в области феноменологизации социальных процессов; методологические конструкции социального взаимодействия в работах Т Парсонаса, П. Сорокина, Дж. Хоманса; работы Г. Беккера, И. Гоффмана, М. Келли, Р. Мертона, П. Стронга, Г. Сакса, Р. Тернера, К. Уинтера, Е. Фрейдсона, М. Фуко, включающие концептуальные методологические подходы к проблемам социального взаимодействия в медицине; социологические перспективы теорий конфликта (К. Боулдинг, Р. Дарендорф, Л. Козер, К. Маркс, Э. Райт) и консенсуса (Л. Вирт, Ю. Хабермас, Э. Шилз), социологические теории современного общества (Ш. Айзенштадт, У. Бек, Б. Белл, П. Бергер, Ж. Бодрийар, П. Бурдьё, Н. Луман, Д. Ролз, А. Этциони), выявляющие организационные изменения в функционировании современного социума. На эмпирическом уровне методология исследования базируется на процедурах интерпретации и операционализации основных понятий, апробированных методах сбора и анализа социологической информации, верификации полученных данных.

Эмпирическая база исследования. Работа базируется на анализе документов государственных и общественных организаций, законодательных и нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения; представительных данных статистики и социологических исследований; результатах авторского социологического исследования, осуществленного методом опроса

(анкетирования) в период с 2006 по 2007 год Анкетный опрос проводился среди врачей и пациентов учреждений здравоохранения Саратовской области. Использовалась многоступенчатая, квотная, гнездовая выборка. Объем выборки – 500 пациентов и 110 врачей.

Достоверность и обоснованность результатов исследования определяются непротиворечивыми теоретическими положениями, комплексным использованием качественных и количественных методов исследования, корректным соотношением собственных эмпирических материалов с представительными данными социологических исследований

Целью исследования является выявление и типологизация альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии субъектов здравоохранения в условиях трансформации института здравоохранения в современном российском обществе. Поставленная цель предполагает решение следующих задач:

- определить концептуальные конструкторы социологического анализа альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента;
- проанализировать основные парадигмальные модели социального взаимодействия врача и пациента;
- сформировать понятийный аппарат исследования посредством социологических процедур интерпретации и операционализации основных категорий;
- концептуализировать методологические и методические принципы прикладного социологического исследования альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента,
- сформировать программу и провести прикладное социологическое исследование по изучаемой проблеме,
- выявить и обобщить типичные формы альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения,
- обосновать теоретические выводы, разработать практические рекомендации в адрес субъектов системы здравоохранения в российском обществе

Объект исследования – процесс социального взаимодействия субъектов здравоохранения, локализованный альтернативными практиками конфликта и консенсуса в контексте социального взаимодействия врача и пациента в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе.

Предмет исследования – концептуализация модели альтернативных практик конфликта и консенсуса в комплексной регуляции конфликтов и прогнозировании последствий управленческих действий

К элементам научной новизны диссертации можно отнести

- инновационное определение понятийного тезауруса концептуальных конструкторов социологического анализа альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента,

– эвристический анализ парадигмальных моделей социального взаимодействия врача и пациента, выявление их методологических оснований и существующих ограничений,

– оригинальный понятийный аппарат исследования, базирующийся на социологических процедурах интерпретации и операционализации основных категорий,

– авторскую концептуализацию методологических и методических принципов прикладного социологического исследования альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента;

– программа и результаты авторского прикладного социологического исследования по изучаемой проблеме,

– новое обобщение типичных форм альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе;

– управленческие перспективы обоснованных теоретических выводов, разработанных практических рекомендаций в адрес субъектов системы здравоохранения в современном российском обществе.

Положения, выносимые на защиту:

1. Социальное взаимодействие рассматривается в единстве институционального, коммуникативного и структурно-функционального аспектов. В институциональном – как атрибут общественных процессов и отношений; в коммуникативном – посредством различных форм межличностного коммуникативного взаимодействия, в структурно-функциональном – через систему действий, продуцирующих структуру общества. В данном контексте этот феномен выступает ключевым концептуальным конструктом социологического анализа ассоциированных форм человеческой жизнедеятельности, их структуры, функционирования и развития. Исходя из этого, социальное взаимодействие понимается как имманентное свойство социальной системы, качество межличностного, интерсоциального процесса и его парадигмальная модель.

2. Парадигмальная модель унифицирует систему теоретических положений, методологических и методических принципов социологического анализа социального взаимодействия врача и пациента и представляет собой: во-первых, универсальную систему, выполняющую актуализирующую и организующую роль, как в бытии социума, так и отдельной личности, во-вторых, теоретический способ осмысления социальной реальности, методологический инструмент познания определенных социальных явлений и процессов; в-третьих, аппаратное средство для изучения сущности, генезиса и процессуальных характеристик социальных действий в их индивидуальности и совокупности альтернативных практик конфликта и консенсуса.

3 Конфликт и консенсус интерпретируются как диалектически взаимосвязанные социологические понятия, акцентирующие актуальные грани социальной реальности, два класса причин, которые позволяют любому обществу сохранять свои важнейшие черты и в то же время развиваться в нужном направлении под воздействием внутренних напряжений. Такой методологический подход позволяет выделить в качестве основного источника социального взаимодействия врача и пациента противоречие между противоположными, взаимообусловленными сторонами этого процесса, а также эмпирически верифицировать его продуктивность и направленность посредством сравнительных параметров альтернативных практик конфликта и консенсуса.

4 Сравнительные параметры альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента - это реально существующее у субъектов этого процесса определенное множество результатов отражения общественным мнением эмпирических показателей социального положения и мотивационной сферы сознания, интерпретируемых в содержательных терминах как степень различия или сходства в потребностях, интересах, ценностях. На эмпирическом уровне они фиксируются через оценку самодовлеющей значимости для респондента тех или иных явлений, предметов реальной действительности (терминальные ценности), а также предпочтений при выборе тех, которые указывают на способ реализации соответствующих потребностей и интересов (инструментальные ценности).

5 Специфическое сочетание операциональных конструкторов мотивационной сферы сознания (потребностей, интересов, ценностей) с фундаментальными символическими статусными доминантами (материальное положение, образование, престиж) и социально-демографическими индикаторами (возраст, пол, семейное положение, стаж работы) типологизирует следующие альтернативные практики конфликта и консенсуса: конкуренцию, приспособление, компромисс; избегание, сотрудничество. Эти типичные формы образуют в себе практически все референтно-ролевые показатели, характеризующие коммуникативное, когнитивное и поведенческое пространство социального взаимодействия врача и пациента.

6 Типичные формы альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента устойчиво коррелируют с различными противоречиями и проблемами институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе. Наибольшие факторные нагрузки имеют следующие результативные признаки: принципы рыночной экономики и элементы коммерческой деятельности в здравоохранении; социально-экономическая значимость медицинских услуг, статус медицинской профессии; материальное положение медицинского работника; потребности практического здравоохранения, структурно-организационные преобразования в системе управления здра-

воохранением, транспарентность ее субъектов, правовые коллизии механизмов функционирования института охраны здоровья; идеология ценностно-нормативных отношений врач–пациент

7. Бюрократическая модель представляет собой реалистическую, естественную систему социального взаимодействия врача и пациента в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе и включает наряду с рациональными, формальными и эмоционально нейтральными моментами иррациональные, неформальные, личностные. Основополагающими измерениями в модели являются проблемы: коммуникативного или символического порядка, временной упорядоченности социальных действий множества участников; противоречащих друг другу значений (символов), дефицита ситуационных ресурсов; социального контроля, мотивационного характера, стратификационного порядка. В этой концептуализации модель позволяет формулировать комплексное представление проблемы, регулировать конфликты, прогнозировать последствия альтернативных управленческих действий, сравнивать результаты.

Теоретическая и практическая значимость исследования может быть представлена в нескольких направлениях:

1. Проведенное исследование способствует приращению нового знания о социальных процессах, положении групп и слоев в трансформирующемся обществе, специфике их взаимодействия, расширяет проблемное поле социологии, развивает теорию и методологию специальных социологических теорий; обобщает теоретические положения по проблемам институционализации здравоохранения в современном российском обществе.

2. Сформулированные выводы и рекомендации могут быть использованы в сферах социальной политики, социальной работы, менеджмента в здравоохранении, государственном и муниципальном управлении.

3 Теоретическое содержание работы и эмпирические данные могут быть использованы в курсах по социологии, теории социальной работы, специализированных курсах по социальным проблемам в области здравоохранения.

Апробация диссертации. Выводы диссертации апробированы на методологических семинарах и заседаниях кафедр правовой социологии и психологии Саратовского юридического института МВД России, организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права Саратовского государственного медицинского университета, социальной антропологии и социальной работы Саратовского государственного технического университета. Результаты исследования докладывались на международных и российских научно-практических конференциях: Толерантность и межэтнические отношения в России, Саратов, 2004; Управление и право в системе здравоохранения России и Норвегии, Саратов, 2005, 2006, 2007; Конфликты в переходном обществе, Саратов, 2005; Современное общество. актуальные проблемы и тенденции развития, Волгоград, 2006, Гуманитарные методы исследований в медицине: состояние и перспективы, Саратов,

2007, Гармонизация интересов семьи, государства и общества. проблемы и пути решения, Саратов, 2006, 2007; Актуальные проблемы современной науки, Самара, 2007 Материалы работы используются в учебном процессе Саратовского государственного медицинского университета, практической работе управленческих структур социальной сферы и Управления контроля качества медицинской помощи Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области По теме диссертации опубликованы 6 научных статей общим объемом 3,2 п л.

Структура диссертации включает введение, две главы (четыре параграфа), заключение, список использованной литературы, приложение.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность темы, показывается степень ее разработанности, определяются объект и предмет, цель и задачи исследования, характеризуются его теоретические и методологические основы и эмпирическая база, раскрывается научная новизна диссертации, ее теоретическая и практическая значимость, формируются положения, выносимые на защиту. В первой главе «Концептуальные конструкты социологического анализа альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии субъектов здравоохранения» определяется понятийный тезаурус концептуальных конструктов социологического анализа изучаемой проблемы, формируется категориальный аппарат диссертационного исследования В первом параграфе «Парадигмальные модели социального взаимодействия субъектов здравоохранения» анализируются методологические основания и существующие ограничения парадигмальных моделей социального взаимодействия врача и пациента. Осуществляя социологический анализ предметной области исследования на теоретическом уровне, автор отмечает, что понятие «социальное взаимодействие» является базовым концептуальным конструктом ряда социологических теорий, которые, при условности всякой классификации, можно объединить в три парадигмальные модели, отличные друг от друга социологические культуры познания процесса социального взаимодействия врача и пациента

Первая из них базируется на натуралистической методологии и развивается в русле традиций инстинктивизма (У. Мак-Дугалл), бихевиоризма (Э Торндайк) и необихевиоризма (Э. Толмен), согласно которым социальное взаимодействие врача и пациента следует рассматривать как солидарность, возникающую ситуативно, по конкретному поводу и в зависимости от стратегических или тактических целей индивида. Привлечены теория социального научения (А. Бандура), концепция оперантного бихевиоризма (Б. Скиннер), теория обмена (Г. Келли). Исследователи, предпочитающие поведенческий анализ социального взаимодействия врача и пациента, различаются с точки зрения ортодоксальности следования этим методологи-

ческим принципам. Ко второй модели автор относит методологические положения понимающей социологии М Вебера и феноменологической социологии А Шюца, исходя из которых социальное взаимодействие врача и пациента изучается не посредством казуального объяснения человеческого поведения, а анализируется в контексте значимых смысловых элементов социальной жизни. Весьма близка к этому направлению школа символического интеракционизма, непосредственные создатели которой Ч Х Кули и Дж Г. Мид концентрировали внимание на анализе социального взаимодействия в контексте его символического содержания. В третью парадигмальную модель автор включает методологические принципы, предполагающие анализ процесса социального взаимодействия врача и пациента с позиций структурного функционализма Р Мертсона, Т. Парсонса, Дж Хоманса. Т Парсонс вводит в научный оборот понятие образца социального действия, включающего выбор определяющих его переменных величин. Этот образец характеризуется специфической конфигурацией и структурой взаимодействия и представляет собой самоорганизующуюся систему.

Автор констатирует, что все указанные парадигмальные модели социального взаимодействия врача и пациента представляются весьма обоснованными и хорошо дополняют друг друга. Вместе с тем между методологическими принципами и категориальными аппаратами этих базовых теоретических построений существует значительная полисемия, что, в свою очередь, создает определенные ограничения для исследователей. Поскольку в качестве объекта диссертационного исследования выделяется социальное взаимодействие врача и пациента, автор прежде всего конкретизирует их определения. Не умножая количества дефиниций, где в качестве важнейших понятийных признаков выступают демографические характеристики, роль и место в социальной структуре, особенности социально-профессионального статуса, специфика сознания и поведения, автор останавливается на объектно-субъектной основе этих понятий. Врач и пациент рассматриваются одновременно как объект и субъект социального взаимодействия в системе здравоохранения, которая представляет собой совокупность государственных и общественных структур и институтов, а также определенного процесса принятия и реализации решений в этой сфере.

Диссертант считает, что уточнение исходной дефиниции «социальное взаимодействие» через сопоставление ее с такими категориями, как «социальное действие», «социальное поведение», «социальная деятельность», отражая моменты их реальной связи, не является достаточным основанием для уяснения обстоятельств, в результате которых объект и субъект приобретают новое социальное качество. Известным упрощением выступает и механическое приравнивание социального взаимодействия понятию «социальная коммуникация». Автор отмечает, что в научном дискурсе идут поиски интегративной парадигмы, способной синтезировать и концепты социальной коммуникации, и теории, делающие акцент на изучение интер-

субъективных связей врача и пациента, включая речевые практики, диалог, общение, а также аналитические построения, рассматривающие процессы социального взаимодействия как деятельностные и системообразующие. В качестве интегративных концептов искомой парадигмы диссертант предлагает социологические категории «конфликт» и «консенсус».

Второй параграф «Конфликт и консенсус как социологические категории» посвящен социологической категоризации понятий «конфликт» и «консенсус». Исторический экскурс в историю социологии позволил автору сделать вывод, что конфликт и консенсус как социологические категории наиболее полно сформировались в рамках методологического дискурса конфликтологов и эволюционистов. Конфликтологи (К. Боулдинг, Р. Дарендорф, Л. Козер, К. Маркс, Э. Райт) считают конфликты динамической силой, основой развития любого современного общества, важнейшей проблемой социального взаимодействия на всех уровнях общественной системы. Эволюционисты в традициях Э. Дюркгейма, О. Конта, Г. Спенсера рассматривают, как устанавливаются функциональные соответствия, социальная системность, общественное согласие (консенсус). Исходя из работ М. Вебера, Л. Вирта, Ю. Хабермаса, Э. Шилза автор констатирует, что в социологическом смысле консенсус – это согласие значимого большинства людей любого сообщества относительно наиболее важных аспектов его социального порядка, выраженное в действиях. Та или иная степень согласия в мнениях и согласованности в действиях необходима для любой формы социального взаимодействия, любой социальной организации. Консенсус – это объективно существующая вероятность того, что, несмотря на отсутствие предварительной договоренности, участники той или иной формы социального взаимодействия достигнут согласия. Автор отмечает, что консенсус может быть вызван самыми разнообразными мотивами, целями и внутренними состояниями участников взаимодействия. Особую значимость при этом имеют не психические переживания индивидов, а их сознательная ориентация на консенсус и действие, основанные на нем.

Диссертант резюмирует, конфликтологи отличаются от эволюционистов тем, что в основе социального взаимодействия и строения общества видят противоречие, а не функциональное единство, как их оппоненты. На современном этапе развития социологии методологические ограничения каждого из указанных направлений преодолеваются путем разработки интегративных теорий: «многомерной социологии» (Д. Александер), «модерного общества» (Ш. Айзенштадт), «конвергенции» (А. Инкелс), «открытого общества» (А. Этциони), «глобализации» (И. Валлерстайн), «продолжающейся мутации» (М. Веверка), «зависимости развития» (Ф. Кардозо). Следуя данным теоретическим положениям, автор переходит на эмпирический уровень социологического анализа.

Во второй главе «Социологический анализ альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии субъектов здраво-

охранения» концептуализируются методологические и методические принципы прикладного социологического исследования по изучаемой проблеме, анализируются и обобщаются его результаты в сопоставлении с представительными данными статистики и социологических исследований. В третьем параграфе «Конфликт и консенсус в контексте общественного мнения субъектов здравоохранения» представлена авторская методология и методика проведения прикладного социологического исследования и его результаты. Исходя из работ Г. Алмонда, П. Бурдьё, Б. А. Гуршина, П. Йоне, Ж.Т. Тощенко, П. Шампаня, автор рассматривает общественное мнение в широком значении этого понятия как состояние массового сознания, заключающее в себе скрытое или явное отношение людей к социальным явлениям и процессам, к деятельности различных социальных институтов, групп и отдельных личностей. Автор аргументирует социологические перспективы методологического подхода (Я. Алстед, А.Г. Здравомыслов, М.Ф. Черныш, В.И. Чупров, А.И. Шендрик), согласно которому состояние массового сознания следует рассматривать через категорию «мотивация», являющуюся базовой научной абстракцией, с которой связывают возможность интерпретации любого социального действия как на уровне личности, так и на уровне социальной системы (группы) общества. Мотивационная сфера сознания представляет собой сложное системное образование, состоящее из следующих операциональных конструктов – потребностей, интересов, ценностей.

Исходным для данного методологического подхода диссертант считает положение, согласно которому мотивы открываются сознанию только объективно, через потребности и интересы. Субъективно же они выступают только в ценностном выражении. Потребности рассматриваются как причина деятельности, а интерес трактуется как способ реализации потребности (А.Г. Здравомыслов). Под ценностью понимается наиболее общая жизненная установка, «высшие принципы», определяющие социальное и культурное значение тех или иных явлений действительности (Т. Парсонс). Иначе говоря, в определении ценностей выделяется не предметная их сторона, а субъективная, то есть ценности сознания как способ и критерий отбора наиболее значимых явлений. Система эмпирических показателей, индикаторов и единиц анализа мотивационной сферы сознания, с помощью которых, по мнению автора, можно зафиксировать тот или иной операциональный конструкт под разными углами зрения – когнитивным, эмоциональным, поведенческим, содержит: выбор из набора тестов, предназначенных для выявления уровня знаний; выбор из блока оценочных суждений; выбор из блока проективных ситуаций; факты деятельности. Авторское социологическое исследование показало, что по своей структуре общественное мнение врача и пациента является монистическим (единодушным в области согласия о терминальной и инструментальной значимости ценности здоровья) и плюралистическим, состоящим из ряда не совпадающих

друг с другом точек зрения по вопросам возникновения и разрешения конфликтных ситуаций. Уровень и причинный комплекс конфликтности или согласия в социальном взаимодействии врача и пациента определяются личностными параметрами участников этого процесса, динамикой и характером взаимных ожиданий от предполагаемых итогов. В зависимости от знака достигнутых результатов общественное мнение подразделяется на позитивное и негативное.

Автор обобщает, что с точки зрения содержания высказываний общественное мнение врача и пациента выражается в оценочных и конструктивных суждениях, занимает определенную позицию, дает совет, выносит решение, поддерживая или отвергая те или иные представления, установки, ценности и нормы альтернативных практик конфликта и консенсуса. Диссертант делает вывод о достаточно специфическом сочетании в общественном мнении врача и пациента патерналистских и либеральных ценностей, установок и норм. Так, в вопросе о примате интересов личности и интересов государства наблюдается устойчивый баланс сил между сторонниками как одного, так и другого подходов. С одной стороны, общественное мнение свидетельствует о высокой степени доверия государственной системе здравоохранения. С другой стороны, наблюдается определенная тенденция постепенного смещения массового сознания в сторону приоритета прав личности. На шкале терминальных ценностей заметно меняются роль и значение самой личности как активного, самостоятельного субъекта. Соответственно растет и понимание человеком себя как самоценности. Человеческая личность ставится в центр нового мировоззрения, и это важный залог успеха в формировании принципов консенсуса нового общества. На первое место среди значимых ценностей выходит здоровье, которое все больше интерпретируется как индивидуальное, личностное благо, идеал, к достижению которого личность стремится без социального принуждения. Таким образом, постановка вопроса о правах и свободах человека, о защите его чести и достоинства из пропагандистской плоскости стала переходить в плоскость практическую. Автор делает заключение, что в целом это позитивная тенденция. Патерналистские настроения еще доминируют в интерпретациях врачом и пациентом альтернативных практик конфликта и консенсуса, хотя уже заметно укрепление роли и значения либеральных ценностей, установок и норм правового поведения. Диссертант констатирует, что в качестве источника формирования общественного мнения врачей выступают многочисленные формы личного опыта (30%), научные знания (20,7%), официальная информация (25,2%), сведения, предоставляемые государственными учреждениями (24%), а пациентов – опыт ближайшего социального окружения (45,3%), средства массовой информации (44,6%). Поскольку каждый из этих источников отражает действительность с разной степенью адекватности, по мнению автора, формирующееся на этой базе общественное мнение врачей может в большей степени счи-

таться «истинным», а пациентов «иллюзорным». При этом фактическое содержание суждений общественного мнения врачей и пациентов определяется границами его функционирования – определенными условиями институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе

В четвертом параграфе «Типичные формы альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии субъектов здравоохранения в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе» выявляются и обобщаются типичные формы альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе. Типологизация проводится автором в целях получения более сжатого описания больших массивов информации в виде групп данных, обладающих сходными свойствами. Большое количество индивидуальных описаний заменяется значительно меньшим числом. Неизбежны некоторое огрубление, частичная потеря информации о каждом отдельном объекте, но это дает возможность получения более наглядной общей картины, позволяет лучше уяснить структуру всего множества данных, что особенно важно на заключительных этапах обработки информации

Диссертант отмечает, что в социологии (В.Г. Андреенков, В.Ф. Левичева, А.И. Орлов, Ю.Н. Толстова) хорошо зарекомендовали себя так называемые специальные методы типологизации, к числу которых относится и применяемый в данном исследовании многомерный статистический анализ. Предлагаемый автором алгоритм включает ряд последовательно реализуемых этапов. На начальном этапе обработки первичной социологической информации была применена процедура стандартизации данных. Таким образом был определен набор сравнительно небольшого числа наиболее информативных показателей. На следующем этапе анализа автором вводятся определенные формальные критерии содержательной значимости объектов, на основе которых их поиск автоматизируется. Следуя методике типологизации поведения людей в конфликтных ситуациях К. Томаса, автор выделяет следующие типичные формы альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента: конкуренция как стремление добиться своих интересов в ущерб другому; приспособление, означающее в противоположность конкуренции принесение в жертву собственных интересов ради другого; компромисс, избегание, для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей; сотрудничество, когда участники ситуации приходят к консенсусу, полностью удовлетворяющему потребности и интересы обеих сторон. В дальнейшем автором применялся корреляционный анализ – математические процедуры для изучения статистических связей между всеми изучаемыми признаками, отражаю-

щими условия институциональной трансформации системы здравоохранения в современном российском обществе. На последнем этапе посредством концептуализации полученных данных диссертант конструирует обобщенную модель альтернативных практик конфликта и консенсуса в социальном взаимодействии врача и пациента в заданных условиях.

Авторская модель построена на методологических принципах бюрократизма (М. Вебер, Э. Гоулднер, С. Липсет, Ф. Селзник) и математически представлена в виде одноканальной системы массового обслуживания. Поток клиентов пуассоновский (вероятностный), а время обслуживания постоянно. Реальное время обслуживания случайно, с распределением, близким к экспоненциальному, среднее время обслуживания определяется регламентом работы, а дисциплина обслуживания (льготы пациентам) задается нормативно. Бюрократ имеет возможность изменять дисциплину обслуживания, предоставляя льготы по своему усмотрению. Включая в научный оборот данные ведомственной статистики, автор делает вывод, что бюрократ возвращает клиентов в очередь или удваивает время обслуживания не случайным образом, а когда ему выгодно. Статистически увеличение очереди, идет быстрее, чем ее уменьшение – такова природа случайных процессов. Влияние бюрократа сказывается в увеличении плотности потока требований (в результате возвращения части пациентов в очередь), корреляции потока в зависимости от времени обслуживания и длины очереди. Предполагается, что чем больше функций и ограничений, тем больше должно быть рационального порядка. Отсюда – предписание форм, взаимоотношений, регламентов деятельности, правил поведения, видов ответственности, сроков исполнения, форм отчетности. Всякое нарушение подлежит ответственности как основа рациональности, и бюрократ стимулирует ее регламентацию. На основе рассуждения бюрократической природы регламентации автор делает вывод, что невозможно построить идеальную транзитивную систему ответственности. Она достигается, если регламентирующих актов немного, они предельно точны и не имеют исключений. В действительности же рациональная регламентация превращается в разноречивые предписания, в которых бюрократ присваивает себе право упорядочения, реализуя его произвольным способом.

Диссертант приходит к выводу о бюрократической модели как реалистической, естественной системе социального взаимодействия врача и пациента в условиях институциональной трансформации системы здравоохранения и включающей наряду с рациональными моментами – иррациональные, с формальными – неформальные, с эмоционально нейтральными – личностные. Главными измерениями в модели являются проблемы: коммуникативного или символического порядка; временной упорядоченности социальных действий множества участников; противоречащих друг другу значений (символов), дефицита ситуационных ресурсов, социального контроля, мотивационного характера; стратификационного порядка. Такая модель по-

звolyет не только формулировать комплексное представление об изучаемой проблеме, но и регулировать конфликты в этой сфере, прогнозировать последствия альтернативных управленческих действий, выбирать наиболее предпочтительные и сравнивать полученные результаты

В заключении подводятся итоги работы, формируются основные выводы и практические рекомендации, намечаются пути дальнейшего анализа проблем, рассматриваемых в диссертационном исследовании. В приложении приводятся инструментарий и эмпирические данные прикладного социологического исследования.

Основное содержание диссертации отражено в публикациях автора.

В ведущих изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Дмитриева О.Н. Социально-экономические предпосылки конфликта и консенсуса во взаимодействии врача и пациента / О.Н. Дмитриева // Вестник Поволжской академии государственной службы – 2007 – № 2. – С. 128–133 (0,5 п.л.) ISSN 1682-2358

2. Дмитриева О.Н. Внутренние и внешние конфликты как факторы поступательного развития общества / О.Н. Дмитриева // Вестник Саратовского государственного аграрного университета. – 2005 – № 5 (Вып. 3) – С. 31–32 (0,25 п.л.).

В сборниках научных трудов:

3. Дмитриева О.Н. Социальная сущность общественного конфликта / О.Н. Дмитриева // Актуальные тенденции социально-экономического развития России: сб. науч. статей / под ред. О.А. Алексеева – Тамбов. Тамбовский государственный технический университет, 2006. – С. 113–126 (0,8 п.л.) ISBN 5-8365-0501-X

4. Дмитриева О.Н. Методологические тенденции современной конфликтологии / О.Н. Дмитриева // Реформирование системы управления экономикой и социальной сферой в России: сб. науч. тр. / под ред. О.А. Алексеева. – Саратов: Изд-во ФГОУ ВПО «Саратовский ГАУ», 2006. – С. 44–59 (0,95 п.л.) ISBN 5-7011-0301-3.

5. Дмитриева О.Н. Динамика типологии социальных конфликтов / О.Н. Дмитриева // Новые тенденции и закономерности социально-экономического развития России: сб. науч. тр. в 3 ч. – Саратов: Изд-во ФГОУ ВПО «Саратовский ГАУ», 2006. – Ч. 1 – С. 57–64 (0,4 п.л.) ISBN 5-7011-0311-0

6. Дмитриева О.Н. Методологические основы социальной психологии в здравоохранении / О.Н. Дмитриева // Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы. сб. науч. статей. Саратов: Изд-во Саратовского государственного медицинского университета, 2007. – С. 105–108 (0,3 п.л.). ISBN 5-7213-0350-6

ДМИТРИЕВА Ольга Николаевна

**КОНФЛИКТ И КОНСЕНСУС В СОЦИАЛЬНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ
СУБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Автореферат

Ответственный за выпуск к социол. н Колокольцева О В

Корректор Л А Скворцова

Подписано в печать 11 03 08

Бум офсет

Тираж 100 экз

Усл печ л 1,0

Заказ 49

Формат 60х84 1/16

Уч -изд л 1,0

Бесплатно

Саратовский государственный технический университет

410054, Саратов, Политехническая ул ,77

Отпечатано в РИЦ СГТУ 410054, Саратов, Политехническая ул ,77