

научный институт в области социологии медицины и медицинского страхования, осуществляющий разработку методологии и аналитического инструментария медико-социологического мониторинга и координацию медико-социологических исследований.

В новых социально-экономических условиях развития системы здравоохранения Российской Федерации становятся очевидными важность повышения социально-экономической эффективности управленческих решений в здравоохранении, поиск инновационных и прогрессивных методов и повышение эффективности применения современных технологий управления персоналом в медицинской организации. Именно эти вопросы могут быть рассмотрены в рамках деятельности медицинского социолога.

В настоящее время проводится работа по совершенствованию методологического аппарата отечественной социологии медицины, систематизации планирования медико-социологических исследований в НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

В статье описаны основные этапы становления социологии медицины как самостоятельной научной дисциплины, показана актуальность проведения медико-социологического мониторинга преобразований в системе здравоохранения и обоснована необходимость введения новой специальности социолог медицины.

Ключевые слова: социология медицины, медико-социологические исследования, медико-социологический мониторинг, социальный маркетинг

The evolution of sociology of medicine

A.V. Reshetnikov

The I.M. Sechenov first Moscow medical university, Moscow

The article deals with the main stages of becoming of sociology of medicine as an independent scientific discipline. The actuality of medical sociologic monitoring of reorganization in public health system is demonstrated. The necessity of introduction of a new specialty "sociologist of medicine" is explained.

Key words: sociology of medicine, medical sociologic study, medical sociologic monitoring, social marketing

ЛИТЕРАТУРА

1. Венгрова И. В. Из истории социальной гигиены в Англии XIX века. — М., 1970.
2. Заславская Т. И., Рывкина Р. В. Социология экономической жизни: Очерки истории. — Новосибирск, 1991.
3. Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И. Социология медицины. — Киев, 1981.
4. Лисицын Ю. П., Семенова Л. П., Лапин Ю. Е. // Сов. здравоохран. — 1982. — № 4. — С. 43—47.
5. Мертон Р. К. Социальная теория и социальная структура. — М., 2006. — С. 773—774.
6. Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. — New York, 1970.
7. Olisen V., Whittaker E. The Silent Dialogue: A Study in the Social Psychology of Professional Socialisation. — San Francisco, 1968.
8. Parsons T. The Social System. — London, 1951.
9. Cox C., Mead A. A Sociology of Medical Practice. — London, 1963.
10. Virchow R. Die Mediszinische Reform, Eine Wochenschrift. — Berlin, 1848.
11. Winter K. Soziologie für mediziner. — Berlin, 1976.
12. Wolff H. Stress and Disease. — Springfield, 1953.

Поступила 03.10.12

© С. А. ЕФИМЕНКО, 2012

УДК 614.253-058

С. А. Ефименко

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА ПАЦИЕНТА В СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

В рамках позитивистской социологии общество представляет собой общественный организм, в основе эволюции которого лежит развитие всех членов общества, ориентированного на достижение согласия. Социальный прогресс в свою очередь связан с ростом специализации функций членов общества. При этом общество развивается через совершенствование, гармонизацию связей между индивидами.

М. Вебер утверждал, что люди действуют в обществе как творческие личности, а не только реагируют на экономические стимулы. Он считал, что одна из функций социологии ориентирована на изучение межсубъективной реальности. Эту последнюю задачу — понимание социальных действий людей — М. Вебер назвал "verstehen", т.е. толкованием или пониманием смысла.

В рамках теории солидарности именно взаимоотношения выступают в качестве основных механизмов социальных реформ. Адаптация данной теории к пробле-

мам социологии медицины позволяет рассматривать медицинское знание о болезни и врачом, и пациентом как имеющее первостепенное значение для согласия между ними. Пациенты сообщают о своих симптомах, которые позволяют диагностировать заболевание. Люди консультируются с семьей, друзьями и соседями через непрофессиональную систему обращения за помощью. Кроме того, когда пациенты сами обращаются к медикам, врачи не только диагностируют болезнь (которую они рассматривают как биофизическое состояние), но и участвуют в ее лечении и, следовательно, в создании смысла и рамок социального знания, которые они могут устанавливать для пациентов.

Если представить медицину как деятельность, которая помогает людям адаптироваться в сложных ситуациях, складывающихся в общественной жизни, врачей можно рассматривать как социальную группу, которая в силу исполнения своих профессиональных обязанностей монополизировала не только сферу здоровья и болезни, но также и условия, при которых протекает болезнь. Такое понимание принципиально изменяет взгляд на общественную сущность меди-

С. А. Ефименко — д-р социол. наук, проф., зам. дир. по науке (socmed-lmgmu@mail.ru)

цинских работников и характер их взаимоотношений с пациентами.

Представления о возможности социального согласия использовались одним из основателей социологии медицины и представителем структурного функционализма Т. Парсонс в его модели социальной системы. Главный тезис Т. Парсонс заключается в том, что общество представляет собой сложную систему социальных элементов (институты, группы, индивиды), которые находятся в состоянии активного взаимодействия, направляемого системами ценностей, имеющих априорное происхождение. Т. Парсонс полагал, что источники социального самодвижения необходимо искать во внеэкономических факторах, господствующим среди которых является мораль. Именно система моральных ценностей, разделяемых людьми, позволяет интегрироваться им в общество, которое на следующем этапе оказывается представленным во взаимодействии социальных институтов (например, медицины и семьи), при этом производственная (лечебно-диагностическая, реабилитационная) деятельность выступает как частный аспект этого взаимодействия.

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 использовал при построении теории социальной системы.

С одной стороны, Т. Парсонс определяет медицину как профессиональное занятие, не имеющее рыночного характера, ориентированное на пациента, основанное на знании и умственной деятельности, которая получила развитие для того, чтобы служить людям. С другой стороны, Т. Парсонс рассматривает медицину как некоторую форму социального контроля или как средство, с помощью которого поведение индивида изменяется и адаптируется для удовлетворения широких социальных потребностей. Только будучи здоровыми, т.е. достаточно пригодными для функционирования, индивиды могут участвовать в жизни общества, а от эффективности их деятельности зависят экономическое производство и в конечном счете выживание общества.

Здоровье как функциональная пригодность представлено в медицинской модели здоровья. Как отмечает Т. Парсонс, врачи принимают решение о том, годен или не годен кто-либо к работе; они играют решающую роль в определении "уровня здоровья" (как способности функционирования) в обществе. Хотя органические и социокультурные факторы подрывают здоровье людей и дают им совершенно законные основания войти в "роль больного", Т. Парсонс отмечал также, что "отступление к болезни" может быть формой неправильного или отклоняющегося от нормы поведения. Врачам необходимо контролировать границы исполнения роли больного, так как болезнь, если она мотивирована, является формой девиантного поведения.

"Понимающая социология", одним из основоположников которой был Ф. Тоенниес, рассматривала общество как выражение взаимосвязей людей, к которым относятся симпатии и антипатии, доверие и недоверие, свобода и обязанности. Эти социальные связи определяют как групповое, так и индивидуальное поведение, что особенно актуально при рассмотрении взаимоотношений медицинских работников и пациентов в свете восприятия последними врачебной

деятельности. В свою очередь на основе реализации указанных выше связей возможны три вида ассоциаций: общины — общности по духу (общественные, профессиональные объединения), коллективы (медицинских работников) — симбиоз духа и выгоды и организации (лечебно-профилактические учреждения) — общности на основе выгоды.

С таких же позиций выступал, в частности, и В. Дильтей, иррационалистическая концепция "философии жизни" которого оказалась наиболее яркой попыткой обосновать метод понимания как специфический метод исторических и общественных наук, как якобы единственно отвечающий их предмету. Особенно важно установление понимания между врачом и пациентом, которое является базовым для возникновения доверия и успешного достижения совместных лечебно-диагностических целей.

Теории конфликтов предполагают, что общество состоит из индивидов и групп с разнообразными и часто противоположными интересами и так или иначе в центр модели ставят социальный конфликт.

Классические теории в этом направлении связаны с именами К. Маркса, Ф. Энгельса, Г. Зиммеля и др.

Возвращаясь к проявлениям человеческого взаимодействия, в том числе к тем, что имеют место и в медицинских учреждениях, можно сказать, что к ним относятся подчинение и господство, специализация и дифференциация функций в процессе деятельности, явления конфликта и соперничества и т.д. Поэтому общество выступает как система отношений, способная обуславливать обязанности индивидов, а процессам ассоциации всегда противостоят процессы диссоциации, выливающиеся в конфликт. Структуралисты при объяснении конфликтов подчеркивают, что послушание индивидов достигается путем принуждения при их молчаливом согласии, а подчинение и бессилие являются неизбежными следствиями общества, в котором нет равноправия. Рассматривая взаимоотношения социальных субъектов в рамках медицинских учреждений, можно предполагать, что достижение такого рода равноправия зависит от компетентности сторон, наличия прав, обязанностей, полномочий и т.д., а также от выбранной модели взаимодействия врача и пациента.

В конфликтологической теории, развивавшейся в середине XX века, представителями которой являются Р. Дарендорф, Л. Козер, К. Болдинг, конфликт представлен как универсальный механизм социального прогресса и регулирования.

Открытое общество, по мнению Л. Козера, реализует себя через баланс конфликтов, устанавливающий правила социального взаимодействия. Конфликт сплачивает социальные группы, способствуя социальной интеграции и развитию группового самосознания. Основные пути разрешения конфликтов — консенсус и конвергенция институтов, групп и ценностей в обществе. В медицинских учреждениях в профессиональной среде медицинских работников господствует сильная корпоративная культура, не одобряющая появление и разрастание конфликтов, а также распространение информации о них. Возникновение же конфликтной ситуации между медицинским персоналом и пациентом зачастую говорит о неумении налаживать контакт.

Конфликтность по природе самого субъекта, как и противоположные тенденции, хорошо выражает нали-

чие у него потребностей, в том числе и самосохранительных, реализация которых в рамках медицинских учреждений в зависимости от конкретных условий может выступать как позитивной, так и негативной силой. Негативность же служит основой конфликта.

Теория социального действия стремится объяснить взаимодействие прежде всего на основе понимания идей, ценностей и "социального мира" самих индивидов как действующих лиц. Участвуя в производстве (в том числе и медицинских услуг), индивид (медицинский работник) проявляет свои личностные способности и компетенцию и играет роль в зависимости от этих качеств. Многообразие ролей (руководитель, врач, пациент) складывается в систему социальных институтов (медицина, семья), которые на определенном этапе приобретают свою логику бытия, независимую от воли составляющих их индивидов, становясь сверхличностными субъектами социального действия и развивая системы норм и правил, навязывают их индивидам, контролируют и подчиняют последних. Сами институты эволюционируют в суперорганизацию, цели которой уже не совпадают ни с целями индивидов, ни с целями общества.

Не всякое действие человека, согласно М. Веберу, является социальным. Вне связи друг с другом действия выступают как личностные. Действие становится социальным лишь тогда, когда оно имеет субъективно подразумеваемый смысл и ориентировано на поведение других людей. Сами социальные действия М. Вебер подразделял по степени рациональности на четыре категории: целерациональные, ценностно-рациональные, аффективные и традиционные. Положив в основу своей теории социального действия рациональность, М. Вебер почти все внимание обращает на два первых типа действий, так как только они являются по-настоящему осознанными, социальными.

Примером врача и пациента, совершающего целерациональное действие, может служить социальный субъект, который однозначно осознает собственные цели, рационально соотнося их с осмысленными средствами, подходящими для достижения данной цели.

Особенностью ценностно-рационального действия является то, что его смысл заключен для медицинского работника или пациента не в достижении внешней цели, а в собственной вере действующего субъекта в самоценность этого действия как такового. Сюда относятся все действия, совершаемые без учета предвидимых последствий, на основе убеждений долга, достоинства, религии.

В аффективных и традиционных типах действия рациональность представлена очень слабо, субъективно они иррациональны. Первое крайне эмоционально, второе основано на подражании, соблюдении обычаев и традиций по привычке.

Воплощением рациональности М. Вебер считает правовое государство, функционирование которого целиком базируется на рациональном взаимодействии интересов граждан, подчинении их закону, а также общезначимым политическим и моральным ценностям. Правовое государство развивается на основе целерациональных и ценностно-рациональных действий управляющих и управляемых. Техническим механизмом, который позволяет осуществлять управление, основанное на целерациональных действиях, М. Вебер считал бюрократию, полагая, что все другие управленческие альтернативы неизбежно предполагают некомпетентность и иррациональность.

Создавая идеальную модель бюрократии, социолог представлял ее в виде совокупности индивидов, выполняющих рациональные действия, которые нацелены на достижение успешных результатов, имеющих общественную значимость и полезность. М. Вебер был убежден в том, что тенденция к рационализму в современном промышленно развитом обществе является неизбежной и во многих отношениях прогрессивной, однако в отношении некоторых аспектов он был менее оптимистичным, подчеркивая "удушающее" влияние бюрократической организации на новшества и радикальные идеи и обезличивающую анонимность работника, попавшего в ловушку бездушной и холодной бюрократии.

В медицинских организациях бюрократическая система, подкрепленная большим количеством регламентирующих документов, усиливается, а мобильность ограничена спецификой врачебной профессии, для овладения которой нужны большие как материальные, так и временные затраты.

Теории социальной структуры исследуют, каким образом общество формирует людей и налагает на них ограничения с помощью норм и ценностей, которые они усваивают в процессе социализации и которые направляют и определяют их поведение. Традиция изучения социальных структур ведется от Э. Дюркгейма и К. Маркса. В отличие от М. Вебера они уделяли внимание именно тому, как "ролевое социальное поведение" реагирует на заранее установленные правила, а не "действию", которое предполагает больше свободы выбора действующего субъекта.

В более широком смысле социальное поведение людей, их ценности и социальные установки можно рассматривать как результат воздействия различного типа социальных организаций, процессов и структур, существующих в обществе, в котором они живут. Иными словами, то, что мы представляем собой как индивиды, определяется в основном конкретным обществом, в котором мы живем, а в рамках этого общества — конкретной социальной группой, к которой мы относимся. Примером могут служить медицинские учреждения, в которых выработаны правила практики для своих работников и пациентов. Эти правила регулируют поведение людей и формируют их отношение к работе. Некоторые из этих правил являются конкретными, например ношение форменной одежды (белые халаты) для персонала или ночных халатов для пациентов, а другие — неофициальными и "скрытыми", как, например, традиционное почтительное отношение медицинских сестер к врачам.

Рассмотрим социологию гендерных отношений. Вопросы социального пола рассматривались многими ведущими социологами — Э. Дюркгеймом, К. Марксом и М. Вебером, которые не считали эти аспекты проблемными.

При исследовании причин самоубийств Э. Дюркгейм утверждал, что мужчина почти полностью является продуктом общества, а женщина в значительно большей степени представляет собой продукт природы.

Социология медицины долгое время не обращала пристального внимания на то, какого пола врач, а какого — пациент. Между тем представители феминистского направления подчеркивали, что объяснения женщин в качестве пациентов, даваемые врачам, были основаны в большей степени на их биологических слабостях и зависимости. Утверждалось, что женщины чаще обращаются за консультациями и что у них

больше проблем с состоянием психического здоровья, так как от природы они являются более хрупкими и эмоциональными. Указанные гендерные особенности оказывают влияние на характер взаимодействия медицинских работников и пациентов, так как врачи могут трактовать жалобы женщин с меньшей серьезностью, чем аналогичные жалобы от пациентов-мужчин. При беременности и родах эти естественные характеристики также выходят на первый план, а в медицинской литературе женщин изображают очень непостоянными, живущими сегодняшним днем и даже впадающими в детство.

В то же время серьезно недооценивается важная роль женщин как "бесплатных работников здравоохранения", оберегающих здоровье членов семьи (дети, муж), с которыми они постоянно взаимодействуют. Эта большая часть работы по охране здоровья протекает за пределами официальной системы здравоохранения, хотя большую часть этого неофициального труда выполняют женщины. Видимой частью айсберга является оплачиваемый труд профессиональных работников здравоохранения. В 2001 г. около 80% всех работников, занятых в системе здравоохранения, — женщины. Тем не менее изучению вопросов взаимоотношений полов не уделяется должного внимания.

Гуманистическая позиция в социологии медицины представлена в трудах К. Роджерса. В частности, в работе "Центрированная на клиенте терапия: ее современная практика, значение и теория" излагается его доминирующая установка в лечении неврозов — эмпатия с концентрированной вниманием на пациенте.

Как психотерапевт, К. Роджерс предложил метод клиентцентрированной терапии, краеугольным камнем которой являлось эмпатическое отношение к клиенту, которое, по убеждению К. Роджерса, должно было способствовать более быстрому процессу конструктивных личностных изменений в клиенте. К. Роджерс предлагает учитывать шесть условий, необходимых при терапии, центрированной на клиенте: 1) два человека (врач и пациент) находятся в психологическом контакте; 2) пациент находится в состоянии дезадаптации, он раним и тревожен; 3) врач является гармоничным и интегрированным; 4) врач проявляет безусловное позитивное внимание к пациенту; 5) врач переживает эмпатическое понимание внутренней системы координат пациента и стремится передать ему свою эмпатию; 6) обязательно должна произойти передача пациенту эмпатического понимания и безусловного позитивного внимания врача.

Только при соблюдении этих условий и особенно в случае передачи эмпатии и позитивного внимания от врача пациенту у последнего возникают условия для быстрых изменений и личностного роста.

Интеракционизм (Мид Д., Блюмер Г.) представляет собой подход к изучению социальных взаимодействий преимущественно в их символическом содержании. Важно то, что методология этого подхода рассматривает общество и его устройство через межличностное взаимодействие, основанное на восприятии индивидами смыслов действий других людей.

В медицинской сфере полномочия врачей по постановке диагноза и наименованию болезни обозначаются интеракционизмом как важный вид власти, которую общество должно уметь контролировать. В интеракционистском подходе отношение к власти как к ситуационной и зависящей от обстоятельств стоит в одном

ряду с представлением об индивидах как осознающих свои действия участниках, формирующих социальный порядок в процессе взаимодействия.

Очевидно, что условия, в которых происходит взаимодействие, можно рассматривать как способствующие соучастию индивида и как препятствующие его развитию. В этом утверждении очень четко отражены предположения о том, каким именно образом индивид может изменить социальную среду, окружающую систему здравоохранения и как он сам изменяется под ее воздействием.

Основу почти всех исследований в этом подходе составляет моральный союз с "точкой зрения пациента"; это вопрос о том, что ощущение пациентом собственного "я" должно признаваться (а не отвергаться) другими людьми и что пациент должен иметь больше возможностей для выражения собственного мнения при принятии решений о методах лечения. Само по себе это вызывает озабоченность вследствие наличия чрезмерных ограничений разного рода на соучастие индивида, например таких, как отсутствие возможности быть услышанным или невозможность сделать выбор. Действительно, во многих этнографических трудах представителей интеракционистского подхода показано, что в конечном счете у пациентов очень мало возможностей (и в еще меньшей степени у врачей) давать свои собственные определения ситуации главным образом вследствие того, что у них сравнительно мало полномочий и ресурсов. Во многом это обусловлено тем, что поведение индивидов и субкультуры при игнорировании структурной организации общества и норм его функционирования подпадает в разряд асоциального, девиантного поведения.

Интеракционистская методология предполагает исследование индивидов самих по себе, для того чтобы через их поведение можно было бы наблюдать характер и работу социальных институтов и организаций (Burns T. и соавт.). В частности, E. Goffman интересовался исследованием социальных правил, управляющих взаимодействием, его интересовала внешняя структура отношений, например ритуалы и формальности. Это направление получило дальнейшее развитие в эмпирическом исследовании P. Strong, посвященном педиатрической клинике. В его монографии главное внимание уделяется не эмоциям, мнениям или ощущениям родителей пациентов (дети) и врачей, а церемониям, в которых они принимают участие, и ритуалам, которые они совершают при проведении консультаций.

Каждый медицинский контакт, по определению P. Strong, сопровождается рядом ожиданий, обычно воплощенных в "форме бюрократической роли". Эта церемониальная форма представляет собой усилия, предпринимаемые врачом и пациентом для устранения несоответствий между реальными взаимодействиями субъектами и моделями идеального врача и пациента, которые проявляют себя как имеющие взаимные обязательства для достижения наилучших результатов в лечении. В этом отношении, несмотря на ритуальное устранение морального недовольства, в исследовании P. Strong врачи по-прежнему использовали стратегии для манипулирования пациентами (например, для "корректировки" их мнений и подталкивания к определенному поведению). Пациенты могут также нарушать церемониальный порядок, например, путем настойчивого выражения сомнений, но

такое поведение не было успешным, если авторитет медицинского персонала подкреплялся бюрократической структурой.

Для каждого отдельного случая правила, ритуалы и церемонии, окружающие здоровье и здравоохранение, по существу являются случайными, поскольку построены на зыбком фундаменте договорного консенсуса. А. Strauss отмечает, что вряд ли кто-либо знает все существующие правила, а еще меньше известно, к чему именно они относятся, кого конкретно касаются и с какими санкциями связаны.

Глубинные интервью, результаты которых были описаны в работах А. Strauss и его коллег, раскрывают новые аспекты изучения взаимодействия медицинских работников и больных, имеющие место в условиях хронической болезни. В своих ранних работах об умирающих В. Glaser и А. Strauss использовали термин "условия осведомленности" для описания того, что "каждое взаимодействующее лицо знает об определенном состоянии пациента (как умирающего человека) наряду с его признанием осведомленности других лиц о его собственном состоянии".

Разнообразные формы осведомленности, полученные авторами при сборе материалов на местах, отражают условия, в которых взаимодействуют умирающий пациент и его окружение. Эти формы не являются твердо установленными, а открыты для изменений, стимулируя взаимодействие между участниками.

Центральное место в жизни организации и взаимодействии основных ее субъектов занимает ведение переговоров. "Каждый пациент ... желает что-нибудь получить либо хочет, чтобы произошли некоторые события; пускается на уговоры и лесть, ведет переговоры, настаивает, намекает и использует другие формы общения" для достижения своей цели. Со своей стороны персонал договаривается с пациентами или с их родственниками (например, о режиме ухода за пациентами), стремясь к удовлетворению потребностей пациентов, качественному выполнению своих обязанностей и получению должного вознаграждения.

Ведению переговоров отводится главная роль также в классической работе J. Roth, посвященной описанию этапов протекания лечения у туберкулезных больных. Взаимодействие врачей и пациентов происходит в условиях попыток прогнозирования обеими этими группами моментов времени, когда должны произойти конкретные важные события в течении болезни (например, наступление какого-то из этапов болезни, проведение каких-либо исследований). J. Roth обнаружил, что пациенты основывались при этом на наблюдении за лежащими рядом с ними больными, поступившими ранее или с более запущенными формами, а врачи использовали более дифференцированные категории, результаты клинических проб. Различие систем координат порождает другие противоречия, недоверие и конфликты. Пациенты непрерывно требуют ускорения графика, врачи стараются

сопротивляться таким требованиям. Результатом этих противоречивых требований является непрерывное ведение переговоров между пациентами и врачами по вопросу о том, когда будут достигнуты определенные результаты в лечении.

За рамками интеракционизма остается такая область, как социология эмоций, формирующая новый взгляд на индивида как на образ ориентированного на познание саморефлексирующего действующего лица с определенными эмоциями.

Считается, что Д. Мид и Г. Блюмер не оценили в должной мере важность чувств, уделяя особое внимание "делам и мыслям". Е. Goffman подвергся особенно сильной критике со стороны А. Hochschild за то, что больше внимания уделял поведению, определяемому правилами, в ущерб эмоциям, которые считал "неподслушными и неконтролируемыми".

В целом, обобщая различные взгляды как классиков, так и современных социологов на процесс межличностного взаимодействия, можно констатировать необходимость интеграции социологических подходов в область медицины и несомненную актуальность их использования при разработке теоретико-методологических основ исследований по данным проблемам в здравоохранении.

В статье обобщены взгляды классиков и современных социологов на процесс межличностного взаимодействия врача и пациента, подчеркнута актуальность использования интеграции социологических подходов при разработке теоретико-методологических основ исследований в здравоохранении.

Ключевые слова: взаимодействие врач — пациент, социальный конфликт, здоровье, болезнь, социальное действие

The methodological foundation of studying the phenomenon of patient in sociology of medicine

S.A. Efimenko

The I.M. Sechenov first Moscow medical university

The article summarizes the views of classics and modern sociologists concerning issues of physician-patient relationship. The actuality of implementation of integration of sociological approaches under development of theoretical and methodological basics of research studies in public health is emphasized.

Key words: physician-patient relationship, social conflict, health, disease, social action

ЛИТЕРАТУРА

1. Зиммель Г. Избранное. — М., 1996. — Т. 1 — 2.
2. Конт О. // Западно-европейская социология XIX в. — М., 1996. — С. 7 — 93.
3. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.
4. Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. — М., 2008.
5. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.

Поступила 03.10.12