

**МПД-ОЗ-14**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ НАУК**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ  
К СЕМИНАРСКИМ ЗАНЯТИЯМ  
ПО СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки 32.06.01 Медико-профилактическое дело по специальности 14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение, утвержденная ректором ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России 31.08.2020 г.

**ВЛАДИКАВКАЗ, 2020**

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы аспирантов ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России по дисциплине «Социология медицины»

**СОСТАВИТЕЛЬ:**

Цхурбаева Ф.Х., доктор экономических наук, профессор

**РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

Кусова А.Р., доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общей гигиены и физической культуры ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Дзанайты Х.Г. доктор экономических наук, доктора политических наук, профессор кафедры экономической теории и прикладной экономики ФГБОУ ВО ГГАУ.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
Раздел 1. СОЦИОЛОГИЯ КАК НАУКА ОБ ОБЩЕСТВЕ .....	6
Тема 1: Введение в социологию .....	6
Тема 2: Понятие, объект и предмет «социология медицины» .....	10
РАЗДЕЛ 2. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ .....	16
Тема 1: Структура и содержание конкретного медико- социологического исследования.....	16
Раздел 3.СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ.....	24
Тема 1. Социология медицины как наука и предмет практической деятельности .....	24
Тема 2: Девиантное поведение и социальный контроль.....	28
Раздел 3. ЗАКОНОМЕРНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА И ВРАЧА В НОВЫХ УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА.....	32
Тема 1.Социальное поведение пациента и врача: сущность, особенности проявления в современном обществе .....	32
Тема 2. Медико-социальные и этические аспекты деятельности в здравоохранении.....	40
Раздел 4. СОЦИАЛЬНЫЕ ИНСТИТУТЫ .....	53
Тема 1.Сущность, структура и виды социальных институтов .....	53
Тема 2: Семья как малая группа и социальный институт.....	58
Тема 3.Особенности и основные проблемы современной семьи.....	64
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	70

## ВВЕДЕНИЕ

Учебная дисциплина "Социология медицины" является одной из гуманитарных составляющих для подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки 32.06.01 Медико-профилактическое дело, по специальности 14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение.

Данная дисциплина призвана обеспечить познание социальных процессов во всей их сложности и многогранности, выработать у аспирантов научный взгляд на общество как объективно взаимосвязанное целое, дать общую картину зарождения, развития и функционирования всех социальных структур. Постигание социологической теории призвано выработать представления о месте и роли человека в системе общественных отношений.

Цели освоения дисциплины является ознакомление аспирантов со спецификой социальной реальности; и выработка у них элементарных навыков социологического анализа социальной действительности.

Для реализации этой цели необходимо решить следующие задачи:

- ознакомить со спецификой социальной реальности;
- выработать у них элементарных навыков социологического анализа социальной действительности;
- обогатить средствами и содержанием социологического знания интеллектуальный, образовательный потенциал будущих специалистов-медиков;
- содействовать формированию культуры толерантности и плюрализма через изучение различных методологических подходов к интерпретации социальных явлений;
- дать представление об основных методах социологических исследований и возможностях их применения в медицине и здравоохранении;
- сформировать некоторые практические навыки сбора и обработки первичной социальной информации

"Социология медицины " подразумевает применение теоретических и эмпирических социологических методов исследования в медицине, а также социологическое образование врачей, всего медперсонала. В настоящее время в социально-гигиенические исследования активно включают методы теоретической и эмпирической социологии, чтобы глубже понять роль семьи, ближайшего социального окружения (друзей, знакомых и родственников) в отношении к здоровью, заболеванию и выздоровлению. Расширяются представления о таких социальных переменных как национальная принадлежность, тендер и т.п. Социологическое научное знание обеспечивает выработку у аспирантов комплексного подхода к осмыслению процессов взаимоотношений общества и личности; понимания природы и специфики психиче-

ских процессов личности и их места в социальных явлениях, в научном и конструктивном техническом творчестве, в организации технического и производственного процессов. Курс социологии в вузе ставит своей целью дать аспирантам глубокие знания теоретических основ и закономерностей функционирования социологической науки, выделяя ее специфику, раскрывая принципы соотношения методологии и методов социологического познания; помочь овладеть этими знаниями во всем многообразии научных социологических направлений, школ и концепций, в том числе и русской социологической школы, способствовать подготовке широко образованных, творческих и критически мыслящих специалистов, способных к анализу и прогнозированию сложных социальных проблем и овладению методикой проведения социологических исследований.

## Раздел 1. СОЦИОЛОГИЯ КАК НАУКА ОБ ОБЩЕСТВЕ.

### Тема 1: Введение в социологию

**Цель: Раскрыть сущность социологии как науки, и определить ее место в системе социально-гуманитарных наук.**

#### Основные положения

Социология. Буквально от лат. socius (товарищеский) и гр. logos (слово, учение). Наиболее общее определение социологии следующее: это анализ структуры социальных отношений в том виде, в каком она складывается в ходе социального взаимодействия. Большинство наук монопарадигмальны. Парадигма -общий способ видения мира, на основании которого определяется то, какого рода научной работой следует заниматься и какого рода теории считаются приемлемыми. Модель постановки и решения задач. Социология же в связи со сложностью многоуровневостью объекта ее изучения – общества является мультипарадигмальной наукой. Поэтому ни одно определение социологии не является исчерпывающим вследствие характерного для современного состояния данной дисциплины разнообразия концепций и направлений. Например, в зависимости от уровня изучения общества различают определения с точки зрения макро и микросоциологии. Так, для микро-социологов социология - научное изучение человеческого поведения и множественные сети интеракции социального окружения человека, которое влияет на это поведение. С точки зрения макросоциологии. социология - наука о развитии, становлении, функционировании социальных общностей и форм их самоорганизации: социальных систем, социальных структур и институтов.

Уровни социальной организации общества. Выделяют 6 уровней:

1. первично - индивидуальный,
2. межличностный,
3. групповой,
4. организационный,
5. институциональный,
6. социетальный.

Структура социологии. Выделяют теоретический, эмпирический уровни и социологические теории среднего уровня.

Функции социологии. Выделяют следующие:

- теоретико-познавательная;
- практическая;
- идейно-воспитательная.

Хотя социология является наукой генерализирующей, имея дело с целостным социокультурным пространством, это еще не означает, что она занимается энциклопедическим исследованием всех социальных наук или составляет их философский синтез. Исследование общих и характерных свойств, отношений сходства социокультурных явлений предполагает такую же специализацию, как

и изучение их уникальных или сегментарных черт и отношений. Несмотря на свою генерализирующую природу, социология остается строго специальной наукой. Хотя президент или казначей фирмы имеет дело со всей компанией в целом, это не означает, что его работа не является специализированной или что он выполняет работу за всех сотрудников фирмы. По той же причине социология, изучающая целостное социокультурное пространство, не пытается выполнить миссию остальных социальных наук.

В своих генерализирующих функциях социология зависит от открытий в других специальных науках; но каждая наука, в свою очередь, зависит от смежных с ней наук, а специальные науки — от генерализирующих, причем в не меньшей, если даже не в большей степени. Физики привлекают математику, механику, геометрию и химию, а каждая из этих дисциплин использует другие науки. Ученому немисливо работать над любой проблемой не апеллируя к открытиям других дисциплин и ученых. Ни одна специальная проблема физики или химии не может быть разрешена без знания этих генерализирующих дисциплин. То же справедливо и в отношении специальных проблем биологии и основных принципов общей биологии. Специальная наука — геология гораздо больше зависит от общей физики, химии и биологии, чем сами эти науки зависят от геологии.

Точно так же, если социология зависит от истории, экономики, политологии и других отдельных общественных дисциплин, то и все они в не меньшей мере зависят от генерализирующей науки социологии. Социологические теории Ила юна и Аристотеля оказали огромное влияние на политическую, экономическую, правовую, историческую и другие специальные дисциплины, причем их влияние ощутимо вплоть до сегодняшнего дня. То же касается и обобщающих выводов Августина и Фомы Аквинского, Гоббса, Макиавелли, Ибн Халдуна и Вико, Монтескье и Локка, Руссо и Боссюэ, Конта и Спенсера, Гегеля и Маркса, Шпенглера, Дюргейма, Тарда, Вебера и Парето. Можно нитровать сотни исторических, экономических, политических, антропологических, психологических, лингвистических и даже синологических на основе социологических выкладок Августина, Аквината, Макиавелли, Гоббса, Гегеля, Спенсера, Конта или Маркса. Возникновение любой важной социологической системы всегда оказывало влияние на всю систему отдельных дисциплин, на их ведущие принципы, интерпретации, изучаемые проблемы, методы и технику исследования. Почти все специальные гуманитарные и социальные дисциплины второй половины XIX века строились на гегельянских или кошо-спенсеровский принципах. Позже они оказались под огромным влиянием марксистской социологии в области экономической интерпретации данных, тардовско-дюркгеймовских, веберовских и паретовских х социологических принципов и методов.

Более того, возникновение социологии как систематической науки привело к «социологизации» всех специальных дисциплин на протяжении последних нескольких десятилетий. Их содержание, методы, интерпретации, включая даже те, чьи авторы враждебно относились к социологии, становились все более социологическими. Подобная «социологизация» этих дисциплин

плин является красноречивым свидетельством влияния на них социологии.

Подведем итог: социология — это генерализующая наука о социокультурных явлениях, рассматриваемых в своих родовых видах, типах и разнообразных взаимосвязях.

### Контрольные вопросы:

- 1) Каковы причины возникновения социологии?
- 2) Является ли *социальное* синонимом *общественного*?
- 3) Чем различаются объект и предмет социологии?
- 4) В чем отличие общей и отраслевой социологии?
- 5) Какие функции выполняет социология в обществе?

### Вопросы для самоконтроля

1. Объясните смысл основных понятий как социология, институционализация социологии.
2. Что является объектом социологии, ее предметом?
3. Как можно раскрыть смысл категории «социальные отношения»?
4. Дать характеристику таким понятиям как теоретическая социология, эмпирическая социология, фундаментальная социология, прикладная социология, макросоциология, микросоциология.
5. Что означают социологические теории среднего уровня?
6. Как можно охарактеризовать сущность социального закона.

### Темы рефератов

- 1) Специфика социального познания.
- 2) Дискуссия о предмете социологии.
- 3) Социология и власть.
- 4) Социология XXI века: новые направления исследований.
- 5) Мое видение социологии как учебной дисциплины.

### Кейс – задания к теме.

Задание 1: Заполните таблицу, указав, к какому направлению научного знания относятся следующие дисциплины.

Дисциплина	Направление			
	Естественное	Техническое	Социальное	Гуманитарное
1. АНАТОМИЯ				
2. ИСТОРИЯ				
3. ФИЗИКА				
4. ФИЛОСОФИЯ				
5. ЭЛЕКТРОТЕХНИКА				
6. СОЦИОЛОГИЯ				

7. ГЕОЛОГИЯ				
8. АНТРОПОЛОГИЯ				
9. АСТРОНОМИЯ				
10. ПСИХОЛОГИЯ				

Задание 2: Заполните таблицу, указав, к какой науке относятся следующие понятия.

Понятие	Науки		
	Социология	Психология	Экономика
1. ИНТРОВЕРТНЫЙ			
2. ОБЩЕСТВО			
3. СТРАХОВКА			
4. СУБКУЛЬТУРА			
5. ТОВАР			
6. ЛИЧНОСТЬ			
7. РЕФЛЕКС			
8. РАЗДРАЖЕНИЕ			
9. СИНДИКАТ			
10. СОЦИАЛИЗАЦИЯ			

Задание 3. Проведите мини-опрос на тему: «Мои представления о социологии».

Задание 4. Напишите эссе на тему: «Роль социологии в подготовке современного специалиста-исследователя».

Задание 5. Ознакомьтесь с Профессиональным кодексом социолога. Объясните, почему деятельность социолога тесно взаимосвязана с нравственно-этическими нормами? Аргументируйте свой ответ.

#### ***Основная литература***

1. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова О. А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины /А. В. Решетников, О. А. Шаповалова.- ГЭОТАР-Медиа, 2007, 64 с.
3. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

#### ***Дополнительная литература***

4. Денисов И., Резе А, Волнухин А., Коммуникативные навыки. Общение с членами семьи умирающего пациента // Врач.-2011.- №3. - С. 78-80.
5. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинко-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие.- М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009 .
6. Морозов П. Н. Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения/ М. : Медицина, 2005.

7. Решетников А.В. Социология медицины: руководство. – М. : ГЭОТАР\_Медиа, 2010. — 864 с.
8. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.
9. Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А. Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных типах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.- №9. - С. 39-43.

## **Тема 2: Понятие, объект и предмет «социология медицины»**

**Цель занятия :Определить значимость и место социологии медицины в общей ее системе.**

### **Основные положения**

В настоящее время существует несколько понятий «социология медицины»: Отрасль социологии, исследующая социальные проблемы, связанные с болезнями, здоровьем, медицинским обслуживанием, с ролью здоровья и трудоспособности граждан в социальном развитии.

Область социологии, изучающая структуру, социальные функции, кадры организации медицины и здравоохранения, социальную обусловленность здоровья населения, роль здоровья формировании и жизнедеятельности человека, в развитии и функционировании общества.

Наука о медицине, специфический социальный институт, развивающийся и функционирующий через свои составные элементы, исследующий социальные процессы, происходящие в нем.

Все определения охватывают поле деятельности социологии медицины, подчеркивают необходимость изучения социальных факторов состояния здоровья, заболеваний, анализа системы здравоохранения.

Социология медицины находится на стыке медицины (организация здравоохранения, медицинская статистика, социальная гигиена, эпидемиология, медицинская демография, деонтология и т.д.) и социологии (эмпирические исследования).

Социология медицины в структуре социологического знания связана с социологическими проблемами образа жизни, труда, досуга, социологией охраны окружающей среды, организаций и т.д. Во многом развитие социологии медицины предопределено потребностями медицины.

В последнее время происходит «социализация» болезней, на развитие заболеваемости населения, изменение ее структуры большое влияние оказывают социальные, демографические, экологические, поведенческие факторы.

Социология медицины изучает организацию медицинской помощи, состояние общественного здоровья в зависимости от социально-экономических факторов. Она рассматривает медицину как подсистему социальной системы,

используя социологические аспекты и рассматривая закономерности формирования ценностных отношений к здоровью, болезни, медицине, медицинскому обслуживанию, организации здравоохранения.

Предметом социологии медицины выступает область теоретической и эмпирической социологии, изучающая социальные факторы укрепления и сохранения здоровья индивидов, воздействие на здоровье факторов окружающей среды, социальных факторов, быта и трудовой деятельности.

Предмет социологии медицины определяют, как: труд и здоровье, образ жизни и здоровье, урбанизация и здоровье, социально-гигиенические проблемы. Объект изучения социологии медицины: медицина в качестве социального института; здоровье, болезни человека в социальном аспекте; ценностные ориентации и специфика общественных отношений в медицине как отрасли человековедения.

Основная задача социологии медицины: анализ взаимодействия и взаимоотношений медицины с обществом, с различными социальными институтами, рассмотрение законов развития и функционирования теории здравоохранения как социального феномена.

Кроме того, социология медицины решает следующие задачи:

1. Выяснение роли медицины в формировании личности, социализации, гуманизации социальных отношений;
2. Обоснование аксиологических и культурологических факторов медицины;
3. Изучение влияния образа жизни на развитие заболеваний в различных социальных группах;
4. Изучение взаимодействия социальных институтов, в функции которых входит лечение и профилактика заболеваний, а также с другими социальными институтами;
5. Изучение влияние культуры на представления о заболеваниях, на отношения в системе «врач-пациент».

В системе социальной медицины здоровый индивид рассматривается только как объект воздействия со стороны здравоохранения. Состояние здоровья населения включает физический, социальный и психологический компоненты, оно во многом определяется такими социологическими категориями, как: образ жизни, социальные отношения, поведение, деятельность, общение.

Социология медицины на эмпирическом уровне изучает конкретные проблемы, являющиеся пограничными между медициной и социологией:

- девиантное поведение;
- нервно-психическое состояние населения и кризис общества;
- медицинские и социальные последствия экономических преобразований; мотивы медицинской профессионализации;
- уровень и образ жизни как критерии здоровья;
- социально-психологическая специфика медицинского коллектива и др.

К функциям социологии медицины относятся:

1. Исследование теоретических и эмпирических задач медицины, системы здравоохранения как специфической области деятельности человека, ориентированной на развитие заложенных в нем способностей;

2. Исследование закономерностей формирования и сохранения здоровья населения с учетом специфики быта, условий труда, воздействия различных факторов, оказывающих влияние на разные демографические, профессиональные группы населения;

3. Разработка и внедрение программ, социально-экономических мероприятий по улучшению физического развития населения, его здоровья, по повышению продолжительности жизни и трудовой активности;

#### **Контрольные вопросы:**

1. Социология, ее объект и предмет.
2. Место социологии в системе социально-гуманитарных наук.
3. Функции и структура социологического знания.

#### **Вопросы для самоконтроля**

1. Что изучает социология?
2. Каково определение объекта социологии?
3. В чем заключается предмет социологии?
4. Каково определение социологии как науки?
5. Каковы основные функции социологии?
6. Какие уровни социологического знания существуют?
7. Какие типы теорий существуют в социологии?
8. Какие общенаучные методы использует социология?
9. Какие методы применяются в прикладной социологии?

#### **Темы рефератов**

1. Предмет социологии: основные подходы к определению в классической и современной социологии.
2. Основные подходы к структуре социологического знания.
3. Теории среднего уровня.
4. Функции социологии.
5. Социологическое воображение, пути его формирования.
6. Понятийный аппарат социологии.
7. Индивидуальное и социальное в социологическом анализе.
8. Связь социологии с другими науками.

#### **Дайте письменные ответы на нижеприведенные задания:**

1. Философия, история, социология и ряд других гуманитарных дисциплин изучают общество и процессы, в нем происходящие. Все они изучают общество с позиции его устройства, развития и функционирования, но каждая схватывает лишь свой ракурс.

*Определите, о какой науке идёт речь в следующих высказываниях:*

Эта наука изучает верования, обычаи и традиции отсталых племен методом наблюдения \_\_\_\_\_

Эта общественная наука изучает производство, распределение и потребление ресурсов \_\_\_\_\_

---

---

---

Эта наука изучает индивидуальное поведение и внутренний мир человека

---

---

Эта гуманитарная наука изучает проявление социальных законов и закономерностей в деятельности людей \_\_\_\_\_

---

2. Принято считать, что объектом социологического познания является вся совокупность свойств, связей и отношений, которые носят название социальных. Социальное явление или процесс возникает тогда, когда поведение даже одного индивида оказывается под воздействием другого индивида, или группы - независимо от того, присутствует ли данный индивидуум.

Правильны ли эти суждения? Обоснуйте свое утверждение.

Объектом социологического познания является общество, а предметом социологической науки выступают социальные законы

Ключевым в социологии выступает понятие “социальное”. Как вы его понимаете? \_\_\_\_\_

---

3. Принято считать, что частная жизнь человека неприкосновенна и это охраняется законами государства; однако социальная жизнь человека регламентируется и контролируется этими же законами. Почему?

---

---

4. Что является предметом изучения социологии?

1. Закономерности природного характера
2. Закономерности человеческого поведения
3. Закономерности общественного развития
4. Закономерности экономического развития \_\_\_\_\_

---

5. Постройте схему взаимодействия исторической и социологической наук.

Определите их общую предметную область и выделите различия.

---

---

6. В каком соотношении между собой находятся теоретический и эмпирический уровни социологического знания?

1. Теоретический уровень определяет эмпирический
2. Эмпирический уровень определяет теоретический
3. Теоретический и эмпирический уровни находятся во взаимовлиянии
4. Они являются самостоятельными отраслями знания

---

7. Микросоциология изучает повседневное поведение людей в их непосредственном межличностном общении.

Макросоциология изучает крупномасштабные социальные системы и исторически длительные процессы.

Каким образом взаимодействуют эти два уровня социологического знания?

---

---

8. Социальные законы отличаются от природных тем, что

1. независимы от сознания и желания людей
2. являются не постоянной величиной, а тенденцией
3. включают в себя повторяемость процессов и явлений
4. разделяются на общие и специфические

---

---

9. Какие функции социологии отражены в следующих утверждениях?

Социология является средством познания законов и закономерностей общественной жизни, их проявлений в жизни людей. -

---

---

Социология способна на основе анализа современной социальной жизни предлагать варианты будущего развития событий. -

---

---

Социология, используя теоретические знания и изучение жизни людей, дает рекомендации по корреляции определенных социальных процессов.

---

---

Социология отражает определенные социальные запросы и выполняет определенный социальный заказ

---

---

10. Категория социальное обозначает

1. независимость от природных факторов
  2. взаимодействие человека и природы
  3. природу взаимодействия людей в обществе
  4. сочетание интересов людей
- 
- 

### ***Основная литература***

10. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.

11. Решетников А.В., Шаповалова О. А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины / А. В. Решетников, О. А. Шаповалова. - ГЭОТАР-Медиа, 2007, 64 с.

12. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

### ***Дополнительная литература***

13. Денисов И., Резе А, Волнухин А., Коммуникативные навыки. Общение с членами семьи умирающего пациента // Врач.-2011.- №3. - С. 78-80.

14. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие.- М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009 .

15. Морозов П. Н. Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения/ М. : Медицина, 2005.

16. Решетников А.В. Социология медицины: руководство. – М. : ГЭОТАР\_Медиа, 2010. — 864 с.

17. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.

18. Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А. Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных типах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.- №9. - С. 39-43.

## РАЗДЕЛ 2. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

### Тема 1: Структура и содержание конкретного медико-социологического исследования.

*Цель: Разобрать с аспирантами научно-методологические основы социологического исследования*

#### *Основные положения*

Интерес к социологическим исследованиям – одна из характерных черт современной медицины.

Как справедливо пишет А.В.Решетников (2002) "успех социологии медицины определяется тем, что её исследования, в отличие от медицины и социологии, направлены в точки на границы соединения медицинского знания и истории жизни конкретного индивида, конкретной социальной группы, конкретного социума, имея своей целью изучение закономерностей адаптации индивида к медико-социальной ролевой структуре функционирования социума (больной, пациент, врач, менеджер здравоохранения) и, следовательно, поиск средств защиты его ЭГО от социума".

Представляется, что данную мысль стоит рассматривать сквозь принятого международным сообществом положения, согласно которому состояние здоровья определяется четырьмя ведущими факторами: социально-экономическими (на 50%), генетическими (биологическими, до 20%), экологическими (до 20%), состоянием медицинской помощи населению (только до 10-15%).

Т.е. социальные факторы имеют явно наибольший "удельный вес", но их доминирующее влияние во многих исследованиях нередко игнорируется – например, когда сравниваются показатели заболеваемости и болезненности дифференцируемых исключительно по санитарно-гигиеническим показателям тех или иных социальных групп и общностей.

Несмотря на такую официальную "научную" молодость отечественной социологии медицины, социологические методы исследования достаточно давно и широко применяются в медицине (наиболее часто – в виде различных опросов населения, больных, медицинских работников).

Однако эти исследования проводятся, преимущественно, медицинскими работниками, не обладающими необходимыми социологическими знаниями. В результате часто не соблюдаются принятые в социологии требования к проведению конкретных социологических исследований – авторы не могут правильно сформировать и определить использованные методы и выборки, которые они изучали (хотя при этом нередко используется штампованное выражение "репрезентативная выборка"<sup>1</sup>); недостаточно квалифицированно конструируются анкеты и суть формулировок тех или иных утверждений (вопросов) разными людьми понимается очень по-разному; наблюдаются различные терминологические неточности при представлении результатов проведенной работы, а также другие погрешности, снижающие ценность получаемых результатов.

Поэтому хотелось бы предотвратить ситуацию, когда, согласно проводимым оценкам качества исследовательских публикаций, 85% исследовательских статей не соответствуют современным принципам организации исследований и/или оформления публикаций, без чего они не могут быть признаны научными.

При подготовке социологического исследования крайне важно разработать его программу.

Программа социологического исследования обычно включает в себя относительно подробное, четкое и завершенное изложение методологической части (формулировка и обоснование проблемы, указание цели, определение объекта и предмета исследования, формулировка гипотез и задачи исследования) и методической части (определение обследуемой совокупности, характеристика используемых методов сбора первичной социологической информации, логическая структура инструментария для сбора этой информации, механизм её обработки).

Социологическое исследование начинается собственно с гипотезы, т.е. предположения, что одна группа фактов связана с другой на основе причинной связи. Исследование без наличия гипотезы лучше вообще не проводить.

**Объект** социологического исследования – определенная социальная реальность, не зависящая от исследователя. Объект КСИ должен характеризоваться следующими основными требованиями: четкими обозначения явления по таким параметрам как профессиональная или отраслевая принадлежность, пространственная ограниченность (страна, регион, город и т.д.), функциональная направленность (профессиональная, политическая, бытовая), определенная временная принадлежность, возможность его количественного измерения

**Предмет** социологического исследования – свойства, стороны, отношения в данной реальности (т.е. в рамках данного объекта). В одном и том же объекте может быть множество предметов исследования.

В качестве интегральных, часто употребляемых характеристик КСИ, используются такие понятия, как валидность (соответствие назначения анкеты, интервью, теста тому, что они в действительности измеряют) и надежность (показатель стабильности, устойчивости тестовых оценок).

**В зависимости от полноты охвата факторных и результативных признаков выделяет 4 типа медико-социологических исследований:**

1. Изучение влияния одного фактора на один результативный признак (например, влияние возраста на состояние здоровья).

Изучение влияния комплекса факторов на один результативный признак (например, влияние условий жизни пенсионеров на индекс здоровья).

3. Изучение влияния одного фактора на комплекс результативных признаков (например, продолжительности естественного вскармливания на физическое развитие).

4. Изучение влияния комплекса факторов на комплекс результативных показателей (например, условий жизни на физическое развитие).

**Традиционные этапы социологического исследования:**

1. Уяснение исследовательской проблемы, формулировка целей и задач, разработка концепции (разработка программы); предпочтительнее, чтобы программа исследования ориентировалась на несколько гипотез, в т.ч. и взаимоисключающих.
2. Отработка методов сбора данных (лучше всего отдавать предпочтение методам, позволяющим квантифицировать данные; квантификация – количественная оценка чего-либо).
3. Сбор информации ("полевой" этап).
4. Подготовка данных к обработке и анализу.
5. Обработка и анализ информации (это нередко предполагает таксономию; таксономия – классификация и систематизация сложноорганизованных областей деятельности, имеющих иерархическое строение).
6. Изложение результатов исследования (неквалифицированное выполнение этого этапа способно "похоронить" любое хорошее исследование).

Почти 90% всех социологических данных получают с помощью опроса (как в "общей" социологии, так и в социологии медицины). Опрос может быть сплошным (когда опрашиваются все обследуемые) и, намного чаще, выборочным (выборочный опрос – системный способ сбора данных путем опроса репрезентативной совокупности; требования репрезентативности выборки означают, что по выделенным параметрам/критериям состав обследуемых должен приближаться к соответствующим пропорциям в генеральной совокупности; репрезентативность – свойство выборочной совокупности представлять основные параметры генеральной совокупности).

При формировании выборок нередко используют так называемый **метод основного массива**, когда охватывается большая часть изучаемого объекта – в объёме примерно 50-70% и более; например, опрос 65% больных, находящихся на момент обследования в больнице, изучение средств наглядной агитации в 70% поликлиник/больниц города и т.д.

При определении репрезентативной выборки возможны ошибки выборки, которые подразделяются на 2 типа: *случайные и систематические* (**ошибка выборки** – отклонение средних характеристик выборочной совокупности от средних характеристик генеральной совокупности).

Случайные ошибки связаны с природой любых статистических погрешностей и влекут за собой вероятность того, что выборочная средняя выйдет (или не выйдет) за пределы заданного интервала.

Систематические ошибки обусловлены недостаточной репрезентативностью выборочной совокупности и при возрастании объёма выборки не уменьшаются.

Традиционно выделяют две основные разновидности социологического опроса: *анкетирование*, когда опрашиваемый сам заполняет опросник в присутствии исследователя или без (почтовый опрос, опрос через газеты, журналы) и *интервьюирование*, предполагающее личное общение с опрашиваемым, когда исследователь сам задает вопросы и фиксирует ответы; фактически, сбор анамнеза заболевания правомерно рассматривать как клиническое интервью; анкетирование и интервьюирование могут быть как ин-

дивидуальными, так и групповыми (при групповом анкетировании не желательно, чтобы было более 10-20 лиц, т.к. лучше, если вся группа обзрима и доступна для индивидуальных консультаций). Процедуры анкетирования в присутствии исследователя и интервьюирования достаточно схожи, а у пожилых людей такое анкетирование часто переходит в стандартизированное интервьюирование.

Спорный вопрос представляет использование **тестов** в социологии. Тест, традиционно, принято относить к психологическим методом исследования и рассматривать их как специализированные методы психологического диагностического исследования. С их помощью можно получить количественную или качественную характеристику изучаемого признака. Тестирование можно расценивать как своеобразную функциональную пробу, когда специфическими нагрузками служат экспериментальные задания, выполнение которых требует напряжения тех или иных психических функций или затрагивает различные личностные особенности.

**Полевое исследование** – массовый сбор информации на объектах, в реальных условиях, например, опросы непосредственно в больницах медперсонала и больных (выражения "полевое исследование" и "лабораторное исследование" являются антонимами).

**Наблюдение** – прямая регистрация событий как визуально очевидцем, так и с использованием различной техники.

**Пилотажное (пилотное, разведывательное, зондажное, пробное)** исследование – носящее предварительный, пробный характер. Цель пробного исследования состоит в проверке ряда организационных (как отбирать респондентов, когда и где обследовать, сколько времени тратить на одно интервью и т.п.).

**Повторные исследования** – совокупность нескольких исследований, проведенных по единой программе и инструментарию последовательно через определенные промежутки времени и призванных получить результаты, характеризующие динамику изменения объекта. Одним из наиболее распространенных видов повторных КСИ является социологический мониторинг. В принципе, если ставится цель изучения развития чего-либо, то это предполагает проведение повторных исследований.

**Социологический эксперимент** осуществляется либо путём целенаправленного воздействия на реальные объекты (натурный эксперимент), либо на с помощью особого анализа информации об объектах, которые в этом случае ставятся в экспериментальные условия не в натуре, а мысленно (мысленный эксперимент).

**Историческое исследование.** Имеет следующее преимущество – оно даёт возможность проверить гипотезы на более широких временных и пространственных отрезках, чем это возможно при использовании других методов.

**Анализ данных.** Этап эмпирического социологического исследования, в ходе которого при помощи содержательных соображений и математико – статистических методов на основе первичной информации раскрываются

связи исследуемых переменных.

**Социометрический метод** – это метод сбора первичной социальной информации о межличностных отношениях в малых группах, желательно, состоящих не более, чем из 12-15-ти человек).

В ходе проведения исследований по социологии исследователи сталкиваются с дилеммой: они, с одной стороны, не имеют права искажать полученные результаты, а, с другой, обязаны рассматривать людей как цель, а не как средство своих исследований. В основе этических проблем при социологических исследованиях лежит фундаментальная дилемма между необходимостью свободного проведения исследования, публикации результатов и необходимостью соблюдения прав и интересов участников исследования, а наиболее частая основа нарушения этических норм – проблема доступа к данным

Ввиду возможных конфликтов между разнообразными обязательствами Американская социологическая ассоциация разработала свод этических норм (1980), среди которых основные:

✓ Социологи не должны осознанно пользоваться своей ролью исследователя как маской для получения информации для иных целей, помимо исследовательских.

✓ В отношении объектов исследований должны соблюдаться нормы конфиденциальности и уважения.

✓ Наблюдатели не должны подвергать объектов значительному риску или наносить им личный ущерб в ходе экспериментов. Там, где может предполагаться риск или ущерб, требуется безусловное согласие полностью проинформированных участников исследований.

✓ Конфиденциальная информация, предоставленная участниками исследований, должна рассматриваться как таковая и социологами даже в случаях, когда подобная информация не ограждена никакими средствами легальной защиты или привилегиями.

Основные этические принципы в отечественной социологии медицины также неразрывны с "общемедицинскими" этическими принципами, представленных в работах таких исследователей, как И.В.Силуянова (1997), Н.В.Веселкова (2000), И.А.Бутенко (2002), В.И.Петров, Н.Н.Седова (2002):

- ✓ Конфиденциальность (в частности, целесообразна расписка со всех лиц, имеющих доступ к данным или занятым в сборе данных в сохранении конфиденциальности).
- ✓ Информированное согласие (респондент, как минимум, должен быть информирован о том, что исследование имеет место, должен быть осведомлён о его цели и о том, что означает участие в нём).
- ✓ Уважение к автономии респондента и непричинение ему вреда, включая гарантированное отсутствие негативных последствий в случае отказа.
- ✓ Профессионализм исследователя.
- ✓ Принцип справедливости (который приходится уточнять и конкретизировать практически в каждом исследовании).

Исказаться результаты социологических исследований могут как на стадии сбора первичной информации, так и при обработке, анализе и изложении результатов исследования.

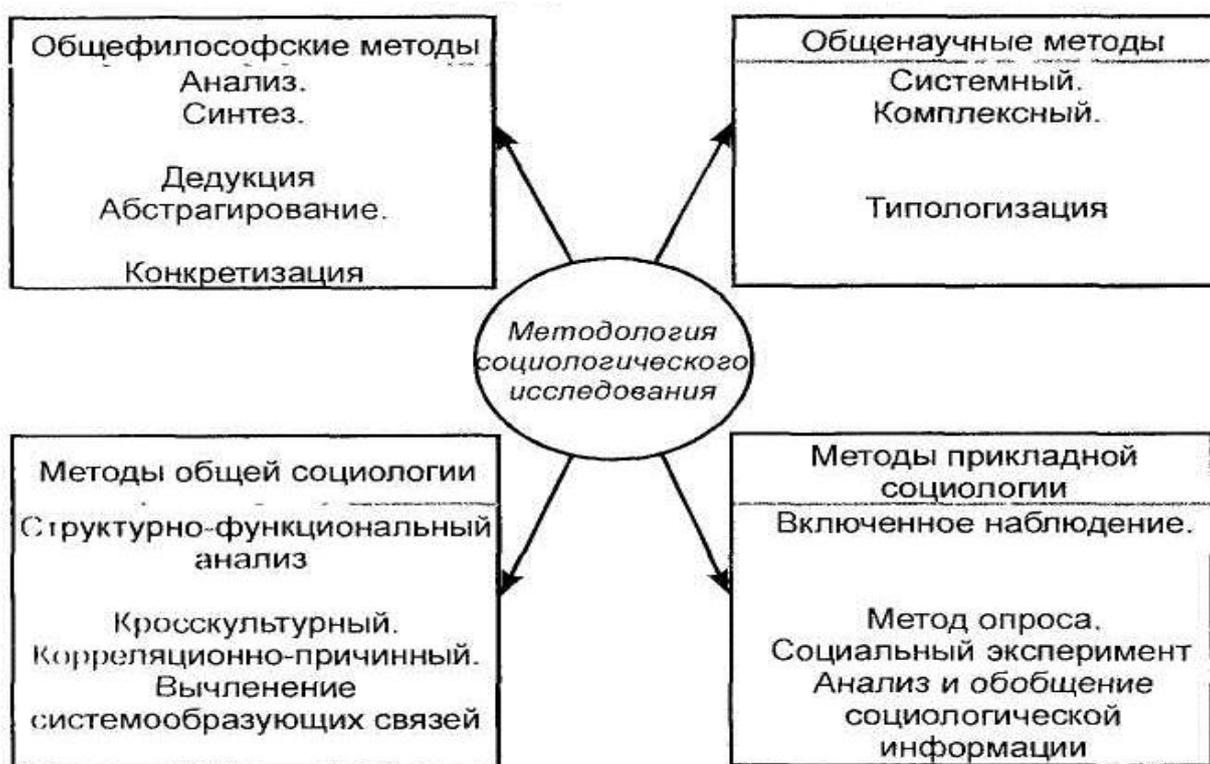
Различают 2 основные группы способов контроля надежности сбора первичной информации:

- ✓ Внешний контроль;
- ✓ Внутренний контроль .

Как внешний, так и внутренний контроль предполагают не только существенное увеличение трудозатрат, но и основательную социологическую (в т.ч. и математическую) подготовку, вследствие чего они в полном объеме в настоящее время в исследованиях по социологии медицины практически не применяются.

### *Кейс-задания*

*Задание 1. В схеме «Система методов , применяемых в социологии» вписать названия недостающих методов*



*Рис. Система методов, применяемых в социологии*

## **Круглый стол. «Исследование влияния образа жизни на здоровье»**

**Цель:** помочь аспирантам задуматься о собственном образе жизни, продумать план по поддержанию и улучшению здоровья, как на уровне индивидуального, так и общественного здоровья.

Разработка плана мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни с применением «метода кругового сбора идей».

Вопросы для обсуждения:

1. Определение понятия здоровья. Что означает быть здоровым именно для Вас?
2. Самооценка здоровья.
3. Факторы, влияющие на Ваше здоровье.
4. Какие меры по поддержанию здоровья Вы предпринимаете.
5. Основные этапы Вашего отношения к здоровью, менялось ли отношение к здоровью в течение жизни, какие факторы этому способствовали?
6. Анализ Вашего образа жизни: положительные и отрицательные характеристики.
7. В каком возрасте нужно закладывать азы ЗОЖ?
8. Какие мероприятия, на Ваш взгляд, будут наиболее эффективными в продвижении ЗОЖ?

### **Объясните смысл основных понятий:**

- ✓ социологическое исследование (СИ),
- ✓ методология, метод, методика, техника, процедура, инструментарий СИ,
- ✓ виды СИ (разведывательное, описательное, аналитическое, разовое, повторное, пилотажное, полевое),
- ✓ программа СИ,
- ✓ проблема, объект и предмет СИ,
- ✓ цель и задачи СИ,
- ✓ интерпретация понятий, гипотеза СИ,
- ✓ генеральная и выборочная совокупность, репрезентативность,
- ✓ опрос, анкетирование, интервью,
- ✓ социометрия, анализ документов, наблюдение, эксперимент, анкета, респондент, вопросы анкеты (закрытый, открытый, альтернативный, полузакрытый),
- ✓ обработка социологической информации,
- ✓ отчет СИ.

### **Контрольные вопросы:**

- 1) Каковы этапы социологического исследования?
- 2) По каким показателям различаются разведывательное, описательное, аналитическое исследование?
- 3) Какова структура программы социологического исследования?
- 4) В чем специфика закрытого, полузакрытого и открытого вопросов анкеты?

5) Чем отличается обычная беседа со студентом (учеником, родителем, коллегой) от интервью как метода сбора социологической информации?

#### **Вопросы для самоконтроля**

1. Цели социологического исследования.
2. Виды социологического исследования.
3. Программа социологического исследования.
4. Методы социологического исследования.

#### **Темы рефератов**

- 1) Качественные методы в социологии.
- 2) Исследование документальных источников в социологии.
- 3) Наблюдение как метод сбора первичной социологической информации.

#### **Кейс - задания**

Задание 1: Кратко охарактеризуйте основные элементы программы социологического исследования (тема по выбору аспиранта):

*Методологический раздел:* проблемная ситуация → проблема → объект исследования → предмет исследования → цель и задачи исследования → интерпретация понятий → предварительный системный анализ предмета исследования → выдвижение гипотез.

*Методический раздел:* стратегический план исследования → обоснование методов исследования → составление выборки → составление инструментария исследования.

Задание 2: Разработайте программу и на ее основе составьте анкету для проведения социологического опроса (тема по выбору аспиранта).

Задание 3: Используя метод социологического наблюдения, проведите сбор первичной информации и проанализируйте результаты (тема по выбору аспиранта).

Задание 4. Используя метод контент - анализа, проведите исследование газеты (любой на ваш выбор) за последний месяц.

Задание 5. Разработайте программу интервью на интересующую вас тему. Составьте бланк интервью и инструкцию для интервьюеров.

#### **Литература**

##### **а). Основная**

1. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова А. В. Решетников, О. А. Шаповалова Здоровье как предмет изучения в социологии медицины /А. В. Решетников, О. А. Шаповалова.- ГЭОТАР-Медиа,2007,64 с
3. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

##### **б)Дополнительная литература**

4. Морозов П. Н.Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения.- М. : Медицина, 2005.

5. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие.- М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009 .
6. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.
7. Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А. Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных типах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.-№9. - С. 39-43.

### **Раздел 3. СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ**

#### **Тема 1. Социология медицины как наука и предмет практической деятельности**

*Цель : Исследовать подходы к изучению здоровья населения с социологических позиций*

#### *Основные положения*

**Социология медицины** – это наука, изучающая медицину как социальный институт и подсистему общества, анализирующая состояние общественного здоровья и организации медицинской помощи в зависимости от социально-экономических факторов, рассматривающая социальные аспекты здоровья и заболеваний, исследующая интересы, потребности, ожидания и поведение индивидуумов и социальных групп в отношении здоровья, болезни, организации и управления здравоохранением, в постоянном взаимодействии последнего с другими структурными элементами социума.

Как области медицинской науки, предметом изучения социологии медицины являются функционирование и развитие социальных процессов в медицине, взаимодействие медицины с другими структурными элементами социума, социальные аспекты здоровья и болезни, ожидания и поведение индивидуумов, социальных групп и популяции в отношении здоровья и болезни для обоснования концепции социального управления здоровьем, медико-социальным поведением и качеством жизни личности.

Поскольку социология медицины – наука, возникшая как смежная для социологии и общественного здоровья и здравоохранения, закономерным является факт, что *предмет ее изучения – социальные процессы, связанные со здоровьем и болезнью, медициной и здравоохранением.*

Исследования предмета социологии медицины осуществляются в рамках двух основных подходов: при первом медицина рассматривается как социальный институт, при втором – как подсистема общества.

Подход к изучению *медицины как социального института* предполагает социологический анализ медицины как целостной системы;

- ✓ формирование концепций и выделение культурно- исторических типов её развития;
- ✓ исследование различных аспектов организации, управления, экономики и прежде всего – эффективности здравоохранения как основного социального инструмента медицины;
- ✓ изучение социальных аспектов здоровья и болезни, медицинской науки и медицинских технологий.

Изучается роль и место социального инструмента медицины – здравоохранения, роли его основного представителя – врача и его основного потребителя – пациента в социуме; исследуется ролевое поведение профессионала здравоохранения и потребителя медицинских услуг как результат действия социальных законов.

Изучение *медицины как подсистемы общества* включает социологический анализ взаимодействия медицины с другими общественными институтами, в частности, исследование координации действий здравоохранения и образования, религии, права; изучение взаимодействия медицины с экономической и политической сферами общества; социологический анализ влияния процессов глобализации на развитие медицины.

В социологии медицины все социальные процессы рассматриваются с точки зрения отношений индивидуума и социальных групп к своему здоровью и бытующих в изучаемой среде поведенческих практик его поддержания. Изучая социальные процессы, происходящие в сфере здоровья и болезни, опираясь на закономерности социальных явлений в сфере охраны здоровья, социология медицины строит модели медико-социального поведения, в фундаментальных и прикладных (научно-практических) направлениях.

Используя методологию социологии медицины, можно планировать и организовывать на качественно новом уровне научные исследования и в сфере общественного здоровья. Исследуя сферу медико-социального взаимодействия, социология медицины разрабатывает медико-организационные технологии, позволяющие достичь оптимальной реализации социально эффективных управленческих решений в здравоохранении, – *социология управления здравоохранением*.

***Задачи социологии медицины на современном этапе включают:***

- 1) Формирование социологической культуры профессионалов здравоохранения, сближение исследования и преподавания;
- 2) Систематизацию методологии, совершенствование методического аппарата, планирование медико-социологических исследований;
- 3) Расширение применения результатов медико-социологических исследований в управлении здравоохранением и контроле проводимой государ-

ством политики по его реформированию с целью повышения результативности и эффективности;

4) Исследование и решение актуальных проблем здравоохранения с учетом не только мирового опыта, но на основе специфики современного состояния российского общества и реальных закономерностей общественного развития в РФ.

Одной из основных особенностей данной дисциплины является ее междисциплинарный характер.

Становление социологии медицины тесно связано с достижениями не только медицинских наук (социальная гигиена, эпидемиология, организация здравоохранения и др.) и социологических (социология семьи, социальная работа, инвайронментальная социология, феноменология и т.д.), но и таких, как психология, семиотика, культурология, антропология.

В 50-е годы XX в. в США, а затем в Великобритании (в 70-е годы в СССР) выделяется новая научная дисциплина - медицинская социология. С момента ее возникновения проявилась двойственность в терминологии, которая связана с *двумя подходами*:

1) социология в медицине (в отечественной науке - медицинская социология), основанная на медицинской модели помощи и отражающая лидерство медицинских и общественно-политических структур в определении проблемных тем;

2) социология медицины и здравоохранения - применение социологических подходов к осмыслению опыта, распространения и лечения болезней.

К факторам интеграции медицины и социологии, которые способствуют формированию *социологии медицины в России* как самостоятельной научной дисциплины, относят:

✓ состояние социальной аномии в обществе в условиях возвращения к принципам рыночной экономики;

✓ потребность социологического осмысления роли и места системы охраны здоровья в жизни общества;

✓ использование социологических методов исследования в здравоохранении;

✓ изменение демографических процессов и структуры заболеваемости (постарение населения, естественная убыль, хронизация заболеваний и др.);

✓ потребность в использовании социологических подходов для изучения и лечения заболеваний.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Медицинские учреждения как социальные организации. Особенности функционирования медицинских учреждений.
2. Особенности руководства медицинским учреждением.
3. Характеристика индивидуальных и коллективных субъектов и объектов управления в здравоохранении.
4. Основные виды управленческих отношений в здравоохранении.
5. Особенности взаимоотношения врач-пациент.

6. Цели, средства, механизм и результаты целевого управленческого воздействия.

### ***Вопросы для самоконтроля***

1. Социология лечебно-профилактических учреждений. Социально-психологические отношения в коллективах ЛПУ. Социальные аспекты изучения и лечения заболеваний.
2. Предмет и задачи социологии медицины.
3. Основные направления исследований в социологии медицины.
4. Сущность медицины как социального института.
5. Социокультурные факторы заболеваемости.
6. Социальные аспекты политики здравоохранения.
7. Социальное взаимодействие врача и пациента.
8. Практическое использование результатов медико-социологических исследований.
9. Стимулирование самосохранительного поведения.
10. Социологические аспекты болезни и поведения больного.

### **Темы рефератов:**

1. Концепции социального управления.
2. Ситуационный подход в социальном управлении.
3. Государственное управление в системе социального управления.
4. Социальные системы и их составляющие.
5. Социально-психологические отношения в коллективах ЛПУ.
6. Социальное управление в здравоохранении с позиции социологии медицины.
7. Проблемы студенческого самоуправления.
8. «Одномерный человек» по Г. Маркузе.
9. Студенческая аудитория как разновидность социальной группы.

### ***Кейс -задания***

Задание 1. Определите тип социальной общности (социальная группа или квазигруппа), в которой вы учитесь. Аргументируйте свой ответ.

Задание 2. Подготовьте обоснованные ответы на следующие вопросы:

Можно ли считать реальной группой:

- впервые встретившихся в лаборатории людей, которые навсегда расстанутся после окончания эксперимента;
- студенческую группу;
- людей, ожидающих на остановке автобус;
- представителей одной и той же национальности?

Задание 3. Объясните, почему каждая социальная организация является социальной общностью, но далеко не каждая социальная общность является социальной организацией. Аргументируйте свой ответ.

Задание 4. Раскройте характерные признаки современного массового общества на Западе, используя метод анализа документов.

Задание 5. Охарактеризуйте социальные последствия действий охлократии, опираясь на данные СМИ.

## Литература

### а) Основная

1. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. 4-е изд., испр. и доп. М. : Издательство Юрайт, 2012.- 400 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова А. В. Решетников, О. А. Шаповалова Здоровье как предмет изучения в социологии медицины /А. В. Решетников, О. А. Шаповалова.- ГЭОТАР-Медиа,2007,64 с
3. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

### б)Дополнительная литература

4. Морозов П. Н.Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения.- М. : Медицина, 2005.
5. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие.- М.: "ГЭОТАР-Медиа",2009 .
6. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.
7. Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А.Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных типах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.-№9. - С. 39-43.
8. Науменко Т.В. Массовое сознание и его роль в массово-коммуникативном процессе // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 18. Политология и социология. – 2008. - № 2.
9. Хевеши М.А. Массовое общество в XX в. // СОЦИС. - 2010. - № 7.

## Тема 2: Девиантное поведение и социальный контроль

**Цель: Раскрыть сущность дивиантного поведения, его роль в стагнации и развитии общества.**

### Основные положения

Социализация нацелена на развитие конформного человека, т. е. того, который бы выполнял общественные стандарты, соответствовал социальным стандартам. Отклонение от них называется девиацией. Таким образом, девиантное поведение определяется соответствием социальным нормам.

Социальная норма – это не обязательно реальное поведение, а нормативное поведение – это не просто наиболее часто встречающийся образец. Поскольку это понятие относится главным образом к социальным ожиданиям (ожиданиям) «правильного» или «надлежащего» поведения, нормы подразумевают наличие какой-то законности, несут в себе оттенок согласия и предписания, т. е. требования выполнить что-либо или, напротив, запрет, налагаемый на какое-то действие.

Девиантное поведение не всегда носит негативный характер, оно может быть связано со стремлением личности к чему-то новому, прогрессивному. Поэтому социология изучает не любые отклонения от норм, а те, которые вызывают общественное беспокойство. Под девиацией понимается отклонение от групповой нормы, которое влечет за собой изоляцию, лечение, тюремное заключение и др. К ней традиционно относят: преступность, алкоголизм, наркоманию, проституцию, суицид и другие.

Девиантное, т. е. отклоняющееся от норм, поведение охватывает огромный спектр человеческих поступков. В зависимости от амплитуды отклонения, а также от характера нарушаемых норм можно выделить три его степени:

1) незначительно отступление от норм морали и этикета называется собственно девиантным;

2) нарушения норм права, но не столь значительные, чтобы за них наступала уголовная ответственность, называются в социологии делинквентным поведением. Понятие «делинквентное поведение» охватывает довольно широкий спектр нарушений правовых и социальных норм. А в криминологии оно определяется как типично молодежное (юношеское) правонарушение, что указывает на довольно высокий уровень подлежащих судебному или административному преследованию правонарушений, совершаемых молодыми людьми в возрасте между двенадцатью и двадцатью годами;

3) серьезные нарушения норм уголовного права, именуемые преступлениями, можно было бы назвать криминальным поведением.

А. И. Кравченко проводит такое разграничение между собственно девиантным и делинквентным поведением: «Первое относительно, а второе абсолютно. То, что для одного человека или группы – отклонение, то для другого или других может быть привычкой... Девиантное поведение относительно, ибо имеет отношение только к культурным нормам данной группы. Но делинквентное поведение абсолютно по отношению к законам данной страны».

Девиантные исследования довольно часто включают в себя большое разнообразие типов поведения: от злоупотребления наркотиками до футбольного хулиганства и даже занятий колдовством и магией, как поведения, на которое наклеен ярлык девиантного и даже делинквентного. Социология девиации, таким образом, берет в качестве объекта изучения более широкие, более неоднородные категории поведения, нежели традиционная криминология.

### ***Сущность и формы социального контроля***

Усилия общества, направленные на предотвращение девиантного поведения, наказание и исправление девиантов описываются понятием «социальный контроль». Оно включает в себя совокупность норм и ценностей общества, а также санкции, применяемые в целях их осуществления.

Сам термин «социальный контроль» был введен в научный оборот французским социологом и социальным психологом Габриэлем Тардом. Он рассматривал его как важнейшее средство исправления криминального пове-

дения и возвращения преступника в «нормальное» общество. Наиболее развернутую теорию социального контроля разработали американские социологи Э. Росс и Р. Парк. Росс пытался найти и изучить способы достижения равновесия между обеспечением социальной стабильности, с одной стороны, и индивидуальной свободы – с другой. Он считал необходимым прежде всего внутренний этический и социальный контроль, основанный на интернализации общественных ценностей. Роберт Парк, один из основателей чикагской школы, автор «классической» социально-экологической теории, считал, что общество – это и есть контроль и согласие. Он понимал социальный контроль как особое средство, обеспечивающее определенное соотношение между человеческой природой и социальными силами.

Толкотт Парсонс в своей работе «Социальная система» определял социальный контроль как процесс, с помощью которого через наложение санкций нейтрализуется девиантное поведение и тем самым поддерживается социальная стабильность. Он проанализировал три основных метода осуществления социального контроля:

1) изоляцию, суть которой заключается в том, чтобы поставить непроходимые перегородки между девиантом и всем остальным обществом без каких-либо попыток исправления или перевоспитания его;

2) обособление – ограничение контактов девианта с другими людьми, но не полную изоляцию от общества; такой подход допускает исправление девиантов и их возвращение в общество, когда они будут готовы вновь выполнять общепринятые нормы;

3) реабилитацию, рассматриваемую как процесс, в ходе которого девианты могут подготовиться к возвращению к нормальной жизни и правильному исполнению своих ролей в обществе.

Можно также выделить две формы социального контроля:

1) формальный, включающий в себя уголовное и гражданское право, органы внутренних дел, суды и т. д.;

2) неформальный, предусматривающий социальное вознаграждение, наказание, убеждение, переоценку норм.

Таким образом, сущность социального контроля заключается в стремлении общества и различных составляющих его общностей укреплять конформизм своих членов, культивировать «социально желательные» формы поведения, воспрепятствовать девиантному поведению, а также вернуть девианта в русло соблюдения социальных норм.

### ***Контрольные вопросы***

- 1) Место и роль СМИ в механизме социального контроля.
- 2) Социальные корни и последствия девиантного поведения.
- 3) Политика и социальный контроль.
- 4) Проблемы девиаций в современной России.
- 5) Проблемы наркомании в современном мире.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Какие существуют виды социального контроля.
2. Сущность социального порядка и социальной нормы.

3. Охарактеризуйте понятие социальная санкция.
4. Сущность девиации и ее виды.
5. Дайте определения понятиям делинквенция, аномия,
6. Характерные особенности правонарушений, наркомании, токсикомании, пьянства, алкоголизма, суицида.

#### **Кейс-задания**

Задание 1. Заполните таблицу: «Причины девиантного поведения молодежи»:

Задание 2: Раскройте различие биологизаторских, психологических, социологических подходов, объясняющих причины девиантного поведения.

Задание 3. Определите наиболее распространенные формы девиации в студенческой среде, используя метод интервью.

Задание 4. Приведите примеры, иллюстрирующие типологию девиантного поведения Р. Мертона.

Задание 5. Проанализируйте роль Устава ВУЗа в механизме социального контроля современного российского общества.

Формы девиации	Социальные причины	Экономические причины	Политические причины	Морально-нравственные причины
Алкоголизм				
Наркомания				
Проституция				
Суицид				
Преступление				

#### **Литература**

##### **в). Основная**

1. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова А. В. Решетников, О. А. Шаповалова Здоровье как предмет изучения в социологии медицины /А. В. Решетников, О. А. Шаповалова.- ГЭОТАР-Медиа,2007,64 с
3. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

##### **б)Дополнительная литература**

4. Морозов П. Н.Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения.- М. : Медицина, 2005.
5. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие.- М.: "ГЭОТАР-Медиа",2009 .
6. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.

7. Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А. Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных типах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.-№9. - С. 39-43.
8. Коленникова О.А. и др. Коммерциализация служебной деятельности работников милиции // СОЦИС. – 2010. - № 3.
9. Омигов В.И. Экологическая преступность // СОЦИС. – 2009. - № 7.
10. Салагаев А.Л., Шашкин А.В. Молодёжные группировки – опыт пилотного исследования // СОЦИС. - 2010. - № 9.

### **Раздел 3. ЗАКОНОМЕРНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА И ВРАЧА В НОВЫХ УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА.**

#### **Тема 1. Социальное поведение пациента и врача: сущность, особенности проявления в современном обществе**

**Цель: Изучить особенности социального поведения пациента и врача и их изменение под влиянием новых социальных и экономических особенностей развития общества**

#### **Основные положения**

Социальное поведение – это «реакция социального актора («человека действующего») или социальной группы на социальную ситуацию и на внешние социальные изменения в виде совокупности социальных действий, направленных на поддержание социального существования или адаптацию к социальной среде». Здоровоохранение – «система социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих целью сохранить и повысить уровень здоровья населения, функционирование которой обеспечивается наличием кадров, материально-технической базы, определенной организационной структуры, соответствующих технологий и развитием медицинской науки». Однако это упрощенная биомедицинская дефиниция. Здоровоохранение понимается как «устойчивый тип социальной практики, посредством которого организуется жизнь общества и взаимодействие людей по поводу здоровья и болезни».

Модель социального поведения в сфере взаимоотношений «врач-пациент» – это элементарная схема реакций и действий личности врача по отношению к пациенту, актуализирующийся в результате осознания проблемной ситуации относительно индивидуального статуса здоровья и связанных с необходимостью принятия решений для благополучного выхода из проблемной ситуации. Модели социального поведения «врач-пациент» приобретают как рефлексивный (преимущественно), так и аффективный характер, могут конструироваться спонтанно под влиянием ситуативных факторов либо быть результатом реализации стратегии поведения,

т.е. предварительного мыслительного установления человеком (пациентом) последовательности действий для достижения желаемого состояния и получения достоверной информации о наличном статусе здоровья. Для социологов модели поведения являются методическим ориентиром конкретно - социологических исследований институциональных практик (формальных и неформальных) в сфере здравоохранения, социальных маркеров дифференциации пациентов и «предпациентов», идейной основой для разработки социальных технологий позитивизации отношений в современном российском здравоохранении.

Теоретико-методологические традиции изучения социального поведения в сфере здравоохранения условно разделяются на две группы: – субъективистские и объективистские. Такое деление продиктовано проекцией общей методологии социологического познания как перманентного противоборства классиков и неклассиков, количественников и качественников, структуралистов и конструктивистов.

В современной науке накоплено немало теорий и эмпирических данных о самосохранительной активности людей, отношении к здоровью и здравоохранению, моделях поведения в ситуации заболевания, барьерах доступности медицинской помощи, специфике национальных систем здравоохранения. Однако в социологии до сих пор отсутствуют специальные концепции, способные объяснить механизмы влияния ментальных программ, в рамках которых происходит интериоризация формальных и неформальных институциональных практик путем их субъективной интерпретации, на социальное поведение акторов в сфере здравоохранения. Еще не стала предметом междисциплинарного дискурса методология исследования осознанных и неосознанных структур ментальных программ в контексте социального поведения в сфере здравоохранения. Широкий спектр эмпирической информации в виде статистики, инициативных всероссийских и региональных социологических опросов дает лишь общее представление о социальных детерминантах повседневного поведения акторов в условиях трансформации российского здравоохранения. Также не выделялись различные модели (нормативные и модальные) социального поведения, доминирующие в российском здравоохранении в целом и в различных его подсистемах.

Без сомнения, взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это большой комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу приходится постоянно сталкиваться. Порой возникают вопросы немедицинского характера. Например, известно, что медицина до сих пор находится в сложном финансовом положении. В государственных медицинских учреждениях зачастую не хватает лекарств, перевязочных материалов, оплата труда персонала низкая... И в то же время газеты и сайты пестрят объявлениями о так называемой рецептурной подработке для врачей, и потенциальный работодатель не скупится, указывая возможный заработок. Соблазн велик! А суть таких предложений проста: врач должен убедить, уговорить своего пациента купить препарат, а чаще – биологически активную добавку, за некое вознаграждение – процент от стоимости лекарства, который и будет

составлять заработок врача. Принцип “больше продал – больше получил”, хоть и удачно вписывается в систему рыночных отношений, но, на наш взгляд, в медицине неприемлем – это тупиковый путь, ведущий к отказу пациента от лечения и понижению авторитета врача. Но есть и другой путь: применение новейшей информации, касающейся квалифицированной синонимической и аналоговой замены препаратов, а также использование современных лекарственных средств и форм.

В условиях реализации принципов рынка в отечественном здравоохранении наиболее деструктивное действие на кадры врачей оказывают некоторые процессы, которые характерны для частнопредпринимательской деятельности, но ростки этих процессов наблюдаются и в государственной (муниципальной) системе ЛПУ.

Прежде всего, - это **деморализация**. Она проявляется в потере морали как обществом в целом, так и отдельными группами работников, в том числе и врачей. Некоторые специалисты ведут себя аморально, вне самоконтроля, который запрещает пьянство, саморазрушение, грубость и агрессию. Такие специалисты, как правило, работают за пределами принятых стандартов оказания медицинской помощи населению и уровень качества производимых ими услуг низкий. В глазах пациента деморализованный врач не обладает ни уважением, ни авторитетом.

Другим деструктивным процессом, который угрожает врачебной среде является **деинтеллектуализация**, т.е. нежелание заниматься интеллектуальным трудом. Этот процесс превращает медицинского работника с высшим образованием (врача) в ремесленника, потому что такой специалист прекращает творчески думать и самостоятельно анализировать свои действия. Он неспособен к самообразованию. Если среди высших медицинских кадров ЛПУ начинает преобладать именно такой тип врача, то закономерным результатом является утрата интеллектуального потенциала системы здравоохранения.

Не менее важное значение в современных условиях имеет **этический нигилизм**.

Жизнь современного врача и студента-медика проходит в достаточно интенсивном темпе. На то, чтобы приостановиться и сосредоточенно обдумать прошедший день, не остается времени. Однако врачу совершенно необходимо выработать в себе эту привычку: думать обо всем, что услышал, увидел, узнал; анализировать все свои действия и поступки, обращая особое внимание на то, в чем ошибся, что можно было сделать или сказать лучше и как это следовало сделать.

Одним из важнейших условий, от которого зависит самовоспитание будущего врача, и которое во многом определяет индивидуальную форму профессионально-этической проблемы, является самокритичность. Только выработавший ее человек обретает способность видеть себя, свои поступки и действия как бы со стороны и объективно их оценивать. Восточная мудрость гласит, что истинный друг не тот, кто нас хвалит, а тот, кто нас заслуженно

порицает. Стать таким другом и суровым судьей самому себе — одна из основных целей самовоспитания врача.

Известно, что истина в медицине иногда продвигается сквозь гипотезы и даже ошибки. Опыт многолетних изучений и наблюдений, в том числе и в странах Западной Европы, убеждает, что ни один доктор не застрахован от ошибок. Однако их вероятность наиболее высока в тех случаях, когда не были установлены хорошие взаимоотношения между врачом и пациентом.

**Таблица... Классификация профессионально – этических проблем в здравоохранении**

Классификация профессионально-этических проблем	Конфликтующие стороны	Пример
Индивидуальная	Врач в себе	Врач знает о допущенной им диагностической ошибке, но пациент и коллеги о ней не знают
Врачебная	Врач – пациент	Допущена ошибка при диагностике пульпита, в результате чего возникло осложнение, что стало известно больному от другого врача
Коллегиальная	Врач – врач	Врач не согласен с материалами разбора случая его диагностической ошибки, представленными на врачебную конференцию его коллегой
Бригадная	Врач – младший персонал	Несмотря на неоднократные замечания врача, медсестра нарушает режим стерилизационной обработки инструментария
Общественная	Врач – население	Население информировано о том, что врач не использует современные методы лечения
Административная	Врач – администрация	Руководствуясь интересами пациентов, администрация ставит дежурство в выходной день врачу, имеющему маленького ребенка
Коллективная	Врач – коллектив	Врач не согласен с решением коллектива об отказе, о выдаче ему рекомендации для получения высшей категории
Социальная	Врачебное	Население не поддерживает рекомендации

	общество – население	врачебного общества фторировать питьевую воду с целью профилактики кариеса
--	----------------------	--

Многочисленными исследованиями доказано, что в случаях, когда больные начинают критиковать своих лечащих врачей, они значительно реже касаются их профессиональной компетентности, а чаще жалуются на неадекватность общения с врачом: «Да, мне становится лучше. Но мне никто не объясняет, что со мной происходит», «Со мной вообще почти не разговаривают. Они смотрят только на результаты моих анализов и обсуждают только их».

Ограниченность информации и неадекватное ее представление лежат в основе отрицательного отношения пациента к врачу. Анализ, проведенный представителями административных органов здравоохранения Российской Федерации, связанных по долгу своей работы с анализом жалоб от населения, говорит о том, что большинство их обусловлено скорее неудачами в общении с пациентом, нежели действительно плохой медицинской помощью.

В чем же кроются причины низкой компетентности современных врачей в вопросах правильного установления диалога врач – больной? Среди них можно отметить отвлеченность от практики предмета медицинской этики и деонтологии или традиционное для прежних лет пренебрежение к личности, кастовость мира врачей и т. д.

Любой человек, который когда-нибудь имел несчастье быть в роли больного или являлся родственником пациента, может пылко и красочно рассказывать о своих злоключениях и неприятных контактах с медперсоналом. При этом следует подчеркнуть, что больные в большинстве случаев находят неудовлетворительными их взаимоотношения с врачами. Часто доктора представляются им людьми, с которыми трудно общаться: они недружелюбны, не соответствуют представлениям пациента и не способны создать доверительные отношения с ним.

Одним из отличительных моментов современной медицинской этики является тот факт, что все большее и большее число больных хочет участвовать в процессе принятия решений, касающихся их жизни и здоровья: в частности, в выборе тактики лечения. Подобная тенденция является следствием возрастающего образования и внимания к своему здоровью среди населения. Это, в свою очередь, подразумевает еще большую компетентность врачей в тактике построения диалога с пациентом.

Известно, что модель взаимоотношений формируется на основании личностных качеств врача, его такта и интуиции. В настоящее время целые творческие коллективы разрабатывают научные подходы к построению правильного с учетом современных представлений диалога между врачом, больным и его родственниками. При этом старшее поколение врачей работает так, как работали их учителя, как подсказывает им их опыт и воспитание, а младшее поколение учится на примере старших, при этом совершенно игнорируя огромный мировой опыт.

Согласно О.М. Лесняку (2003), существует пять моделей построения взаимоотношений врача и пациента (см. табл.).

Первые две модели взаимоотношений врача и пациента наиболее часто используются в течение длительного периода времени. Как и другие модели, они предполагают практическое применение врачом всех своих умений для того, чтобы поставить диагноз и определить стадию заболевания, а затем идентифицировать дальнейшую тактику с целью облегчения страдания или восстановления здоровья.

**Таблица Основные модели построения взаимоотношений врача и больного**

Модель	Роль врача	Описание модели
Активно-пассивная	Выполняет свою работу без участия пациента	Основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений
Покровительственная	Объясняет пациенту, что необходимо сделать, чтобы помочь ему. Выполняет роль наставника	Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима
Информативная	Роль компетентного технического эксперта	Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает
Интерпретивная	Консультирует больного и помогает ему принять решение. Выполняет роль советника	Предполагается, что больному нужна лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам
Совещательная (договорная)	Вовлекает пациента в обсуждение, в течение которого помогает ему осознать приоритеты, касающиеся здоровья	Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение

Вслед за этим, согласно первой из них (*активно-пассивной*), следует лишь объявление больному, как в дальнейшем предполагается с ним поступить (когда прооперировать или какой лекарственный препарат назначить), согласно же второй (*покровительственной*), врач доносит до пациента избранную информацию, которая позволяет больному лишь согласиться с той тактикой лечения, которую избрал доктор. Обе указанные модели до сих пор преобладают в общении медицинского персонала в большинстве медицинских учреждений СНГ и некоторых стран Европейского Союза. Однако

единственно возможное безапелляционное применение таких моделей общения может иметь место лишь в случае необходимости неотложных вмешательств (срочная операция или бессознательное состояние больного).

*Информативная модель* никогда не использовалась в нашей практике и, вероятно, никогда не будет применена. Она представляет собой вариант отношения к врачу как к обслуживающему персоналу. От него ожидается лишь грамотное выполнение своих обязанностей по постановке диагноза и сообщению больному возможностей лечения. Другими словами, врач является продавцом услуг, а пациент — покупателем. При этом право выбора сохраняется полностью за покупателем.

*Интерпретивная модель* мало отличается от информативной. Она основана на том, что общение врача с больным — это не простой обмен информацией, а помощь со стороны врача в принятии решения. Однако, как и при информативной модели, решение о выборе тактики лечения остается только за самим пациентом. В этом случае совершенно необоснованно предполагается, что больной сам очень хорошо знает, что ему необходимо.

Самая разумная модель — *совещательная*, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе одинаковую ответственность. Она основана на том, что обычный взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. Данная модель также предполагает, что врач в состоянии видеть разницу между предпочтениями самого пациента и теми рекомендациями, которые должен дать профессионал. Подобный вариант общения способствует пониманию больным таких важных для него факторов, как профилактика, здоровый образ жизни, правильное лечение. Совещательная модель изменяет роль больного в самом процессе диагностики и лечения. Из пассивного объекта вмешательств он становится активным соавтором, но также и лицом, несущим определенную ответственность за свое здоровье. В этой связи модель получила свое развитие и в отношении информированного согласия пациента на проведение ему диагностической или лечебной манипуляции, а также на его участие в проведении научного исследования.

### ***Контрольные вопросы***

6) Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала XXI века

7) Здоровье занятого населения.

Система поддержания здоровья в современной России

### **Вопросы для самоконтроля**

Какие существуют Модели общения врача и пациента.

2. Сущность социального принципа “не навреди”.

3. Какие характеристики врач включает в понятие «идеальный пациент»?

4. Положительные факторы, формирующие межличностных отношений с пациентом врачу

### **Темы для рефератов**

1. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России.
2. Модели взаимоотношения врач-пациент по Роберту Витчу .
3. Этические правила и правовые вопросы взаимоотношения врач-пациент.
4. Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача.
5. Сущность взаимопонимания врача и пациента, как социально-психологического феномена

### **Кейс-задачи**

**Задача № 1:** Студентка 4 курса медицинского университета поступила на работу в должности медицинской сестры в детское инфекционное отделение больницы. Однако ее конкурентка — выпускница медицинского училища, обжаловала решение администрации больницы, мотивируя это тем, что студентка, не получившая законченного высшего образования, не имеет право работать медсестрой, в отличие от нее, имеющей специальную подготовку медицинской сестры.

**Вопрос:** Обоснована ли эта жалоба?

**Задача № 2:** Девочка, 14 лет, поступила в акушерское отделение городской больницы, где была установлена беременность сроком в 2 месяца. Узнав об этом, она попросила сделать ей аборт, потребовав соблюдения врачебной тайны (не говорить об этом родителям).

**Вопрос:** Как следует поступить врачу?

**Задача № 3:** В связи с юбилеем медицинского учреждения готовился сюжет об успехах данной клиники для телевидения. Журналистами проводились беседы с медицинским персоналом, больными. Фиксировались на пленку отдельные медицинские манипуляции и оборудование. Через два месяца показали сюжет на местном телевидении, где рассказывалось о достижениях, проблемах и перспективах клиники, в том числе информация о здоровье больных Петровой 50 лет, Артамоновой 26 лет, Васильевой 21 год, страдающих различными заболеваниями.

**Вопрос:** Можно ли рассматривать данный случай как пример нарушения прав пациента?

**Задача № 4:** В результате проводимого медицинского осмотра пациенту Шахову 27 лет был поставлен диагноз ВИЧ. Лечащий врач объяснил больному, что необходимо встать на учет и провести полное обследование близких и родственников пациента. Однако Шахов настаивал на неразглашении диагноза его родным. Больной пригрозил, что в противном случае он подаст иск о компенсации причиненного ему морального вреда в результате разглашения врачебной тайны.

**Вопрос:** Каким образом поступить в данной ситуации лечащему врачу? Укажите основание для разглашения врачебной тайны без согласия пациента?

## Литература

### Основная литература

1. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова А. В. Решетников, О. А. Шаповалова Здоровье как предмет изучения в социологии медицины /А. В. Решетников, О. А. Шаповалова. - ГЭОТАР-Медиа,2007,64 с
3. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

### Дополнительная литература

4. Морозов П. Н.Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения.- М. : Медицина, 2005.
5. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие..- М.: "ГЭОТАР-Медиа",2009 .
6. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.  
Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А. Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных типах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.-№9. - С. 39-43.
1. Хевеши М.А. Массовое общество в XX веке // СОЦИС. – 2010. - № 7.

## Тема 2. Медико-социальные и этические аспекты деятельности в здравоохранении

**Цель :Ознакомиться с сущностью медико-социальной работы в системе здравоохранения и их ролью во взаимоотношениях между**

### Основные понятия

Медико-социальная работа представляет собой одно из важнейших направлений в деятельности социальных учреждений и занимает особое место в практическом здравоохранении. Увеличение доли пожилых людей, числа больных хроническими заболеваниями, с особенностями их образа жизни и работы, выдвигает новые требования к оказанию социально-медицинской помощи, медицинской реабилитации.

Здоровье человека, как известно, зависит всецело от характера взаимодействия его биологического начала, сформировавшегося в процессе длительной эволюции под влиянием факторов окружающей среды, и многочисленных социальных влияний. Эти две составляющие здоровья человека – биологическое и социальное – находятся в диалектическом единстве и тесной

взаимосвязи.

Решая сходные проблемы, направленные на улучшение благосостояния общества и конкретного индивидуума, медицина и социальная работа используют различные методологические подходы.

Медицина преимущественно исследует анатомо-физиологическое состояние организма человека в целом и его отдельных систем, выявляя отклонения от физиологической нормы, диагностирует патологические изменения в организме, определяет причинно-следственные связи, лежащие в их основе, механизмы развития заболеваний. При этом используются различные методы для более полноценного восстановления организма, нормализация его физиологических процессов.

К задачам социальной работы относятся выявление ведущих факторов, оказывающих наиболее существенное влияние на здоровье человека, его социальную адаптацию, и генеалогического дерева, возможно, влияющих на состояние здоровья детей. Однако профилактическая деятельность, Здоровье человека, как известно, зависит всецело от характера взаимодействия его биологического начала, сформировавшегося в процессе длительной эволюции под влиянием факторов окружающей среды, и многочисленных социальных влияний. Эти две составляющие здоровья человека – биологическое и социальное – находятся в диалектическом единстве и тесной взаимосвязи.

Решая сходные проблемы, направленные на улучшение благосостояния общества и конкретного индивидуума, медицина и социальная работа используют различные методологические подходы.

Медицина преимущественно исследует анатомо-физиологическое состояние организма человека в целом и его отдельных систем, выявляя отклонения от физиологической нормы, диагностирует патологические изменения в организме, определяет причинно-следственные связи, лежащие в их основе, механизмы развития заболеваний. При этом используются различные методы для более полноценного восстановления организма, нормализация его физиологических процессов.

К задачам социальной работы относятся выявление ведущих факторов, оказывающих наиболее существенное влияние на здоровье человека, его социальную адаптацию, и генеалогического дерева, возможно, влияющих на состояние здоровья детей. Однако профилактическая деятельность, осуществляемая медицинским персоналом, зачастую недостаточно эффективна, поскольку не затрагивает целый комплекс социальных проблем или решает их частично.

При этом недостаточно изучается воздействие отдельных социальных факторов и их сочетаний на здоровье человека, практически не изучается экономическое состояние общества и семьи, в частности обеспеченность людей самым необходимым для жизни:

➤ жильем, работой, показателей: заболеваемость, рождаемость, смертность, воспроизводство населения и т. д.;

➤ недостаточно учитывается экономическая обстановка местности проживания и ее влияние на здоровье человека.

Все это свидетельствует о возрастающей роли социологии в системе здравоохранения нового вида профессиональной деятельности – социально-медицинской работы. Становление такого вида деятельности обусловлено ухудшением здоровья населения, потребовавшим решения проблем медицинского и социального характера на качественно новом уровне – на уровне социально-медицинской работы.

Из-за финансовых трудностей, система государственного здравоохранения уже не в состоянии выполнять в полном объеме те функции, которые выполняла ранее, уменьшается объём бесплатных услуг, ограничивается доступность этого вида медицинской помощи, в то же время растёт число заболевших. В таких условиях сохранение здоровья и жизни клиентов становится не только медицинской задачей, но и социальной. Отсюда вытекает необходимость сотрудничества между медицинскими и социальными службами в виде социально-медицинской работы.

Осуществляемая медицинским персоналом, зачастую недостаточно эффективна, поскольку не затрагивает целый комплекс социальных проблем или решает их частично. При этом недостаточно изучается воздействие отдельных социальных факторов и их сочетаний на здоровье человека, практически не изучается экономическое состояние общества и семьи, в частности:

- обеспеченность людей самым необходимым для жизни: жильем, работой, транспортом, продуктами питания;
- не проводятся исследования демографических показателей: заболеваемость, рождаемость, смертность, воспроизводство населения и т. д.;
- недостаточно учитывается экономическая обстановка местности проживания и ее влияние на здоровье человека.

Все это свидетельствует о возрастающей роли в системе здравоохранения нового вида профессиональной деятельности – социально-медицинской работы. Становление такого вида деятельности обусловлено ухудшением здоровья населения, потребовавшим решения проблем медицинского и социального характера на качественно новом уровне – на уровне социально-медицинской работы.

Из-за финансовых трудностей, система государственного здравоохранения уже не в состоянии выполнять в полном объеме те функции, которые выполняла ранее, уменьшается объём бесплатных услуг, ограничивается доступность этого вида медицинской помощи, в то же время растёт число заболевших. В таких условиях сохранение здоровья и жизни клиентов становится не только медицинской задачей, но и социальной. Отсюда вытекает необходимость сотрудничества между медицинскими и социальными службами в виде социально-медицинской работы.

**Медико-социальная работа как направление в социальной работе** включает разнообразную специализацию. В России введена специальность «Медико-социальная работа с населением» и «Медико-социальная помощь

людям пожилого возраста и инвалидам в условиях стационарных учреждений»; «Социальная работа в учреждениях здравоохранения».

Социальная медицина в системе социальной работы соединяет такие науки как медицину, социологию, антропологию, гигиену, и ряд других. Как предмет исследования она определилась с 1903 г., когда в Германии А.Гротьян основал журнал, а в 1905 г. - научное общество по социальной гигиене.

**Медико-социальная работа (МСР)** – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического, социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепления здоровья.

**Целью медико-социальной работы** является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физиологических и психопатологией, а также социальным неблагополучием.

Поскольку медицина и социальная работа не должны ограничиваться констатацией наличия или отсутствия у человека конкретной болезни, физических дефектов или социальной патологии, в рамках социально-медицинской работы рассматриваются пути профилактики болезней, адаптации и реабилитации людей, перенесших операции и заболевания, пострадавших от техногенных, стихийных или вооруженных бедствий.

Специалист по социальной работе, оказывающий **медико-социальная** услуги, является своего рода социальным врачом (лечение словом), его клиенты – больные, имеющие социальные проблемы.

В работе специалист по социальной работе решает вопросы улучшения показателей жизни своих клиентов – слабозащищенных слоев населения, нуждающихся в помощи. Но имеются и узкие профильные задачи по оказанию социально-медицинских услуг: организация доврачебной медицинской помощи и уход за больными, оказание необходимой социальной помощи умирающим, санитарно-гигиенические мероприятия, санитарное просвещение населения, услуги по уходу за больными и одинокими, как на дому, так и в условиях стационара с дневным пребыванием или пребыванием в реабилитационных, восстановительных отделениях и отделениях медицинской профилактики. Например, госпитали ветеранов ВОВ.

Роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, связанных со здоровьем, оказывающегося в сложной жизненной ситуации должна быть координирующей. Так, если психолог имеет дело с психикой человека, врач – с состоянием его физического и психического здоровья, а юрист – с его правовым полем, то специалист по социальной работе воспринимает клиента, как целостного индивида в единстве его различных сторон.

Т.о., **объектом социально-медицинской работы** выступают люди, нуждающиеся в охране и укреплении здоровья, как отдельные люди, так и группы населения:

- одинокие престарелые;

- инвалиды;
- длительно, часто и тяжело болеющие (диабетики, аллергики, астматики и пр.);
- лица с аддиктивным поведением (пьяницы, алкоголики, наркоманы и пр.);
- дети-сироты;
- юные матери;
- многодетные семьи;
- пострадавшие от стихийных бедствий;
- мигранты;
- беженцы;
- больные СПИДом и прочие.

**Функции** социально-медицинской работы весьма многочисленны:

- изучение жизни, труда населения, выявление групп риска, связанных с повышением заболеваемости, установление размеров необходимой медицинской помощи;
- предотвращение социальной и психологической напряжённости, профилактика психических срывов, психопрофилактика депрессивных состояний тоже относится к сфере социально-медицинских услуг;
- профилактика травматизма, а при необходимости, оказание первой и неотложной помощи пострадавшим;
- обучение по мере необходимости, правилам и навыкам ухода за больными, престарелыми, детьми;
- противостояние процессам дегуманизации;
- применение санитарно-гигиенических мер оздоровления; и т.д.

Естественно, что эти и другие многочисленные функции – дело не одного человека. Многие из перечисленных функций требуют творческого подхода к их решению. Здесь большой простор для новых форм работы специалиста.

Медицинские работники на практике выполняют ряд функций социальных работников, поскольку отечественных дипломированных специалистов по социальной работе еще недостаточно. В свою очередь, социальные работники, которые очень часто имеют дело с клиентами, страдающими физической и психической патологией, должно иметь соответствующие медицинские знания, навыки и умения.

Так же как и медицинскую деятельность, так и социально-медицинскую работу нередко разделяют на первичную и вторичную.

Первичная социально-медицинская работа подразумевает восстановление у населения необходимости соблюдения здорового образа жизни, решение целого ряда социальных проблем общества, семьи, индивидуума, для достижения максимального возможного уровня здоровья.

Вторичная социально-медицинская работа предусматривает создание определенных социальных условий, позволяющих больному человеку без ущерба для здоровья лучше адаптироваться в социальной среде, быть полезным обществу, чувствовать себя личностью, а также решение целого ряда других социальных проблем (обеспеченность необходимым жилищными

условиями, питанием, профессией, соответствующей здоровью, устранение вредных привычек – курение, злоупотребление алкоголем).

Медико-социальная работа имеет много общего по своей сути с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер деятельности.

Обобщенные специальные функции можно разделить на три группы:

- медико-ориентированные;
- социально-ориентированные;
- интегрированные.

***К медико-ориентированным функциям относят:***

- организации медицинской помощи и ухода за больными;
- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп;
- оказание медико-социальной помощи хронически больным;
- организация паллиативной помощи умирающим;
- предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и
- порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др..

***К социально-ориентированным функциям относят:***

- - обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах здоровья и оказания медико-социальной помощи;
- представление в органах государственной власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;
- содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий поселений;
- обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;
- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получение пенсий, пособий и выплат;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- психотерапия и психическая саморегуляция;
- коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

***Интегрированные функции включают в себя:***

- комплексная оценка социального статуса клиента;

- содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом, территориальном уровнях;
- формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
- планирование семьи;
- проведение медико-социальной экспертизы;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;
- содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекций и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;
- социально-правовое консультирование;
- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;
- участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;
- обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

Таким образом, социально-медицинская работа – одно из направлений деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Один из компонентов социологии медицины является этика, которая играет весьма существенную роль в повседневной лечебно-профилактической деятельности. Достоверность и объективность определения проблем здравоохранения, включая его этические аспекты, возможны лишь при сравнительной оценке позитивных и негативных тенденций его развития в различных странах мира. Медицинская этика, культура, мораль в немалой степени определяют “лицо” здравоохранения, и именно эти элементы порой нивелируются, а их значимость минимизируется, особенно в процессе бурного развития здравоохранения как отрасли, где на первый план выходят экономика, современные лечебно-диагностические технологии, биомедицинские исследования, фармакотерапия и др.

В этих условиях особое значение для социологии медицины приобретает такая категория медицинской этики, как обеспечение прав пациентов, страдающих хроническими заболеваниями и подверженных острым патологическим состояниям. Тенденции изменения подходов, в первую очередь к получению квалифицированной медицинской помощи, а также к информации (включая согласие пациента на применение тех или иных диагностических и лечебных мероприятий), приобретающее в настоящее время особое значение. В последние годы проблемы защиты прав пациента активно рассматриваются ВОЗ и Советом Европы.

***Этические аспекты деятельности в здравоохранении.*** Профессия врача и в древние времена, и настоящее время является одной из наиболее гуманных,

что предопределяет сущность и значение отношения общества к представителям данной профессии. Любому человеку, пришедшему на прием к врачу, вправе надеяться на достойное, основанное на уважении личности, обращение. Как раз этими проблемами и занимаются врачебная этика и деонтология.

*Медицинская этика – это разновидность профессиональной этики, включающая совокупность морально-этических и нравственных правил и принципов оказания медицинской помощи.*

Медицинская этика служит своеобразной теоретической основой, обоснованием морально-нравственного поведения медицинских работников.

*Медицинская деонтология – составная часть медицинской этики, которая занимается проблемами должного поведения медика при непосредственном выполнении своих профессиональных обязанностей.*

К студенту как будущему врачу и к другим сотрудникам в клинике предъявляются следующие требования:

соблюдение формы (чистый, отутюженный халат, полухалат, брюки; сменная обувь на низком каблуке; аккуратная прическа);

использование при приеме пациентов также очков, перчаток, маски.

Внешность врача должна отражать внутреннюю собранность, дисциплину. Медицинская «униформа» не нуждается в украшении. Опрятность доктора всегда ассоциируется в представлении пациента с его хорошей профессиональной подготовкой. Больной уверен, что аккуратный врач может хорошо лечить (П.А. Леус, О.И. Абаимова, Л.А. Казеко и др., 1998).

Издано немало книг и брошюр по медицинской деонтологии. Бесценно значение таких руководств в деле врачебного искусства, как «Дневник старого врача» Н.И. Пирогова, «Записки врача» В.В. Вересаева. В каждом из них деонтология представлена как мир врача.

Для исхода лечения исключительно важным является характер отношений, который устанавливается при первом контакте пациента с врачом. Только тот специалист может рассчитывать на успех лечения, который учитывает индивидуальные и личностные особенности больного. Пациент чутко прислушивается к каждому слову врача. Он должен постоянно ощущать оптимизм врача, особенно в критические минуты, это помогает ему уверовать в положительный результат проводимого лечения и преодолевать трудности на пути к выздоровлению.

*Этический кодекс российского врача*, утвержденный в 1994г., декларирует, что «каждый врач несет моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество несет ответственность за своих членов перед обществом в целом...».

*Клятва врача*, текст которой введен Федеральным законом 1999г. № 214-ФЗ в качестве изменения ст. 60 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, представляет собой обещание, даваемое в Российской Фе-

дерации лицами, окончившими высшие медицинские образовательные учреждения.

Структура этико-деонтологического пространства медицинской деятельности выглядит следующим образом. Принцип автономии личности уравнивает роли медицинского работника и пациента в сфере принятия решений и опирается на признание свободы выбора и самостоятельности человека. Принцип справедливости гарантирует равное распределение медицинских ресурсов между равными в своей автономии и свободе индивидами. Принцип не причинения вреда ограничивает медицинские вмешательства, поскольку предполагает доминирование социального, а не биологического в определении качества жизни, примат самореализации над органическим благополучием. Принцип «делай добро» выступает направляющей активности медицинского работника, позволяет расставить приоритеты в процессе выбора среди возможных вмешательств.

Таким образом, основными морально-этическими и деонтологическими требованиями, предъявляемыми к профессиональной деятельности медицинских работников, являются:

-гуманизм: действия медицинских работников должны быть направлены исключительно во благо пациента и не должны причинять ему заранее предвидимый необоснованный вред;

-профессионализм: действия медицинских работников должны основываться на достижениях науки и практической медицины по вопросам диагностики, лечения и реабилитации пациентов с типичным развитием патологических процессов (заболеваний, отравлений, травм и пр.);

-научная обоснованность: вмешательства, осуществляемые медицинскими работниками, направленные на коррекцию патологического состояния пациента, должны быть основаны на достижениях медицинской науки, и не носить экспериментальный характер;

-самокритичность является одним из важнейших морально-этических требований, предъявляемых к деятельности медицинских работников, поскольку они, как представители ни одной другой профессии, обязаны контролировать свое поведение, предвидеть последствия своих действий в отношении третьих лиц, как в морально-этическом, так и правовом аспектах;

-уважение прав, свобод и достоинства пациентов, родственников пациентов и других лиц, которым могут быть нанесены душевные травмы, причинен ущерб их физическому и психическому здоровью .

Перед врачом постоянно стоят вопросы: «Как это сделать?», «Каким образом вселить в пациента уверенность в собственных силах, заслужить его расположение и доверие?».

Все **этические проблемы в здравоохранении** можно разделить на два вида:

- морально-этические;
- профессионально-этические.

**Морально-этическая сфера** здравоохранения зависит от его (ее) морального облика, формирующегося на основе воспитания в семье и школе.

**Профессионально-этическая сфера** врача так или иначе связана с профессиональной деятельностью. В своем учебном пособии П.А.Леус приводит классификацию профессионально-этических проблем( см. Приложение 1) По его мнению, все что касается морально-этической сферы врача, зависит от его (ее) морального облика, формирующегося на основе воспитания в семье и школе. Профессионально-этические проблемы, так или иначе, связаны с профессиональной деятельностью.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что медицинская сфера, представляя собой уникальное нравственное пространство, предъявляет особые требования к качеству профессиональной (и, прежде всего, деонтологической) подготовки будущих медицинских работников, особым образом регулирует нравственные основания профессиональной деятельности и особенности подготовки медицинских работников в стенах образовательных учреждений (в том числе медицинских колледжей).

#### **Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение понятию «медицинско- социальная работа»,
2. Охарактеризуйте цель и объекты медицинско- социальной работы.
3. Определите место медицинско- социальной работа среди смежных видов деятельности.
4. Перечислите контингенты медицинско- социальной работы.
5. Перечислите и охарактеризуйте принципы медицинско- социальной и работы.
6. Перечислите и охарактеризуйте специальные функции медицинско- социальной работы.

#### **Вопросы для самоконтроля**

- 1) Раскройте понятие «семья социального риска».
- 2) Опишите этапность социальной работы с «семьей социального риска».
- 3) Охарактеризуйте медицинско- социальной проблемы неполных семей.
- 4) В чем заключается медицинско- социальной помощь молодым семьям?
- 5) В чем заключается медицинско- социальной помощь многодетным семьям?
- 6) Охарактеризуйте особенности медицинско- социальной работы с семьями алкоголиков.

#### **Темы рефератов**

- 1) Содержание и методика медицинско- социальной работы в учреждениях здравоохранения .
- 2) Медицинско- социальная работа в планировании семьи.
- 3) Медицинско- социальная работа в онкологии.
- 4) Медицинско- социальная работа в наркологии.

- 5) Медицинско- социальная работа с инвалидами.
- 6) Медицинско- социальная с учащейся и студенческой молодежью.

### **Кейс-задачи.**

#### **Тема: «Этические и морально-нравственные принципы и нормы профессионального поведения»**

**Задача № 1.** В больницу для проведения плановой операции поступил Н., его осмотрели: старший ординатор отделения, лечащий врач, оперирующий хирург, анестезиолог; были изучены также заключения специалистов. Противопоказаний к операции обнаружено не было. Во время операции возникло тяжелое осложнение, связанное с повышенной ломкостью и хрупкостью сосудов из-за врожденного генетического заболевания. С целью предотвращения развития гангрены и сохранения жизни пациента врачи ампутировали ему нижнюю конечность. Районный суд г. Москвы в иске к больнице отказал, так как не была доказана причинная связь между техникой производства операции и наступившим осложнением.

**Вопрос:** какой аспект принципа «не вреди» реализован врачами в данном случае?

**Задача № 2.** В детскую городскую больницу родителями был доставлен 7-летний ребенок с диагнозом «анемия». Требовалось срочное переливание крови. Родители от этой процедуры отказались, сославшись на то, что это им не позволяют религиозные убеждения. Врачи не стали делать данную процедуру. Ребенок умер оттого, что ему своевременно не перелили кровь.

**Вопрос:** какой модели соответствовали действия врачей? Поясните.

**Задача № 3 .** Гражданка Н. купила «голливудскую» улыбку в ульяновском стоматологическом кооперативе «Дантист»: ей протезировали сразу верхнюю и нижнюю челюсти. Зубные боли, кровотечение – лишили женщину сна. А «голливудская» улыбка получилась с каким-то оскалом больного цингой. Суд после проведения независимой судебно-медицинской экспертизы удовлетворил исковое заявление пациентки: 15 000 руб. В столице ей за эту сумму сделали новую верхнюю челюсть.

**Вопрос:** какая ценность «привела» гражданку Н. к стоматологам?

**Задача № 4.** Перед вами речевые формы из медицинской практики:

- «пожили бабушка, и хватит»,
- «неужели вы так боитесь смерти?»»,
- «такая молодая и... такая больная?»»,
- «ложитесь бабушка, сейчас мы вам снимем голову».

**Вопрос:** в какой модели отношения «врач - пациент» чаще всего возможны подобные реплики? Поясните.

**Задача № 5.** «И вот еще сложный вопрос: право больного выбирать врача. Иностранцы часто спрашивают: «Может ли больной у вас ...» и т.д. Нет, не может. Не принято. И нельзя разрешать. Хотя, не скрою, тяжело для пациентов лечиться на стол к аспиранту Жене или ординатору Степе. Но, отказов почти нет. Доверие к клинике».(Амосов Н.М., 1976)

**Вопрос:** какой модели отношения «врач-пациент» придерживается автор?

**Задача № 6.** Три года назад Николаю сделали операцию по поводу аденомы предстательной железы. Послеоперационный период был сложным, и че-

рез полгода у Николая развилась стриктура, (сужение) мочевыводящего канала, что потребовало повторной операции.

Суть конфликта такова: - пациент утверждает, что его не предупредили о возможных последствиях операции, иначе бы он не согласился на нее, и требует компенсации причиненного морального вреда; - врачи уверены в том, что перед операцией разговор с пациентом состоялся, и не считают себя виновными в данной ситуации.

**Вопрос:** почему возник конфликт между врачами и пациентом? Поясните.

**Задача № 7.** Жительница Новосибирска 5 месяцев носила в себе металлический зажим Кохера длиной 26 см., забытый во время операции; в результате чего лишилась части кишечника.

**Вопрос:** какие принципы биоэтики нарушены медперсоналом: этические, эстетические, правовые? Поясните.

**Задача № 8.** «А впереди еще похороны. Пойти – может, родственникам будет противно смотреть на мое лицо: «Пришел на похороны своих жертв». Не пойти – опять: «Бессовестный, угробил и даже последний долг не отдал». Обязан идти. Пусть все смотрят. Если бы врачи ходили за гробом своих пациентов, наверное, никто бы не стал врачевать».(Амосов Н.,1976)

**Вопрос:** оправдана ли этически и юридически «обязанность» идти «на похороны своих жертв»? Поясните.

**Задача № 9.** Больному бронхитом назначили стрептомицин. Однако, подавая ему лекарство, провизор спросила: «У вас что – туберкулез?» Больной ответил: «Нет». Придя, домой, больной почувствовал потливость, слабость, вспомнил, что был в контакте с туберкулезным больным и ... заболел туберкулезом (навязчивый страх заболеть туберкулезом).

**Вопрос:** что перед нами: эгротогения, ятрогения, эгогения, сестрогения? Поясните.

**Задача № 10.** Врач-стоматолог из-за собственной невнимательности вместо новокаина набрал в шприц формалин и ввел его в нижнюю челюсть пациентки: результатом явился некроз костной и мягких тканей. Образовавшаяся на лице и шее язва не заживала более 1 месяца. Затем на месте язвы от нижней челюсти до нижней трети шеи сформировался рубец, который привел подбородок к груди.

**Вопрос:** какая ценность и какие принципы этики нарушены врачом?

**Задача № 11.** Медицинская сестра должна была ввести больной внутривенно раствор брома. Взяв из медицинского шкафа, где обычно стоял бром, склянку с бесцветной жидкостью и, не обратив внимания на этикетку, сделала инъекцию. У больной сразу же после инъекции начались судороги. Несмотря на принятые меры, больная через час погибла. Оказалось, что вместо брома сестра ввела 10 мл. дикаина.

**Вопрос:** какой характер действий медсестры предопределил смерть пациентки: экономический, политический, моральный, психологический, религиозный, правовой? Поясните.

**Задача № 12.** Врач С. сильно расстраивается, когда пациенты до или после визита к ней консультируются по той же проблеме у другого врача. Она считает это потерей времени и вредным для здоровья пациентов и поэтому ре-

шает поставить пациентов перед выбором: либо они прекращают визиты к другим врачам по той же проблеме, либо она перестает их принимать, кроме этого, она намеревается обратиться в свою медицинскую ассоциацию, чтобы та пролоббировала в правительстве запрет на подобное поведение пациентов. (Прецедент из медицинской практики США)

**Вопрос:** права ли врач С. в своем способе решения проблемы права пациента на выбор врача?

**Задача № 13.** Доктор М., молодой анестезиолог городской больницы, вызван главным хирургом в операционную. Хирург использует несовременные технологии, которые удлиняют операцию и приводят к более сильным послеоперационным болям и увеличению времени выздоровления. Более того, он часто отпускает грубые шутки в адрес пациентов и среднего медицинского персонала. Как молодой специалист, доктор М. опасается и не очень хочет критиковать хирурга при всех или докладывать об имеющихся фактах вышестоящему руководству. Тем не менее, он чувствует, что необходимо предпринимать какие-то меры для изменения ситуации (пример США).

**Вопрос:** как поступить доктору М.?

**Задача № 14.** В детскую городскую больницу родителями был доставлен 7-летний ребенок с диагнозом «анемия». Требовалось срочное переливание крови. Родители от этой процедуры отказались, сославшись на то, что это им не позволяют религиозные убеждения. Врачи не стали делать данную процедуру. Ребенок умер оттого, что ему своевременно не перелили кровь.

**Вопрос:** правы ли врачи, не спасшие жизнь ребенка?

**Задача № 15.** Перед вами две реплики врачей:

\* Стоматолог: «Конечно, можно сделать дешевую пломбу, но зачем мне тогда тратить полтора часа на работу. Идите в «районку» или платите здесь 700 рублей за светоотражающую пломбу»

\* Терапевт: «Буду я вам сообщать результаты анализов за 50 рублей, которые стоит повторное посещение! Кому платили 200 рублей за первичный осмотр, к тому и идите за тракторкой».

**Вопрос:** какое биоэтическое противоречие представлено в этих репликах?

### **Рассмотреть практические ситуации**

1. Что на ваш взгляд гуманнее: поддерживать жизнь мучительно умирающего человека или обеспечить ему безболезненный уход из жизни?

2. Допустима ли смерть из сострадания, и где же здесь граница между добром и злом?

### **Проанализируйте следующие ситуации:**

А) Студент Г., 22 года, серьезно пострадал во время дорожно-транспортного происшествия. Со времени травмы прошло 3 месяца, и он до сих пор находится в устойчивом вегетативном состоянии. Он может глотать, моргает, иногда открывает глаза и вращает ими (но синхронизации и фокусировки взгляда нет). Жизнь в нем поддерживается посредством назогастральной трубки и периодического лечения антибиотиками для предотвращения инфекции дыхательных путей. Но нет, ни электроэнцефалографических, ни клинических признаков активности его головного мозга.

Б) Пациентка умирает от рака, у нее метастазы во многие органы, она сильно страдает от непрекращающихся болей, которые вызываются костными метастазами, несмотря на то, что она получает соответствующие дозы морфина. Она прибывает в полном сознании и умоляет своего доктора “усыпить ее навсегда”.

В) Пациентка, страдающая болезнью Альцгеймера, живет дома одна. У нее развилась пневмония, которая осложнилась сепсисом, она доставлена в больницу и подключена к аппарату искусственного дыхания. После двух недель пребывания в больнице в сознание не пришла. Врач стоит перед дилеммой: продолжать или нет искусственную вентиляцию легких? (Когда пациентка находилась в сознании, то не выразила никаких пожеланий по поводу поддержания жизни в таком случае).

#### ***Основная литература***

1. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова О. А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины / А. В. Решетников, О. А. Шаповалова. - ГЭОТАР-Медиа, 2007, 64 с.
3. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 288 с.

#### ***4. Дополнительная литература***

1. Денисов И., Резе А, Волнухин А., Коммуникативные навыки. Общение с членами семьи умирающего пациента // Врач.-2011.- №3. - С. 78-80.
2. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинко-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие.- М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009 .
3. Морозов П. Н. Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения/ М. : Медицина, 2005.
4. Решетников А.В. Социология медицины: руководство. – М. : ГЭОТАР\_Медиа, 2010. — 864 с.
5. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.

## **Раздел 4. СОЦИАЛЬНЫЕ ИНСТИТУТЫ**

### **Тема 1. Сущность, структура и виды социальных институтов**

***Цель: Изучить основные аспекты социальных институтов***

#### **Основные положения**

Социальные институты (от лат. institutum - установление, учреждение) - это исторически сложившиеся устойчивые формы организации совместной деятельности людей.

Другими словами, социальные институты представляют собой относительно устойчивые модели поведения людей и социальных организаций в определенной сфере деятельности.

Термин «социальный институт» употребляется в самых разнообразных значениях. Он применяется по отношению к семье, государству, праву, экономике, собственности и т.п.

С внешней стороны (формальной) социальный институт выглядит как совокупность лиц, учреждений, снабженных определенными материальными средствами и осуществляющих конкретную социальную функцию. С внутренней (содержательной) стороны - это определенный набор норм, ценностей, целесообразно ориентированных стандартов поведения определенных лиц в определенных ситуациях. Так, юстиция как социальный институт внешне представляет собой совокупность лиц (судьи, прокуроры, адвокаты, нотариусы и пр.), учреждений (суды, прокуратуры, исправительные учреждения и т.д.), а также используемых ими материальных средств (здания, оборудование, финансы и пр.). С содержательной стороны социальный институт юстиции представляет собой совокупность стандартизованных образцов поведения правомочных лиц, обеспечивающих выполнение данной социальной функции. Указанные стандарты поведения воплощаются в социальных ролях, характерных для системы юстиции (роль судьи, прокурора, адвоката и т.д.).

Структура социального института:

Набор социальных позиций и ролей.

Социальные нормы и санкции, регулирующие функционирование данной социальной области.

Группа лиц, профессионально занятых в данной области.

Совокупность организаций и учреждений, функционирующих в данной сфере.

Материальные средства и ресурсы, обеспечивающие функционирование сферы.

Осуществляя свои функции, социальные институты поощряют действия входящих в них лиц, согласующиеся с соответствующими стандартами поведения, и подавляют отклонения в поведении от требований этих стандартов, то есть контролируют, упорядочивают поведение индивидов. С другой стороны, социальные институты удовлетворяют те или иные потребности общества и регулируют использование ресурсов, которыми располагает общество.

В зависимости от типов потребностей общества выделяют различные типы социальных институтов.

Экономические, которые занимаются производством, обменом и распределением материальных благ и услуг (собственность, деньги, банки, хозяйственные объединения разного типа).

Политические, связанные с установлением, поддержанием и исполнением власти (государство, политические партии, прокуратура).

Воспитательные и культурные, которые созданы для укрепления культуры, социализации молодого поколения (образование, наука, семья).

Социальные, которые организуют добровольные объединения, регулируют взаимодействия общностей, межличностные отношения (общественное мнение, моральные нормы).

Религиозные.

### **Функции и дисфункции социальных институтов. Процесс институционализации**

Основные функции социального института как такового:

Функция закрепления и воспроизводства общественных отношений в определенной области.

Функция интеграции и сплочения общества.

Функция регулирования и социального контроля.

Коммуникативная функция или включение людей в деятельность.

Для каждого конкретного института можно выделить явные функции, латентные функции и дисфункции.

Явные функции социального института - те функции, для выполнения которых и создавался данный социальный институт, то есть функции, соответствующие его цели. (Так, явная функция социального института семьи - воспроизводство потомства, его воспитание и приобщение к социальной жизни).

Латентные (скрытые) функции социального института - положительные следствия выполнения явных функций, которые возникают в процессе жизнедеятельности социального института, не обусловлены целью данного института. (Так, латентная функция института семьи - социально-статусная, или передача определенного социального статуса от одного поколения другому в рамках семьи).

Дисфункции социального института - явления несоответствия деятельности социального института имеющимся социальным потребностям.

Внешне явления дисфункции социального института могут выражаться в недостатке подготовленных кадров, материальных средств, организационных недостатках и т.д. С содержательной точки зрения дисфункции выражаются в неясности целей деятельности, неопределенности функций, падении социального престижа и авторитета данного института.

Институционализация представляет собой процесс придания различным типам социальной деятельности формы социальных институтов или, другими словами, процесс упорядочения, формализации и стандартизации социальных связей.

Процесс институционализации включает в себя несколько моментов:

1). Возникновение определенных общественных потребностей в новых типах социальной деятельности и соответствующих им социально-экономических и политических условий.

2). Развитие необходимых организационных структур и связанных с ними социальных норм и регуляторов поведения.

3). Интернализация индивидами новых социальных норм и ценностей, формирование на их основе системы потребностей личности, ценностных ориентаций и ожиданий.

В качестве признака институционализации социальной области можно рассматривать появление новой социальной общности, занятой специализированной деятельностью, появление социальных норм (в том числе юридически закрепленных), регулирующих эту деятельность, учреждений и организаций, обеспечивающих защиту определенных интересов. Так, образование становится социальным институтом, когда появляется особая социальная общность, занятая профессиональной деятельностью по обучению и воспитанию, получают развитие массовая школа, специальные нормы, регулирующие процесс передачи социального опыта.

В современных условиях в нашем обществе институционализация новых форм хозяйственной деятельности связана с появлением норм, законов, благоприятствующих их развитию, специальных учреждений, организаций, занятых подготовкой, оформлением новых форм, например, путем приватизации, защищающих интересы частных собственников.

#### **Контрольные вопросы**

- 1) В чем отличие социального института от социальной организации?
- 2) Что понимают под функцией и дисфункцией социальных институтов?
- 3) В чем причина многообразия социальных институтов в современном обществе?
- 4) В чем отличие базовых и небазовых социальных институтов?
- 5) В чем специфика семьи как социального института?

#### **Вопросы для самоконтроля**

1. Раскрыть сущность институционализации
2. Как вы понимаете сущность таких понятий как : социальный институт, базовый социальный институт, небазовый социальный институт,
3. Что такое явные и латентные функции социального института, дисфункции социального института.

#### **Темы рефератов**

- 1) Социальные институты и их характеристика.
- 2) Институт высшего образования в РФ.
- 3) Институт социальной защиты и социального обеспечения в РФ.
- 4) Место и роль института религии в современном российском обществе.
- 5) Институт права в современной России.
- 6) Социальный институт: понятие, признаки и структура.
- 7) Функции и дисфункции социальных институтов.
- 8) Виды социальных институтов.
- 9) Место и роль институтов семьи и образования в современном российском обществе.

#### **Кейс – задания**

Задание 1. Объясните, каким образом происходит институционализация, и раскройте процесс становления новых социальных институтов в современном российском обществе.

Задание 2. Обоснуйте свою позицию в отношении высказывания: «По мере эволюции общества уменьшается необходимость в социальных институтах».

Задание 3. Докажите, что новые социальные институты структурно и функционально сложнее тех, что появились раньше? Аргументируйте свой ответ.

Задание 4. Подготовьте аргументированный ответ на вопрос: «Относятся ли к социальным институтам такие феномены, как:

- Крещение;
- Адвокатура;
- Рынок труда;
- Парламент;
- Обручение;
- Отцовство;
- Биржа»?

Задание 4. Охарактеризуйте один из социальных институтов, используя следующие критерии:

- историческая эволюция;
- функции института в обществе;
- социальные статусы и роли;
- социальные группы;
- социальные нормы.

Задание 5. Определите степень эффективности функционирования института высшего образования в РФ, используя метод анкетного опроса.

### **Литература**

в). Основная

1. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова А. В. Решетников, О. А. Шаповалова Здоровье как предмет изучения в социологии медицины /А. В. Решетников, О. А. Шаповалова.- ГЭОТАР-Медиа,2007,64 с
3. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

#### ***б)Дополнительная литература***

4. Морозов П. Н.Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения.- М. : Медицина, 2005.

5. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие.- М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009 .
6. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.
7. Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А. Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных типах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.-№9. - С. 39-43.
8. Нечаев В.Я. Институционализация как феномен и категория социологии // Вестник Моск. ун-та. Сер. 18. Социология и политология. – 2010. - № 3.
9. Об институциональных неправовых социальных практиках в России: сфера труда // Безопасность Евразии. – 2008. - № 1.
10. Социальные институты и социальный контроль // Добренков В.И., Кравченко А.И. Социология. – М., 2008. – С. 510-562.
11. Федотова В.Г. Коммуникация и диалог в науке: институциональное объяснение // ОНС. - 2010. - № 5.

## **Тема 2: Семья как малая группа и социальный институт**

**Цель: Изучить особенности семьи, как малой группы и социального института**

### *Основные положения*

Семья — это основанное на браке и кровном родстве объединение людей, связанное общностью быта и взаимной моральной ответственностью. Первоначальную основу семейных отношений составляет брак. Брак — это исторически изменяющаяся социальная форма отношения между женщиной и мужчиной, посредством которой общество упорядочивает и санкционирует их половую жизнь и устанавливает их супружеские, родительские и другие родственные права и обязанности.

В социологии семья рассматривается одновременно и как малая социальная группа и важный социальный институт. Как социальный институт семья проходит ряд этапов, последовательность которых складывается в жизненный цикл семьи. Исследователи семьи обычно выделяют следующие фазы этого цикла:

- вступление в первый брак — образование семьи;
  - начало деторождения — рождение первого ребенка;
  - окончание деторождения — рождение последнего ребенка;
  - «пустое гнездо» — вступление в брак и выделение из родительской семьи последнего ребенка;
  - прекращение существования семьи — смерть одного из супругов.
- На каждом из этапов семья обладает специфическими социальными и

экономическими характеристиками. Под структурой семьи понимают не только ее количественную полноту, но и совокупность духовных, нравственно-психологических отношений между ее членами, в том числе отношения власти и авторитета. Со структурой семьи тесно связан порядок и уклад ее жизни, обычаи и традиции, взаимодействия с другими семьями и обществом в целом.

Совокупность всех функций, которые выполняет современная семья, можно свести к следующим:

репродуктивная (детородная) - воспроизводство потомства — главная функция семьи;

воспитательная — первичная социализация детей, их воспитание, поддержание воспроизводства культурных ценностей;

хозяйственно-бытовая - ведение домашнего хозяйства, уход за детьми и престарелыми членами семьи;

экономическая - материальная поддержка несовершеннолетних и нетрудоспособных членов семьи;

функция первичного социального контроля — регламентация моральной ответственности в отношениях между членами и семьи:

духовно-нравственная - развитие личности каждого члена семьи;

социально-статусная - предоставление определенного социального статуса членам семьи, воспроизводство социальной структуры;

досуговая - организация рационального досуга, взаимообогащение интересов;

эмоциональная - оказание психологической поддержки членам семьи.

В социологии приняты такие общие принципы выделения типов семейной организации.

В зависимости от формы брака выделяют моногамную и полигамную семью:

моногамия — брак одного мужчины с одной женщиной в одно время:

полигамия — брак, предполагающий наличие нескольких партнеров в супружестве. Известны три формы полигамного брака:

групповой брак, когда несколько мужчин и несколько женщин одновременно находятся в супружеских отношениях (сегодня данная форма сохранилась только на Маркизских островах):

полиандрия (многомужество) - редко встречающаяся форма, имеет место в Южных штатах Индии, на Тибете;

полигиния (многоженство) - самая распространенная среди всех форм полигамного брака, существует в мусульманских странах.

Виды семей в зависимости от структуры родственных связей:

нуклеарная (простая), состоящая из родителей и их несовершеннолетних детей;

расширенная (сложная), представленная двумя и более поколениями семей.

Виды семей в зависимости от способов выбора семейного партнера:

эндогамные, предполагающие заключение брака между представите-

лями одной и той же группы (клана, племени т.д.);

экзогамные, где брак внутри определенной узкой группы людей (например, между близкими родственниками, членами одного племени и т.д.) запрещается.

Виды семей в зависимости от местожительства супругов:

патрилокальные - молодые живут в семье мужа;

матрилокальные - в семье родителей жены;

неолокальные - поселяются отдельно от родителей.

Типы семей в зависимости от критерия семейной власти:

матриархат — власть в семье принадлежит женщине;

патриархат - во главе стоит мужчина;

эгалитарная, или демократическая, семья, в которой соблюдается статусное равенство супругов (является наиболее распространенной в настоящее время).

В современном обществе наблюдаются процессы трансформации семьи как социального института, изменение некоторых ее функций, перераспределения семейных ролей. Семья утрачивает ведущие позиции в социализации индивидов, организации досуга и других важнейших функций. Вместе с тем в обществе появляются альтернативные формы брака, под которыми понимают системы брачных отношений, не получивших официального признания государства (и церкви), но допускаемые общественным мнением той или иной социальной среды.

К их числу в современных развитых странах относятся:

Годвин-брак («визитный брак», «гостевой брак») — это раздельное проживание супругов, отсутствие общего хозяйства и быта. Вне- семейная форма моногамного брака впервые была описана в XVIII в. У. Годвином. В последнее десятилетие данная форма брака становится популярной в России, главным образом среди звезд эстрады и очень занятых деловых людей с разными интересами;

Конкубинат — стабильная связь женатого мужчины и формально незамужней женщины-конкубины, имеющей от него признаваемых им детей и материальную поддержку. В настоящее время в Западной Европе из-за растущей феминизации полового состава общества имеет несомненную тенденцию к росту. Вариант полигинии;

Открытый брак — признание права супругов на независимый образ жизни, включая внебрачный секс;

Пробный брак — временное проживание партнеров. Когда же они решают иметь детей, то оформляется законный брак. По определению Маргарет Мид. — это «двухшаговый брак».

Альтернативные формы брака в действительности представляют собой именно формы, вариации рассмотренных выше традиционных типов брака. Возникают они благодаря или скорее вопреки брачным интересам каких-то специфических групп населения. Поэтому дальнейшее существование этих форм будет определяться устойчивостью и жизнеспособностью самих этих групп. Следует признать, что отмеченные тенденции разделения институ-

тов брака и семьи, давно характерные для Запада, получают распространение и в современном российском обществе.

### **Контрольные вопросы**

1. Понятие и виды социального института.
2. Брак – основа семейных отношений.
3. Историческое направление в социологии семьи и брака.
4. Семья как важнейший социальный институт: жизненный цикл, формы, функции.
5. Распределение ролей в семье.
6. Кризис семьи, ее будущее.
7. Раскройте психологическое содержание «брачного соглашения».
8. Назовите типы психологических отношений в браке.
9. Опишите некоторые типы сексуального поведения в браке.

### **Вопросы для самопроверки**

1. Как основные функции семьи как фундамента российского общества Вы могли бы описать?
2. Дайте характеристику репродуктивной, воспитательной и восстановительной функций.
3. Что такое «межличностные отношения супругов в семье»?
4. Охарактеризуйте социальные функции семьи.
5. Каковы особенности и тенденции развития современной семьи?
6. Определите понятие «жизненный цикл семьи».. Какие существуют подходы к выделению жизненного цикла семьи?
7. Что такое задачи развития семьи? Назовите основные задачи молодой семьи и семьи с маленьким ребенком.

### **Темы рефератов**

1. Социология семьи
2. Основные проблемы и тенденции современной семьи.
3. Процесс и стадии социализации детей.
4. Виды отношений между родственниками.
5. Общественные и индивидуальные функции семьи.
6. Сущность семьи как социокультурного феномена
7. Проблема определения понятия "семья" в социологии семьи и демографии.
8. Специфические и неспецифические, индивидуальные и социальные функции семьи.

### **Кейс – задания**

Задание 1. Проведите опрос в студенческой группе по одной из указанных тем:

- 1) «Роль семьи в социализации личности»;
- 2) «Качества личности, значимые в студенческой среде».

Задание 2. Напишите социальную автобиографию.

Задание 3. Прокомментируйте следующие высказывания:

- «Развить человека в человеке» (Н.Г. Чернышевский);
- «Найти в человеке человека» (Ф.М. Достоевский);
- «Личность есть понятие социальное, оно охватывает надприродное, историческое в человеке» (Л.С. Выготский);
- «Сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду, в своей действительности она есть совокупность общественных отношений» (К. Маркс). Аргументируйте свой ответ.

Задание 4. Сравните роль внешних обстоятельств и мотивации при выборе личностью модели поведения.

Задание 5. Определите лидера в вашем коллективе, используя метод социометрического опроса. Выявите идентификацию формального и неформального лидера.

Задание 1. Проведите опрос в студенческой группе по одной из указанных тем:

- 1) «Роль семьи в социализации личности»;
- 2) «Качества личности, значимые в студенческой среде».

Задание 2. Напишите социальную автобиографию.

Задание 3. Прокомментируйте следующие высказывания:

- «Развить человека в человеке» (Н.Г. Чернышевский);
- «Найти в человеке человека» (Ф.М. Достоевский);
- «Личность есть понятие социальное, оно охватывает надприродное, историческое в человеке» (Л.С. Выготский);
- «Сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду, в своей действительности она есть совокупность общественных отношений» (К. Маркс). Аргументируйте свой ответ.

Задание 4. Сравните роль внешних обстоятельств и мотивации при выборе личностью модели поведения.

Задание 5. Определите лидера в вашем коллективе, используя метод социометрического опроса. Выявите идентификацию формального и неформального лидера.

Задание 6. Проведите опрос в студенческой группе по одной из указанных тем:

- 1) «Роль семьи в социализации личности»;

2) «Качества личности, значимые в студенческой среде».

Задание 7. Напишите социальную автобиографию.

Задание 8. Прокомментируйте следующие высказывания:

- «Развить человека в человеке» (Н.Г. Чернышевский);
- «Найти в человеке человека» (Ф.М. Достоевский);
- «Личность есть понятие социальное, оно охватывает надприродное, историческое в человеке» (Л.С. Выготский);
- «Сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду, в своей действительности она есть совокупность общественных отношений» (К. Маркс). Аргументируйте свой ответ.

Задание 9. Сравните роль внешних обстоятельств и мотивации при выборе личностью модели поведения.

Задание 5. Определите лидера в вашем коллективе, используя метод социометрического опроса. Выявите идентификацию формального и неформального лидера.

### **Литература** **в).Основная**

1. Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.
2. Решетников А.В., Шаповалова А. В. Решетников, О. А. Шаповалова Здоровье как предмет изучения в социологии медицины /А. В. Решетников, О. А. Шаповалова.- ГЭОТАР-Медиа,2007,64 с
3. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

### ***б)Дополнительная литература***

4. Морозов П. Н.Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения.- М. : Медицина, 2005.
5. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие..- М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009 .
6. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.
7. Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А.Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных ти-

пах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.-№9. - С. 39-43.

8. Спасибенко С.Г. Социализация человека // СГЗ. – 2011. - № 5.
9. Улевич Е.С Человек и общество: методологический аспект проблемы взаимосвязи // СГЗ. – 2009. - № 3.
10. Попов М.Ю. Социализация личности в условиях деидеологизации: в поиске идеологии консолидации // СГЗ. – 2010. - № 6.
11. Спасибенко С.Г. Социализация аспиранта в процессе изучения социологии // СГЗ. – 2010. - № 1.

### **Тема 3. Особенности и основные проблемы современной семьи**

***Цель : Раскрыть особенности и причины возникновения проблем в современной семье.***

#### ***Основные положения***

Современные исследователи выделяют четыре основные характеристики **семьи**:

- ✓ малая социальная группа;
- ✓ важная форма организации личного быта;
- ✓ социальный институт, основанный на брачном (супружеском) союзе; многосторонние отношения супругов с родственниками.

***Семью можно определить как общность, основанную и на браке, и на кровном родстве.*** Это объединение людей, связанных, как правило, общностью быта, а также взаимной ответственностью и взаимопомощью.

Брак является исторически изменяющейся социальной формой отношений между полами, с помощью которой общество упорядочивает и санкционирует половую жизнь и устанавливает родительские права и обязанности.

Семья, таким образом, является более сложным образованием, чем просто брачная группа.

Семья рассматривается как социальный институт, определяемый системой связей и отношений индивидов, обладающий устойчивой структурированной организацией, который оказывает значительное влияние на социальную структуру общества, воспроизводство населения и социализацию новых поколений.

Характеризуя институт семьи, мы указываем на **его функции**:

- ✓ воспроизводства населения,
- ✓ хозяйственно-экономическую,
- ✓ воспитательную,
- ✓ рекреационную,
- ✓ социального контроля.

При этом считается, что семья – это и есть испытанный социальный

институт, который только тем и занят, что передает все ценное из социального опыта, что накоплено предыдущими поколениями. С этим можно и нужно согласиться. Но, с другой стороны, выполняя свою функцию передачи социального опыта, институт семьи не ограничивается только тем опытом, который приемлем с точки зрения интересов общества. Семья, как социальный институт, выполняет функцию накопления всего социального опыта, включая и то, что никак не может быть названо общественно необходимым с точки зрения завтрашнего; она выполняет еще и функцию селективную – отбора, усвоения, переработки этого опыта, исходя из интересов и потребностей конкретных людей.

Кроме того, семья выполняет функцию адаптации социального опыта, накопленного предыдущими поколениями, в новых условиях. С другой стороны, такие привычки, как злоупотребление алкоголем, курение, другие отрицательные привычки, отсутствие физической культуры, безнравственность, как показывают исследования, во многом именно в рамках семьи закладываются в основу системы ценностных ориентаций людей.

В развитии семьи современного индустриального общества наблюдаются следующие тенденции:

- ✓ под влиянием урбанизации произошел переход от традиционной семьи к эгалитарной, основанной на относительном равенстве супругов;
- ✓ переход от семьи сложной, расширенной, многопоколенной к семье нуклеарной;
- ✓ переход от семьи с четким распределением функций между супругами к семье, где функции супругов размыты, отчетливо не фиксируются;
- ✓ переход от семьи многодетной к семье малодетной;
- ✓ уменьшение числа семей и рост числа внесемейных;
- ✓ переход от семьи как важного фактора производства к семье с доминирующими функциями в сфере потребительно-бытовой, досуговой, сексуальной.

В развитых странах постепенно утверждается идея самоценности семьи, значимость нормальных межличностных отношений.

Нельзя не упомянуть о том, что одно из научных направлений в социологии семьи – парадигма кризиса семьи как социального института – дает основание для мрачных прогнозов о перспективах семьи. Есть мнение, что ее социальный потенциал исчерпан. Действительно, статистика последних лет фиксирует увеличение числа заключаемых браков, однако параллельно продолжает возрастать количество разводов, что соответственно увеличивает число неполных, т.н. осколочных семей (родитель плюс ребенок). По-прежнему самой популярной моделью семьи остается однодетная семья. Только официально в России зарегистрирована огромная «армия» детей-беспризорников (около 2 млн.). Выводы неутешительны: семья как социальный институт не справляется с основными функциями воспроизводства и социализации новых поколений.

Как уже было сказано, современная семья отличается многообразием форм и типов. В каждой типологии можно выделить преобладающий тип се-

мьи. Модель современной российской семьи выглядит примерно так:

- ✓ по числу детей – чаще однодетная или совсем без детей;
- ✓ по числу семейных ролей – неполная (с одним родителем);
- ✓ по месту жительства – вынужденно патри- или матрилокальная (соответственно – расширенная), реже – унилокальная (нуклеарная);
- ✓ основанная на зарегистрированном браке или сожительство без оформления брака;
- ✓ по способу распределения власти в семье – эгалитарная;
- ✓ по социальному статусу супругов – гомогенная (социально-однородная);
- ✓ по национальной принадлежности супругов – однонациональная или межнациональная.

Есть и такие явления, как однополые – гомосексуальные семьи.

Картина пестрая, зачастую не соответствующая общепринятому определению семьи. Создается впечатление, что выполнение некоторых функций семьи «закреплено» за определенным типом семьи: так, функция воспроизводства – за неполными семьями, функция экономической поддержки – однодетными полными семьями или бездетными, так как доказано, что рождение каждого следующего ребенка негативно сказывается на материальном благополучии членов семьи. При этом функции социализации и преемственности семейных поколений могут выполняться разными типами семьи, но при условии: они должны быть благополучными.

Оценивая перспективы функционирования социального института семьи, можно выделить два, на наш взгляд важных, аспекта проблемы: во-первых, способность семьи выполнять закрепленные за ней функции, направленные на удовлетворение потребностей общества; во-вторых, функции семьи в будущем, в соответствии с изменяющимися потребностями общества. Например, потребность в воспроизводстве, столь актуальная сегодня, может потерять свою значимость - возможно, что в ближайшем будущем человечество научится производить себе подобных и без участия семьи.

Выделяется и то, что современная семья характеризуется следующими особенностями.

Во-первых, она является нуклеарной, т. е. ее образует только семейное ядро: жена, муж, дети. Другие родственники, например родители супругов, входившие ранее в состав расширенной семьи, в нуклеарную семью не входят. Такая семья — преобладающая форма современной семейной жизни. 87 % населения развитых стран живет сегодня в нуклеарных семьях.

Расширенная семья (семья с родственниками, состоящая из нескольких поколений) может существовать в следующих формах:

- ✓ патрилокальная (молодые живут в семье мужа);
- ✓ матрилокальная (молодые живут в семье жены);
- ✓ неолокальная (молодые живут отдельно).

Во-вторых, современная семья является эгалитарной. Основу такой семьи составляет равноправный добровольный, свободный от принуждения, материальных расчетов, вмешательства или давления третьих лиц союз жен-

щины и мужчины. В такой семье не ущемляются права и достоинство мужчины и женщины, обеспечивающие каждому из них равные возможности профессионального, интеллектуального и духовного роста.

В-третьих, семья сегодня является экзогамной (т. е. подчиняется запрету на браки близких родственников). Кроме того, люди современного общества продолжают более или менее придерживаться и норм эндогамии, которые ограничивают возможности их выбора. Такие факторы, как вероисповедание, расовая принадлежность, социальный класс и уровень образования определяют группу, внутри которой индивид предпочитает искать спутника жизни.

В-четвертых, современная семья является «симметричной» (работают муж и жена), характеризуется высокой степенью гибкости семейных ролей, что, в свою очередь, дает высокую адаптацию в условиях быстрых изменений в обществе. Жесткое разделение ролей по гендерному признаку уходит в прошлое. Оба супруга теперь выполняют и лидерские функции, и функции ведомых в зависимости от ситуации и компетенции в том или ином вопросе. Симметричное строение более характерно для семей образованных людей в обществе с высоким уровнем социально-экономического развития. «Несимметричность» отношений (например, карьера мужа имеет более важное значение, чем карьера жены) характерна для семей, состоящих из менее образованных супругов и в менее развитых обществах.

Семейно-брачные отношения очень чутки к изменениям в экономике, политике и в социальной сфере общества. Отсюда те тренды, которым подвержена современная семья, и проблемы, ими вызываемые. Какие это проблемы?

Более позднее формирование социальной готовности к созданию семьи. Чем это вызвано? Одним из факторов является то, что необходимо больше времени для завершения образования (в связи с увеличением объема необходимых знаний). Другим фактором выступает желание сначала сделать карьеру, чтобы экономически обеспечить создаваемую семью.

Увеличение количества разводов. О том, что эта проблема семьи является достаточно острой, говорят следующие факты. За последние тридцать лет количество разводов в России возросло в шесть раз, ежегодно распадается каждый третий брак. Эта проблема характерна не только для нашей страны, но и для всех развитых стран. Социологические исследования показывают, что в основе этой проблемы лежат экономические причины. Дело в том, что достигнутый уровень развития производительных сил, образования позволяет женщине самостоятельно (в одиночку) содержать семью, т. е. кормить и воспитывать детей.

Современная научно-технологическая революция превратила брак из экономического института в морально-правовой. В то же время в такой среднезажиточной стране, как Россия, несимметричность семейных отношений еще имеет место за счет того, что мужские семейные обязанности (добывать пищу, строить жилье, заготавливать дрова и т. д.) ушли в небытие, а женские (приготовление еды, содержание дома, мужа и детей) остались. Ситуация,

когда муж не принимает участия в домашних делах, зачастую приводит к разводу. Из десяти случаев разводов в семи из них инициатором выступает женщина.

Каковы последствия увеличивающегося числа разводов? Более всего от них страдают дети. Ежегодно в нашей стране свыше 700 тыс. детей остаются в неполной семье. При этом они получают и неполное воспитание, т. е. недополучают родительского внимания, любви, тепла. Это, в свою очередь, ведет к детским правонарушениям. Так, 90 % рецидивистов начали свою преступную деятельность с детских лет, а многие из них выросли в неполных семьях.

3. Уменьшение количества детей в семье. В настоящее время у нас в стране около 90 % семей имеют 1–2 детей, причем 58 % семей имеют одного ребенка. А демографическая статистика утверждает, что для хотя бы небольшого прироста населения необходимо, чтобы в семье было 2–3 ребенка.

Существуют объективные и субъективные факторы, которые связаны с этой проблемой семьи.

Социальное обеспечение. Ранее большое количество детей требовалось для того, чтобы они смогли впоследствии содержать своих родителей. Ныне пенсионное обеспечение, медицинское обслуживание, различные социальные льготы, прижизненные накопления дают возможность пожилым людям не прибегать к помощи детей.

Медицинское обеспечение. Ранее слабое развитие медобслуживания в России приводило к тому, что почти половина родившихся детей умирала, не достигнув возраста активных работников. Поэтому рождаемость держалась на высоком уровне. В настоящее время положение изменилось. Современная медицина в состоянии поставить на ноги почти любого ребенка.

Отягощенная наследственность. Угроза здоровью ребенка исходит, как показывает медицинская статистика, в основном из двух источников: от так называемого слабоумия (например, олигофрении) и алкоголизма родителей. Согласно официальным данным, доля новорожденных, у которых фиксируются признаки поражения олигофренией, достигает 12 %, в тяжелой форме болезнь поражает 33,5 % детей. При этом, как показало выборочное обследование в одном из регионов России, пьянство родителей является причиной более 80 % всех случаев этого недуга.

Изменение мотивации брака. Исследования мотивов вступления в брак показали, что любовь, как правило, является главным фактором выбора будущего супруга. Однако значительная часть браков, в которых главным мотивом является любовь, оценивается опрошенными как неудачные. Следовательно, приходится констатировать отсутствие жесткой взаимосвязи между основным мотивом брака и прочностью брачного союза. В качестве причин этого можно назвать следующие:

✓ сложность самого феномена любви, включающего такие характеристики, как постоянство, глубина, прочность, которые непосредственно зависят, во-первых, от господствующих в обществе нравственных и эстетических ценностей и, во-вторых, от интерпретации указанных ценностей на индивидуальном уровне;

✓ ожидание романтической любви, которое в браке разбивается о реальность жизни. Повышая ожидания, связанные с браком, а вместе с ними и требования к избраннику, любовь тем самым увеличивает опасность разочарования и в том и другом, а следовательно, нередко создает психологические конфликты, способные вызвать и негативное отношение к данному конкретному браку по любви;

✓ сплочение семьи на базе антисоциальных по своей сути интересов (например, индивидуалистических, эгоистических и т. п.). Налицо противоречивость некоторых социальных требований и семейных норм (продолжительность рабочего дня, размер зарплаты и др.). Это связано с необходимостью ускоренного развития современного общества и приводит в конечном счете к росту изоляции семьи как социального института и ослаблению семейных связей;

✓ большое различие между вступающими в брак по уровню интеллекта, образования, общей культуры.

Кроме того, каждое конкретное общество, страна имеет свои особенные, национальные семейные проблемы. Имеет их и Россия. По результатам опроса НИИ семьи Министерства социальной защиты РФ, основными проблемами российских семей являются:

- ✓ сложное материальное положение, особенно молодых семей и семей пенсионеров;
- ✓ жилищная проблема;
- ✓ проблемы внутрисемейных отношений, обостряющиеся на почве пьянства одного из супругов, безработицы, адюльтера.

#### **Контрольные вопросы**

1. Проблемы приемной семьи.
2. Социальная работа с семьями, имеющими в своем составе инвалидов.
3. Взаимодействие современной семьи с социальными институтами
4. Культура и быт семьи.

#### **Вопросы для самопроверки**

1. Что понимается под кризисом семьи?
2. Что переживает, на ваш взгляд современная семья: кризис или трансформацию? Ответ аргументируйте.
3. Подготовьте материал для анализа изменений, происходящих в семейных отношениях, в работах П.Сорокина?
4. Что характерно для процесса функционирования семьи в 90 е гг. XX в.? Каковы социальные проблемы современной семьи?

#### **Темы для рефератов**

1. Историческая смена ролей в российской семье.
2. Понятие брачного возраста в современном мировом праве.
3. Социальные проблемы семьи в программных документах политических партий России.
4. Содержание брачно-семейных отношений в эпоху капитализма.
5. Домашний труд как символ тендера и власти.
6. Планирование семьи в Китае.

7. Роль семьи в формировании и развитии языка.
8. Проблемы приемной семьи.
9. Социальная работа с семьями, имеющими в своем составе инвалидов
10. Культура и быт семьи.

### **Кейс-задание.**

Задание по определению причин семейного неблагополучия по предложенным художественным текстам:

- ✓ определите причину семейного неблагополучия в семье Стивы и Долли Облонских в романе Л.Н. Толстого.
- ✓ в романе А.Солженицына «В круге первом» выделите сплоченные и конфликтные семьи и определите тип и причины их различий.

### *Закончите следующие предложения:*

1. Назначение методики «Незаконченные предложения» (модификация И.А.Коневой). Проективная методика «Незаконченные предложения» предназначена для изучения глубинных слоев опыта и самопознания респондентов и основана на принципе вербального завершения: \_\_\_\_\_

2. «Ценность» - термин, широко используемый в философской и социологической литературе для указания на \_\_\_\_\_

3. В рамках европейской культуры к основным семейным ценностям относятся \_\_\_\_\_

4. Для развития личности ценности семьи имеют значение \_\_\_\_\_

### **Тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ)**

Тест разработан В.В.Столиным, Т.Л.Романовой, Г.П.Бутенко, предназначен для экспресс-диагностики степени удовлетворенности - неудовлетворенности браком, а также степени согласования - рассогласования удовлетворенности браком у той или иной социальной группы. Опросник представляет собой од- номерную шкалу, состоящую из 24 утверждений, относящихся к различным сферам: восприятия себя и партнера, мнения, оценки, установки и т.д.

Каждому утверждению соответствуют три варианта ответа: а - верно, б - трудно сказать, в - неверно.

Инструкция к тесту. "Внимательно читайте каждое утверждение и выбирайте один из трех предлагаемых вариантов ответов. Старайтесь избегать про- межуточных ответов типа "трудно сказать", "затрудняюсь ответить" и т.д.

Тестовый материал.

1.Когда люди живут так близко, как это происходит в семейной жизни, они неизбежно теряют взаимопонимание и остроту восприятия другого человека:

а - верно,

б - не уверен,

в - неверно.

2.Ваши супружеские отношения приносят Вам:

а - скорее беспокойство и страдание,

б - затрудняюсь ответить,

в - скорее радость и удовлетворение.

3.Родственники и друзья оценивают Ваш брак:

а - как удавшийся,

б - нечто среднее,

в - как неудавшийся.

4.Если бы Вы могли, то:

а - Вы бы многое изменили в характере Вашего супруга (Вашей супруги),

б - трудно сказать,

в - Вы бы не стали ничего менять.

5.Одна из проблем современного брака в том, что все "придается", в том числе и сексуальные отношения:

а - верно,

б - трудно сказать,

в - неверно.

6.Когда Вы сравниваете Вашу семейную жизнь с семейной жизнью Ваших друзей и знакомых, Вам кажется:

а - то Вы несчастнее других,

б - трудно сказать,

в - что Вы счастливее других.

7.Жизнь без семьи, без близкого человека – слишком дорогая цена за полную самостоятельность:

а - верно,

б - трудно сказать,

в - неверно.

8.Вы считаете, что без Вас жизнь Вашего супруга (Вашей супруги) была бы неполноценной:

а - да, считаю,

б - трудно сказать,

в - нет, не считаю.

9.Большинство людей в какой-то мере обманываются в своих ожиданиях относительно брака:

а - верно,

б - трудно сказать,

в - неверно.

10. Только множество различных обстоятельств мешает подумать Вам о разводе:

а - верно,

б - не могу сказать,

в - неверно.

11. Если бы вернулось время, когда Вы вступали в брак, то моим мужем (женой) мог бы стать:

а - кто угодно, только не теперешний супруг (супруга),

б - трудно сказать,

в - возможно, что именно теперешний супруг (супруга).

12. Вы гордитесь, что такой человек, как Ваш супруг (супруга), рядом с Вами:

а - верно,

б - трудно сказать,

в - неверно.

13. К сожалению, недостатки Вашего супруга (супруги) часто перевешивают его достоинства.

а - верно,

б - затрудняюсь сказать,

в - неверно.

14. Основные помехи для счастливой супружеской жизни кроются, скорее всего, в характере Вашего супруга (супруги):

а - трудно сказать,

б - скорее,

в - Вас самих.

15. Чувства, с которыми Вы вступали в брак:

а - усилились:

б - трудно сказать,

в - ослабли.

16. Брак притупляет творческие возможности человека:

а - верно,

б - трудно сказать,

в - неверно.

17. Можно сказать, что Ваш супруг (супруга) обладает такими достоинствами, которые компенсируют его недостатки:

а - согласен,

б - нечто среднее,

в - не согласен.

18. К сожалению, в Вашем браке не все обстоит благополучно с эмоциональной поддержкой друг друга:

а - верно,

б - трудно сказать,

в - неверно.

19. Вам кажется, что Ваш супруг (супруга) часто делает глупости, говорит

невыпадет, неуместно шутит:

а - верно,

б - трудно сказать,

в - неверно.

20. Жизнь в семье, как Вам кажется, не зависит от Вашей воли

а - верно,

б - трудно сказать,

в - неверно.

**Ключ к тесту. Вопросы: 1в, 2в, 3а, 4в, 5в, 6в, 7а, 8а, 9в, 10в, 11в, 12а, 13в, 14в, 15а, 16в, 17а, 18в, 19в, 20в.**

Интерпретация результатов теста. Если выбранный испытуемыми вариант ответа (а или в) совпадает с приведенными в ключе, то начисляется 2 балла; если промежуточный (б) – то 1 балл; за ответ, не совпадающий с приведенными, – 0 баллов. Далее подсчитывается суммарный балл по всем ответам. Возможный диапазон тестового балла - от 0 до 48 баллов.

Высокий балл говорит об удовлетворенности браком. 0-16 баллов – абсолютно неблагополучные семьи,

17-22 баллов – неблагополучные семьи,

23-26 баллов – скорее неблагополучные семьи, 27-28 баллов – переходные семьи,

29-32 баллов – скорее благополучные семьи, 33-38 баллов – благополучные семьи,

39-48 баллов – абсолютно благополучные семьи.

**Задание 1.**

В таблице помещены ключевые понятия и их определения.

Установите, какому понятию слева соответствует приведенное справа определение, указав нужный номер.

Понятие	№	Содержание
Брак		1. Объединение людей, основанное на кровном родстве, браке или усыновлении, связанное общностью быта и взаимной ответственностью за детей
Неолокальная семья		2. Семья, в которой молодожены проживают отдельно от родителей.
Гражданский брак		3. Форма брака, заключаемая между одним мужчиной и одной женщиной
Промискуитет		4. Семья, в которой отсутствует один из супругов.
Патриархальная семья		5. Форма отношений между мужчиной и женщиной, устанавливающая их права и обязанности по отношению друг к другу, детям и обществу.

Моногамия		6. Брак, оформленный в соответствующих органах государственной власти без участия церкви.
Эндогамия		7. Тип семьи, члены которой имеют одинаковые привилегии, Права и обязанности
Неполная семья		8. Тип семьи, в котором власть принадлежит мужчине.
Семья		9. Период в жизни общества, когда не существовало никаких запретов на сексуальные связи, и любой мужчина общества мог вступать в сексуальные отношения с любой женщиной данного общества.
Эгалитарная семья		10. Форма брака, при которой брачный партнер выбирается только внутри данного рода, группы, клана.

## Задание 2.

Ответьте «да» или «нет» на поставленные вопросы.

№	Вопрос	Ответ	
		Да	Нет
1.	Ядерная семья состоит из родителей и детей?		
2.	Полнота – это брачные отношения между мужчиной и женщиной?		
3.	Половой брак – это брак одной женщины и нескольких мужчин?		
4.	Полигамия – это брак одного мужчины и нескольких женщин?		
5.	Эндогамия – это брак внутри своей группы?		
6.	Уменьшение количества людей, которые проживают в свободном браке – это одна из тенденций развития современной семьи?		
7.	В моногамном браке выбор супруга возможен только в пределах своей группы?		
8.	Эндогамная модель семьи характерна для аграрного общества?		
9.	Основной функцией семьи является получение ее членами психологической защиты, эмоциональной поддержки, удовлетворение нужд в счастье и любви?		
10.	Ядерная семья – это семья, в которой один ребенок?		

### Задание 3.

В соответствие с выбранной Вами системой показателей (не менее 5) опишите типы семьи:

1. Вашего дедушки и бабушки.
2. Ваших родителей.
3. Модель Вашей будущей семьи.

### Задание 4.

В современном обществе в институте семьи и брака происходят значительные перемены. Одна из наиболее значительных тенденций – это увеличение численности гражданских браков. Социологи констатируют: если нынешняя тенденция сохранится, то через 5 лет количество «гражданских» союзов обгонит число официальных. Некоторые ученые считают, что это происходит потому, что нет необходимости официально регистрировать отношения, ведь сегодня женщины наконец-то перестают нуждаться в законодательно оформленных гарантиях от мужчин. И начинают видеть в них не добытчиков и повелителей, а равных: друзей, партнеров, духовно близких людей. *А как считаете Вы? Оцените положительные и отрицательные стороны гражданского брака. Подключив социологическую интуицию, здравый смысл и личные наблюдения ответьте на вопрос: среди каких групп населения гражданские браки встречаются чаще? (среди жителей мегаполисов или маленьких городов и деревень; среди выходцев из обеспеченных или бедных семей; среди людей с высшим образованием или без него).*

### Задание 5.

Многие социологи (Дюркгейм, Спенсер и д. р.) подчеркивали фундаментальную роль семьи в жизни общества. Семья – это индикатор, по которому можно судить о здоровье общества. Некоторые ученые считают, что семья достигла глубокого распада и этот процесс необратим, они предвещают гибель семьи. Другие позитивно относятся к разрушению традиционной семьи и ожидают возникновения новых более демократичных форм семьи, которые будут способствовать самовыражению всех ее членов. Эти социологи дают оптимистические прогнозы развития семьи в XXI веке как свободного союза, основанного на любви, сотрудничестве и совместном ведении хозяйства. *А как считаете Вы? Каково будущее семьи в украинском обществе?*

### Задание 6.

В своей книге «Происхождение семьи, частной собственности и государства» Ф. Энгельс высказал такую мысль: «Согласно материалистическому пониманию, определяющим моментом в истории является, в конечном счете, производство и воспроизводство непосредственной жизни. Но само оно, опять-таки, бывает двоякого рода. С одной стороны – производство средств к

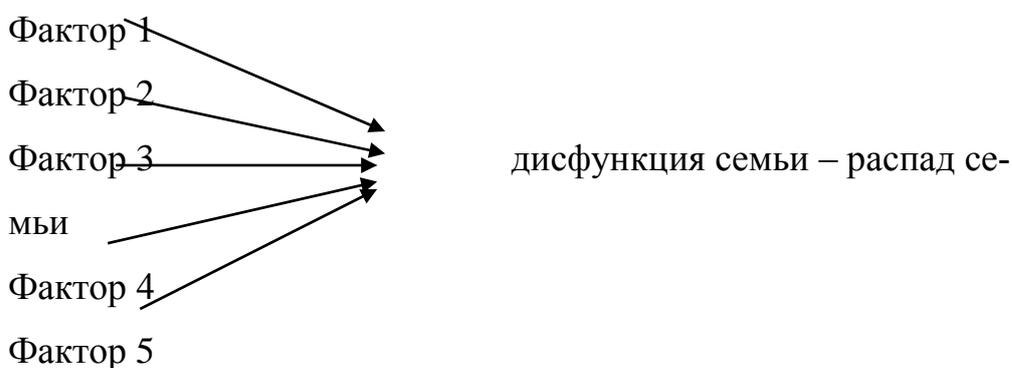
жизни: предметов питания, одежды, жилища и необходимых для этого орудий; с другой стороны – производство самого человека, продолжение рода. Общественные порядки, при которых живут люди определенной исторической эпохи и определенной страны, обуславливаются обоими видами производства: степенью развития, с одной стороны – труда, с другой – семьи».

*Действительно ли семья играет такую значительную роль и оказывает решающее влияние на общество в целом, все его социальные институты? Приведите примеры из истории и современности, доказывающие, что уклад, особенности и формы семьи влияют на экономические, социальные, политические и т. д. условия жизни общества.*

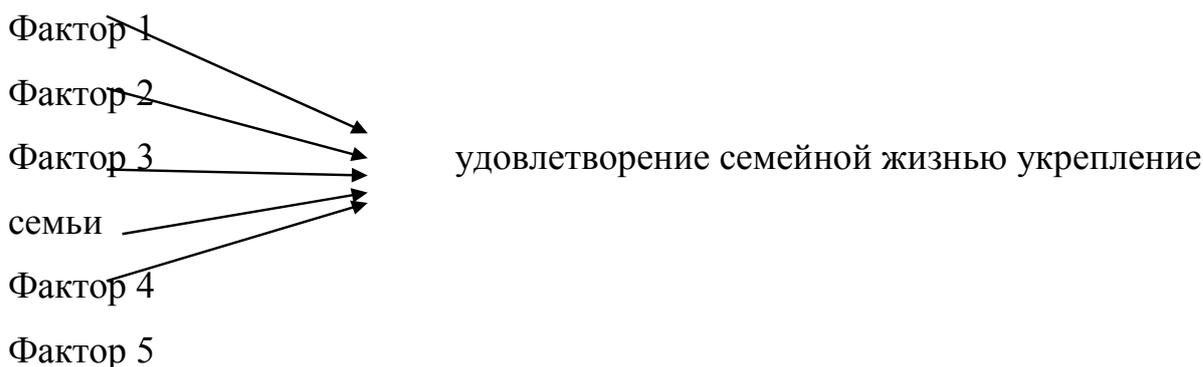
### Задание 7.

Заполните схему влияния социальных факторов на семью в современном обществе:

Дестабилизирующие факторы



Факторы, укрепляющие семью:



## ЛИТЕРАТУРА

а).Основная

- Глазырин, В. А. Социология : учебник для бакалавров / В. А. Глазырин ; отв. ред. В. А. Глазырин. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2012. — 400 с.

13. Решетников А.В., Шаповалова А. В. Решетников, О. А. Шаповалова Здоровье как предмет изучения в социологии медицины /А. В. Решетников, О. А. Шаповалова.- ГЭОТАР-Медиа,2007,64 с
14. Косов Г. В., Аванесьянц Э.Г. , Основы социологии и политологии : учебник.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -288 с.

***б)Дополнительная литература***

15. Морозов П. Н.Социология стационарного лечебно-профилактического учреждения.- М. : Медицина, 2005.
16. Денисов И., Резе А, Волнухин А. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие..- М.: "ГЭОТАР-Медиа",2009 .
17. Кондратьев А. С., Волгина С. Я. Изучение медико-социальных факторов, влияющих на качество жизни подростков с девиантным поведением. - Казанский медицинский журнал.-2011.-Т. 92, №3. - С. 445-448.
18. Рычкова Л. С., Гузанова Д. Ю., Козлов М. А.Особенности коммуникативной и познавательной сферы детей с умственной отсталостью при различных типах семейного воспитания.- Уральский медицинский журнал.-2010.-№9. - С. 39-43.
19. Спасибенко С.Г. Социализация человека // СГЗ. – 2011. - № 5.
20. Улевич Е.С Человек и общество: методологический аспект проблемы взаимосвязи // СГЗ. – 2009. - № 3.
21. Попов М.Ю. Социализация личности в условиях деидеологизации: в поиске идеологии консолидации // СГЗ. – 2010. - № 6.
22. Спасибенко С.Г. Социализация аспиранта в процессе изучения социологии // СГЗ. – 2010. - № 1.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1.

Таблица 1А – Классификация этических проблем врача

Классификационная форма	Конфликтующие стороны	Пример
Индивидуальная	Врач в себе	Врач знает о своей диагностической ошибке, однако пациент и коллеги о ней не знают
Врачебная	Врач ↔ пациент	Допущена ошибка в диагностике пульпита, в связи с чем возникло осложнение. Это стало известно пациенту от другого врача
Коллегиальная	Врач ↔ врач	Врач не согласен с материалами разбора случая его диагностической ошибки, представленными на врачебную конференцию его коллегой
Бригадная	Врач ↔ младший персонал	Несмотря на неоднократные замечания стоматолога, медсестра не соблюдает режим дезинфекционной обработки стоматологического инструментария
Общественная	Врач ↔ население	Население информировано о том, что стоматолог не использует новые методы лечения
Административная	Врач ↔ администратор	Руководствуясь интересами больных, администрация назначает на дежурство в выходной день врача, имеющего маленького ребенка
Коллективная	Врач ↔ коллектив	Врач не согласен с решением коллектива, отказавшего ему в выдаче премии за работу
Социальная	Врачебное общество ↔ население	Население не поддерживает рекомендации общества стоматологов фторировать питьевую воду с целью профилактики кариеса

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ  
К СЕМИНАРСКИМ ЗАНЯТИЯМ  
ПО СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки 32.06.01 Медико-профилактическое дело по специальности 14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение, утвержденная ректором ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России 31.08.2020 г.