

Модели социального поведения потребителей медицинских услуг

Научный руководитель – Савченко Людмила Алексеевна

Вялых Никита Андреевич

Выпускник (специалист)

Южный федеральный университет, Факультет социологии и политологии, Кафедра теоретической социологии, Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: sociology4.1@yandex.ru

Как отметил академик РАН и РАМН Л. А. Бокерия в своем докладе на Юбилейных Сорокинских чтениях, здоровье российской нации в XXI веке зависит не столько от уровня развития медицины и финансирования здравоохранения, сколько от социальных факторов и социальных рисков индивидуального и коллективного поведения в сфере здравоохранения. Противоречие между институциональными нормами, которые регламентируют порядок оказания медицинской помощи, и реальными потребностями и возможностями российского общества приводит к формированию и воспроизводству таких моделей социального поведения, которые, на сегодняшний момент, едва ли можно назвать позитивными, т. е. способствующими положительной динамике здоровья отдельного человека, большинства социальных групп и социума в целом. Однако, люди не способны продуцировать социальные модели поведения, поскольку моделирование - это удел интеллектуальной и научной элиты. Обыватели же могут под воздействием контекстуальных (ситуативных) либо внутренних ментальных программ (если мы допускаем их существование) лишь производить практики социального поведения как некую реакцию на внешние стимулы и внутреннее раздражители (например, на потребность в устранении боли, биопсихосоциальных дисфункций организма и т.п.).

Цель данной работы состоит в теоретико-социологической интерпретации социального поведения потребителей медицинских услуг, очертании его базовых моделей и методологических фреймов их научного изучения [1].

Мы предполагаем, что социальное поведение потребителей медицинских услуг - это система индивидуальных (но типических в своем роде) и групповых, сложившихся исторически и воспроизводимых на уровне ментального программирования, практик, связанных с поддержанием (упрочением, сохранением) здоровья и/или предупреждением (лечением, «совладанием») болезней. 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, номиналистов и реалистов, количественников и качественников, структуралистов и конструктивистов. Следовательно, парадигмальная односторонность того или иного подхода диктует установку на разработку такого многомерного методологического конструкта, в котором бы преодолевалась оппозиция "объективное-субъективное" применительно к изучению моделей и практик социального поведения потребителей медицинских услуг [2], ибо, с одной стороны, актор самостоятельно конституирует доступ к услугам провайдера от здравоохранения, исходя из своих представлений, ожиданий, ресурсов, опыта, ценностей и установок, а с другой стороны, социальный институт здравоохранения оказывает нормирующее влияние не только на распределение и конфигурацию медицинских услуг как общественного блага, но и на вектор самосохранительного поведения людей.

В современной науке содержится немало теорий и эмпирических данных о самосохранительной активности людей, отношении к здоровью и здравоохранению, типах 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 потребления медицинских услуг. Еще не стала предметом социологического дискурса методология исследования осознанных и неосознанных структур ментальных программ в контексте социального поведения в сфере здравоохранения.

Мы исходим из того, что специфика и характер потребления медицинских услуг во многом обусловлены актуализацией осознанных и неосознанных структур ментальной программой конкретного общества (на локальном, региональном и национальном уровнях). Неосознанные структуры носят устойчивый характер, поскольку по их поводу человек не рефлексирует (тип поведения, который М. Вебер относил к традиционному). Осознанные структуры ментальной программы, напротив, являются неустойчивыми, поскольку по их поводу человек постоянно рефлексирует, что становится предпосылкой формирования стратегии потребления медицинской услуги как целерационального типа социального действия, предполагающего выстраивание актором более-менее четкого алгоритма поведения, направленного на сохранение или укрепление здоровья посредством взаимодействия с профессиональными агентами института здравоохранения. Соответственно в обществе можно выделить нормативную и модальные модели социального поведения. Нормативная модель социального поведения, носящая неосознанный характер, определяется нерефлексивными структурами ментальной программы, в то время как модальные модели социального поведения, носящие осознанный характер, определяются рефлексивными структурами ментальных программ [3].

Таким образом, когнитивными аналогами реальных практик потребления медицинских услуг являются социальные модели поведения ее потребителей, представляющие собой схемы реакций и действий личности, актуализирующихся в результате осознания проблемной ситуации относительно индивидуального статуса здоровья, и связанных с необходимостью принятия решений для благополучного, с позиции потребителя, выхода из проблемной ситуации. Модели поведения приобретают как рефлексивный, так и аффективный характер, могут конструироваться спонтанно под влиянием ситуативных факторов либо быть результатом реализации стратегии потребления - предварительного мыслительного установления потребителем последовательности действий для достижения желаемого состояния и получения достоверной информации о наличном статусе здоровья. Моделирование социального поведения выступает методическим ориентиром конкретно-социологического изучения реальных практик пациентов и «предпациентов», социальных маркеров их дифференциации, концептуальной основой для разработки социальных технологий позитивизации процессов в сфере российского здравоохранения.

Источники и литература

- 1) Статья выполнена в рамках реализации гранта Российского научного фонда № 16-18-10387 «Ментальные программы и модели социального поведения в российском обществе».
- 2) Вялых Н.А. Потребление медицинской помощи в современной России: многомерный методологический конструкт социологического исследования // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2016. No 1. С. 170-181.
- 3) Ментальные программы и модели социального поведения в российском обществе: монография / Под ред. А.В. Лубского. Ростов н/Д., 2016.