

Вялых Никита Андреевич
Южный федеральный университет,
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация
sociology4.1@yandex.ru

Поведенческие факторы потребления медицинских услуг: методологические ориентиры социологического изучения²⁶⁴

Аннотация. Потребность в социологическом разрешении существующих разногласий в понимании социальной коннотированности поведения потребителей медицинских услуг и его факторов в условиях трансформации института здравоохранения отражает актуальность предметной области данной статьи. Новизна исследовательского ракурса заключается в применении неоклассической модели научной рациональности и методологии социологического конструктивизма к изучению интернальных и экстернальных факторов социальных представлений российского населения о модели здравоохранения.

Ключевые слова: социальные представления; потребление медицинских услуг; модель здравоохранения; социальное поведение; социальная дифференциация

Vyalykh Nikita Andreevich
Southern Federal University,
Rostov-on-Don, Russian Federation
sociology4.1@yandex.ru

Behavioral factors of medical services consumption: methodological guidelines of sociological study²⁶⁵

Abstract. The relevance of the subject area of the article is determined by the need to overcome the existing differences in understanding the social connotation of medical services consumers' behavior and its factors in terms of the transformation of the healthcare institution. The novelty of the research is determined by the use of neoclassical model of scientific rationality and the methodology of sociological constructivism in the study of internal and external factors that determine the social representations on healthcare model of Russians.

Keywords: social representations; medical services consumption; healthcare model; social behavior; social differentiation

В современных социологических исследованиях до сих пор прослеживается когнитивная мода на анализ факторов макроуровня, сдерживающих эффективное развитие института здравоохранения в нашей стране. Большая часть публикаций в российской научной периодике объясняет социальное неравенство в доступе к

²⁶⁴ Статья подготовлена в рамках реализации гранта Президента РФ № МК-4089.2018.6 «Социальная сущность и механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в российском обществе»

²⁶⁵ The paper was written within implementation of the grant of the RF President no. МК-4089.2018.6. «Social substance and mechanisms of differentiation of consuming medical care in Russian Federation».

медицинским услугам институциональными барьерами, которые ограничивают удовлетворение медицинских потребностей в пространстве здравоохранения, и неэффективной государственной политикой в этой сфере [Вялых, 2019]. Вместе с тем сегодня можно наблюдать тенденцию методологического поворота, когда с позиции парадигмы социологического конструктивизма фокус эмпирических исследований дифференциации в сфере здравоохранения смещается с анализа внешних барьеров оказания медицинской помощи на изучение моделей социального поведения людей и ментальных программ, «отвечающих» за характер этих моделей [Вялых, 2018: 127]. Многообразие исследовательских традиций в социологии здоровья и здравоохранения обусловлено опциональностью общей методологии социологического познания. В связи с этим актуализируется значение не только «социологии социологии» в духе лумановской теории аутопойесиса, но и «социологии отраслевых социологий», поскольку без надежного идейно-теоретического обоснования и моделирования методологического пространства исследовательского поля эмпирические замеры различных сторон общественного здоровья лишены смысловых оснований и возможностей имплементации в повседневность здравоохранения. С учетом высказанных суждений цель данной статьи выражается в формулировании методологических ориентиров социологического исследования представлений общества о модели здравоохранения, детерминирующих поведение потребителей медицинских услуг.

Медико-социальные, ментальные, социокультурные и институциональные проблемы формирования и воспроизводства практик медицинской активности – это мейнстрим современной социологической мысли в России и за рубежом. Современные подходы в данной области исследований можно рубрицировать по-разному: по преобладающей теоретико-методологической ориентации авторов (структурализм/конструктивизм, конфликтологический подход/функционализм, субъективизм/объективизм и т.д.), либо по конкретной проблемной сфере: социальная сущность медицинской активности; особенности трансформации здравоохранения и концептуальные подходы к коррекции вектора изменений в нем; несправедливые социальные различия в здоровье и в доступе к медицинским услугам; мотивационные факторы и микросоциальный контекст обращения населения за медицинской помощью; динамика социального настроения, представлений и жизненных ценностей ключевых акторов (прежде всего, пациентов и медицинских работников).

Несмотря на обозначенный в начале статьи тренд к макросоциологической диагностике институциональной реальности здравоохранения, социальные представления о здравоохранении в том или ином качестве становились предметом множества научных исследований минувшего десятилетия.

При оценке современного состояния разработанности темы социальных представлений о модели здравоохранения в России следует учитывать методологический крен исследований именно в сторону социологии медицины, а не

социологии здоровья и здравоохранения. Если в современной социологии медицины социальные представления исследуются преимущественно в контексте нозологической проблематики, вопросов социальной гигиены и общественного здоровья, медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации, конфликтов в медицине [Волчанский, Фомина, 2012; Деларю, Вершинин, 2015; Решетников и др., 2016; Седова, 2012; Юдин и др., 2015, 2017], то в рамках социологической специальности 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы» изучаются факторы социального неравенства в доступе к медицинской помощи, роль здравоохранения как социального института в трансформации социальной структуры общества, проблемы социальной адаптации различных акторов к изменениям в сфере здравоохранения [Аверина, Попова, 2016; Антонов, 2017; Антонова, Клейменов, 2017; Журавлева, 2017; Меренков и др., 2017; Мухарьямова, Кузнецова, 2017; Савельева и др., 2017; Шилова, 2018, 2019].

Российскими социологами и гуманитариями активно проводятся научные исследования, в которых педалируются идеи личной ответственности населения за свое здоровье, анализируется роль поведенческих факторов, психологических ресурсов личности и социально-статусных переменных в формировании медицинской активности [Лебедева-Несевря, Соловьев, 2017; Недоспасова, Шибалков, 2017; Русинова, Сафронов, 2018]. В российской научной периодике также обсуждаются социальные феномены болезни и здоровья, факторы терапевтического выбора пациентов, модели взаимодействия потребителей медицинской помощи с медперсоналом [Лехциер и др., 2019; Чирикова, 2019; Чирикова, Шишкин, 2019]. Среди особенностей современных социологических концепций здоровья Е. С. Богомягкова и Е. А. Орех называют переход от попыток объяснения благополучия человека зависимостью от успешности медицинского лечения или результатов личных целенаправленных усилий, характерных для концепций XX столетия, к постмодернистскому пониманию «возможностей получения виртуально-телесного опыта, обеспечиваемого интегрированностью в социальные сети» [Богомягкова, Орех, 2019: 135]. Обзор современных научных исследований демонстрирует крайнюю заинтересованность как зарубежных [Braveman, Gottlieb, 2014; Caló et al., 2019; Craig, Robinson, 2019; Kelly, 2019; Shultz et al., 2019], так и российских авторов социальными проблемами здравоохранения и медицинской активности, однако эти исследования, как правило, выполнены либо в методологических рамках классической модели социологического познания либо – неклассической модели.

На первый взгляд может показаться, что первичным фактором неравенства потребителей медицинской помощи являются внешние условия её оказания (финансовая и территориальная доступность, наличие кадров, техники, технологий, информационного сопровождения и пр.). Однако при более детальном рассмотрении можно убедиться в том, что доступность медицинской помощи и неравенство в данной

сфере обусловлены сложной конфигурацией надындивидуальных структур, биосоциопсихологических особенностей личности пациента и «предпациента», и, разумеется, воздействием чисто случайных ситуативных факторов. Следовательно, первичным фактором неравенства (но необязательно, что главным) все-таки будет социальное поведение потребителя медицинской помощи, которое в свою очередь зависит от его социальных представлений.

В ракурсе интегративной неоклассической матрицы социологического исследования, которая базируется на синтезе познавательных установок объективистской и субъективистской парадигм [Вялых, 2018: 161], социальные представления в сфере здравоохранения являются системой практических знаний об условиях, возможностях, наиболее общих закономерностях функционирования пространства профессионального сектора медицины. Особенность социальных представлений в здравоохранении заключается в том, что они формируются в результате интериоризация институционально заданных формальных и неформальных норм и интерпретации человеком ситуации в здравоохранении на основе личного опыта взаимодействия с медицинскими организациями либо опыта социального окружения (как правило, референтных групп).

Таким образом, социальное неравенство в доступе к медицинской помощи воспроизводится не только из-за ограничений и фильтров, которые устанавливает институт здравоохранения в интересах рационирования потребления медицинской помощи, но из-за дифференциации представлений людей по различным социальным критериям. Однако социология в отличие от психологии не занимается изучением индивидуальных практик медицинской активности. Объектом социологии здравоохранения скорее являются большие социальные группы как потенциальные и реальные потребители медицинской помощи, поэтому социология имеет дело с моделями потребления медицинской помощи. Модель потребления медицинской помощи является когнитивным аналогом комплекса поведенческих реакций и практик личности, обусловленных рефлексивными и нерефлексивными структурами ментальной программы, актуализирующихся в результате осознания проблемной ситуации относительно индивидуального статуса здоровья. Мы исходим из допущения о том, что люди, занимающие близкие социальные позиции и обладающие схожими социальными представлениями, способны производить аналогичные поведенческие практики в пространстве здравоохранения. Пожалуй, в этом заключается одновременно и величие и уязвимость социологии как науки, ибо социология постоянно стремится быть реалистичнее, она стремится оказаться ближе к человеку, к его повседневности и его потребностям, и вместе с тем она от человека удаляется, изучая типические формы социальности, социальные модели, которые существуют лишь в сознании исследователя, научного коллектива или научной школы, но никак не «за окном» академического пространства.

Механизмы дифференциации потребления медицинской помощи актуализируются из-за несоответствия между субъективно ощущаемой медицинской потребностью и связанными с ней ожиданиями человека от институциональной среды здравоохранения, с одной стороны, и возможностями, условиями, ограничениями удовлетворения медицинских потребностей в пространстве института здравоохранения, с другой. Социальные ожидания и институциональные барьеры здравоохранения, преломляясь в сознании человека, формируют предрасположенность к определенному типу реагирования на проблему со здоровьем. Представления, ценности и установки продуцируют относительно устойчивые модальные (осознаваемые) поведенческие комплексы – модели потребления медицинской помощи, выступающие основой дифференциации в сфере здравоохранения. Впоследствии неравенство в сфере потребления медицинской помощи формируется, герметизируется и воспроизводится из-за социальных аномалий, представляющих собой наблюдаемые последствия дисфункции национальной системы здравоохранения. В дуальности факторов объективного и субъективного уровня и выражается методологический подход исследования социального поведения потребителей медицинских услуг в современном российском обществе.

Мы исходим из возможности сведения многообразных социальных представлений о модели здравоохранения к двум альтернативным типам – консервативному и либеральному. Однако в чистом виде консервативные и либеральные представления в повседневной жизни встречаются не так часто, поэтому статистически более распространенными являются гибридные (смешанные) типы представлений, которые можно назвать неоконсервативными (с преобладанием консервативного типа мышления и элементами либерального) и неолиберальными (с преобладанием либерального типа мышления и элементами консервативного).

К консервативным относятся представления о том, что медицинская помощь – общественное благо, а государство несет ответственность за здоровье человека и доступность медицинской помощи. В консервативной версии социальных представлений доминирует обостренное чувство справедливости в распределении ресурсов института здравоохранения, склонность к потреблению медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, ориентация на авторитет врача. Либеральные представления основаны на отношении к институту здравоохранения как к рынку медицинских услуг с имманентными механизмами саморегуляции. Отличительной особенностью либеральных представлений является осознанный выбор человеком стратегии поведения в ситуации заболевания, медицинской организации, страховой медицинской организации и врача, выражающийся в стремлении целерационально конвертировать экономический, социальный и культурный капиталы в доступ к эффективной медицинской помощи.

Консервативный тип социальных представлений, как правило, приводит пациента к инерционной стратегии поведения и предполагает конформистский стиль

социальной адаптации к условиям внешней среды и полном принятии формальных правил игры в здравоохранении. Отличительным признаком консервативных представлений являются экстернальный локус контроля личности в восприятии агентов, несущих ответственность за здоровье человека и доступность медицинской помощи, патерналистские ожидания, вера в авторитет медицинского сообщества.

Либеральный тип социальных представлений предполагает отношение общества к здравоохранению как рынку медицинских услуг и ориентацию на эгалитарный тип взаимоотношений с врачом. Данный тип отличает стремление личности к свободе выбора врача, медицинской организации и максимизации полезности от взаимодействия с ними вопреки экстернальным и интернальным ограничениям.

Интерпретация эмпирической информации, полученной автором по результатам серии социологических исследований на Юге России [Вялых, 2019], показывает, что статистически наиболее распространенным является смешанный (неоконсервативный) тип социальных представлений о модели здравоохранения, в котором присутствуют когнитивные, аксиологические и конативные структуры как консервативного (в большей степени), так и либерального (в меньшей степени) характера.

Социальные представления о модели здравоохранения во многом зависят от индивидуальных социально-психологических особенностей человека, его социального статуса, определяя наиболее предпочтительную для него стратегию и тактику поведения в случае возникновения медицинской потребности. Социокультурные условия и институциональные барьеры, главным из которых является невозможность оказаться на приеме у врача в момент возникновения потребности, также влияют на формирование типичных для регионального социума представлений о здравоохранении. С учетом характера социальных ожиданий россиян необходимы качественные изменения в ментальной программе общества посредством формирования нового типа мышления, в котором ценности, установки и представления о здоровье будут синхронизированы с трансформационными процессами в социальной сфере, поскольку институт здравоохранения не функционирует автономно, а является одним из полей социального пространства с признаками избыточного неравенства потребителей медицинских услуг.

Библиографический список

Аверина Е. А., Попова А. В. Оценка доступности среды для людей с ограниченными возможностями здоровья (на примере г. Новосибирска) // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2016. № 1 (33). С. 5–14.

Антонова Н. Л. Социальная роль пациента в системе взаимодействия с медперсоналом на селе // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017. Т. 19. № 7. С. 168–170.

Антонова Н. Л., Клейменов М. В. Патерналистские ориентации в системе медицинского обслуживания на селе // Вестник Пермского национального

исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. 2017. № 2. С. 54–62.

Богомяжкова Е. С., Орех Е. А. Современные концепции здоровья: от качества жизни к её наполненности // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2019. № 51. С. 129–139.

Волчанский М. Е., Фомина Т. К. Основные направления современных исследований в медицинской конфликтологии // Социология медицины. 2012. № 2 (21). С. 45–46.

Вялых Н. А. Механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в России: методологический поворот в современных социологических исследованиях // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2018. № 45. С. 122–138.

Вялых Н. А. Модели социального поведения в сфере здравоохранения как предмет социологических исследований на Юге России // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1. Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2019. № 3. С. 112–120.

Вялых Н. А. Социальные факторы дифференциации моделей потребления медицинской помощи (на материалах социологического обследования на Юге России) // Социально-гуманитарные знания. 2019. № 11. С. 16–24.

Деларю В. В., Вершинин Е. Г. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к её оценке // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2015. № 3 (55). С. 100–102.

Журавлева И. В. Актуальные проблемы социальной политики в сфере здоровья // Социология медицины. 2017. Т. 16. № 1. С. 4–9.

Лебедева-Несевря Н. А., Соловьев С. С. Медицинская активность и состояние здоровья работающих различных отраслей промышленности // Медицина труда и промышленная экология. 2017. № 6. С. 48–51.

Лехциер В. Л., Готлиб А. С., Финкельштейн И. Е. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: ситуации, практики, факторы // Социологический журнал. 2019. Т. 25. № 2. С. 78–98.

Меренков А. В., Антонова Н. Л., Клейменов М. В. Социальное неравенство в системе медицинского обслуживания на селе // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017. Т. 19. № 10. С. 397–399.

Мухарямова Л. М., Кузнецова И. Б. Равенство и справедливость в отношении здоровья: к поиску аналитических инструментов оценки // Журнал исследований социальной политики. 2017. Т. 15. № 4. С. 651–659.

Недоспасова О. П., Шибалков И. П. Социально-экономический статус человека как один из факторов формирования его здоровья // Азимут научных исследований: экономика и управление. 2017. Т. 6. № 1 (18). С. 140–144.

Решетников А. В., Присяжная Н. В., Павлов С. В., Петров М. А., Исенов С. К. Медико-социологические исследования проблем здоровья: зона социальной ответственности // Социология медицины. 2016. Т. 15. № 2. С. 68–72.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Психологические медиаторы социальных неравенств в здоровье: «уверенность в себе» в Европе и России // Социологический журнал. 2018. Т. 24. № 4. С. 30–53.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Социальные неравенства в здоровье и психологические ресурсы личности: проект сравнительного исследования в странах

Европы и России // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. 2018. № 1. С. 21–29.

Савельева Ж. В., Кузнецова И. Б., Мухарьямова Л. М. Информационная доступность медицинских услуг в контексте справедливости здравоохранения // Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98. № 4. С. 613–617.

Седова Н. Н. Проблематика, методология и практический смысл инициативных исследований в отечественной социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2 (21). С. 15–17.

Чирикова А. Е. О мотивации российских врачей: мифы и реалии // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2019. Т. 11. № 20. С. 54–76.

Чирикова А. Е., Шишкин С. В. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? // Социологические исследования. 2019. № 5. С. 36–44.

Шилова Л. С. Трансформация условий профессиональной деятельности врачей в процессе оптимизации здравоохранения. Часть 1 // Социологическая наука и социальная практика. 2018. Т. 6. № 4 (24). С. 148–160.

Шилова Л. С. Трансформация условий профессиональной деятельности врачей в процессе оптимизации здравоохранения. Часть 2 // Социологическая наука и социальная практика. 2019. Т. 7. № 2 (26). С. 117–131.

Юдин С. А., Барканова О. Н., Борзенко А. С., Деларю В. В. Комплементарность оказания медицинской, социальной и психологической помощи во фтизиатрии (в оценках врачей и пациентов) // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т. 95. № 4. С. 7–10.

Юдин С. А., Барканова О. Н., Борзенко А. С., Деларю В. В. Оценка информированности врачей о социальных проблемах пациентов // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 12. С. 23–25.

Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes // Public Health Rep. 2014. № 129 (suppl 2). p. 19–31.

Caló F. et al. Exploring the contribution of social enterprise to health and social care: A realist evaluation // Social Science & Medicine. 2019. Vol. 222. p. 154–161.

Craig N., Robinson M. Towards a preventative approach to improving health and reducing health inequalities: a view from Scotland // Public health. 2019. Vol. 169. p. 195–200.

Kelly M. P. Cognitive biases in public health and how economics and sociology can help overcome them // Public health. 2019. Vol. 169. p. 163–172.

Shultz J. M., Sullivan L., Galea S. Public Health: An Introduction to the Science and Practice of Population Health. N. Y.: Springer Publishing Company, 2019. 450 p.