

СЕКЦІЯ 4 СПЕЦІАЛЬНІ ТА ГАЛУЗЕВІ СОЦІОЛОГІЇ

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ СУБЪЕКТОВ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ – СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ: К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ

BEHAVIORAL STRATEGIES OF SUBJECTS IN THE SPHERE OF HEALTH – SOCIOLOGICAL DIMENSION: TO STATEMENT OF THE PROBLEM

В статье описывается особенность применения социологического подхода в исследовании поведенческих стратегий субъектов в сфере здоровья. Определена теоретическо-методологическая база исследования – уровни социологического исследования, очерчены предметные компоненты, формирующие социальные стратегии, методический аппарат социологического исследования, обозначены основные модели поведения в сфере здоровья.

Ключевые слова: поведенческие стратегии в сфере здоровья, субъектные ресурсы, социальные экспектации, субъектные цели, самооценка в сфере здоровья, самоидентификация в сфере здоровья.

У статті описується особливості застосування соціологічного підходу в дослідженні поведінкових стратегій суб'єктів у сфері здоров'я. Визначено теоретико-методологічну базу дослідження – рівні соціологічного дослідження, означено предметні компо-

ненти, які формують соціальні стратегії, методичний апарат соціологічного дослідження, представлено основні моделі поведінки у сфері здоров'я.

Ключові слова: поведінкові стратегії у сфері здоров'я, суб'єктні ресурси, соціальні експектації, суб'єктні цілі, самооцінка у сфері здоров'я, самоідентифікація у сфері здоров'я.

The article describes the peculiarity of applying the sociological approach in the study of behavioral strategies of subjects in the field of health. The theoretical and methodological basis of the research is determined – the levels of sociological research, the subject components that form social strategies, the methodological apparatus of sociological research, identify the basic models of behavior in the sphere of health.

Key words: behavioral strategies in the sphere of health, subject resources, social explorations, subject goals, self-assessment in the field of health, self-identification in the field of health.

УДК 316.35.3

Архипова А.А.

магистр социологии,
ассистент кафедры экономики
предприятий и социальных технологий
Государственный университет
телекоммуникаций

Постановка проблемы. Здоровье – многомерный феномен, сложный и неоднородный по своей структуре. Попытка однозначной интерпретации этого феномена на практике практически неосуществима, поскольку основой данного понятия выступает весьма широкий междисциплинарный контекст. Более того, при попытке исследования роли и места здоровья в структуре социальной реальности объект изучения начинает «расплываться», расширяя, таким образом, диапазоны трактовок. Так, например, обыденные представления людей о здоровье, являясь одним из основополагающих факторов социального взаимодействия личности и группы, определяют состояние процессов социальной интеграции и дезинтеграции, формируя групповой социально-психологический климат, свойственный изучаемому социуму. При этом содержание обозначенных процессов зависит от определенной совокупности факторов, одним из которых выступает уровень понимания сущности и значимости здоровья, форма субъективно-ценностного понимания индивидом этих категорий. Субъективно-ценностное пони-

мание, в свою очередь, будучи продуктом социализации – социокультурной переменной, формируется по принципу рекурсии, определяя содержание индивидуальных и групповых поведенческих стратегий в сфере здоровья. Подобная тесная взаимосвязь здоровья и субъективных самоопределений в сфере здоровья детерминирует необходимость их социологического осмысления.

Анализ последних исследований и публикации. Исходные представления о взаимосвязи социального поведения и здоровья обозначены в работах И. Гофмана, Дж. Мида, М. Куна, в аспекте возможности реализации социальных ролей и функций – Т. Парсонса. Изучением социальных практик, формирующихся в аспекте взаимодействия социальных макро- и микросистем, занимался П. Бурдье. В постсоветском пространстве изучением данных вопросов занимаются К.Н. Хабибуллин, Л.М. Астафьев, Л.В. Панова, А.В. Решетников, М.Ю. Сурмач, Е.В. Дмитриева, В.А. Медик, А.М. Осипов, Н.В. Панина, Т.Б. Соколова. Идеи перечисленных авторов могут быть представлены в виде следующего ряда сентенций:

– «построение моделей медико-социального поведения и разработка организационных технологий для оптимизации воздействия социальных условий и социального окружения на уровень здоровья и поведение отдельных групп населения – одна из задач социологии медицины» [5, с. 29];

– «массовые социальные практики в сфере здоровья должны быть исследованы в контексте культуры здоровья <...> в условиях многоплановой социальной дифференциации могут формироваться, воспроизводиться и взаимодействовать разные социальные типы культуры здоровья, значение которых велико в воспроизводстве ресурсов общественного здоровья» [3, с. 12].

Постановка задач нашей статьи предполагает теоретическое рассмотрение проблемы социологической рефлексии некоторых аспектов содержания поведенческих стратегий субъектов в сфере здоровья. Социологическое осмысление представленного вопроса можно осуществить посредством выделения ряда ценностных, фактуальных, стратификационных и аналитических индикаторов, детерминирующих конструкт социального действия.

Изложение основного материала исследования. Проблема социологического осмысления поведенческих стратегий в сфере здоровья наряду с проблемой изучения социальных переменных, детерминирующих содержание данных стратегий, на сегодняшний день становятся как никогда актуальными. В многочисленных исследованиях отмечается тесная взаимосвязь между уровнем здоровья населения, с одной стороны, и экономическим ростом – с другой. Указанная корреляция признается и подтверждается исследованиями экономических, медицинских и социологических наук. Так, к примеру, в научных исследованиях трудового потенциала фактор здоровья является первым в ряде элементов структуры трудового потенциала, а за ним уже перечисляются остальные составляющие этого потенциала, такие как уровень образования, профессиональные навыки, творческие особенности, уровень духовной культуры и другое.

Такое положение фактора здоровья населения нельзя считать случайным. Однако большее количество внимания исследователи трудового потенциала все равно оказывают изучению других факторов. По этой причине на общем фоне других факторов здоровье населения при анализе трудового потенциала отступает на второй план, играя при этом вспомогательную роль обязательной, но мало важной детали, которая имеет второстепенное значение для состояния и развития трудового потенциала.

На деле фактор здоровья населения является базисом всей системы трудового потенциала, что было обозначено еще в работах К. Маркса и Ф. Энгельса. Используя терминологию К. Маркса, поясним: только после формирования такого базисного фактора, как здоровье, над ним, как над фундаментом, надстраиваются другие составляющие трудового потенциала. Он как бы держит всю конструкцию, «надстройку» из социально-экономических и социально-психологических показателей. Поэтому ухудшение или улучшение показателей здоровья населения моментально и адекватно отобразится на всей «надстроенной» структуре трудового потенциала, влияя на качество ее составляющих.

Следовательно, отказавшись от рамок классических клинических критериев, рассматривая здоровье в моделях и теориях социологического дискурса, отметим, что существует необходимость многоуровневого анализа феномена социального здоровья, где место и роль здоровья характеризуется с учетом позиции конкретного общества (социологический анализ медико-статистических показателей здоровья населения) и конкретного индивида (поведенческие стратегии субъектов в сфере здоровья), учитывая немаловажное значение того факта, что состояние индивидуального здоровья предполагает также персональную ответственность за конкретный результат осуществляемых человеком действий.

В монографии «Социальное здоровье в социологическом измерении» Т.Б. Соколовой также определяется необходимость двухуровневого анализа феномена «социальное здоровье»: исследование степени вовлеченности индивида в социально-экономические отношения конкретного сообщества и удовлетворенность этими отношениями конкретными индивидами [8].

В свете всего сказанного мы хотим предпринять попытку социологического осмысления теоретических аспектов содержания поведенческих стратегий субъектов в сфере здоровья посредством анализа ряда ценностных, фактуальных, стратификационных и аналитических индикаторов.

Поведенческие стратегии субъектов в сфере здоровья являются достаточно объемным понятием, призванным охватить основополагающие компоненты, формирующие социальные стратегии. Они включают в себя такие компоненты:

– субъектные ресурсы (контролируемые переменные, используемые индивидом или группой для реализации целей в сфере здоровья);

– долгосрочные и краткосрочные субъектные цели, которые формируются на основании потребностей в сфере здоровья и жизненных условий;

– социальные экспектации (субъективные ожидания) в сфере здоровья, определяемые позициями жизненного выбора и жизненных шансов.

В социологической литературе, посвященной медико-социологическому анализу проблем здоровья, выделяют следующие составляющие субъектных ресурсов: биологический потенциал организма, оптимально соответствующий условиям социальной жизнедеятельности; индивидуальный и макросоциальный экономический потенциал социальной среды; социально-правовую легитимность реализации целей в сфере здоровья.

Социологический анализ данных составляющих на уровне конкретного сообщества можно реализовать, используя метод контент-анализа данных медицинской и экономической статистики изучаемого социального объекта. На уровне конкретного индивида, в свою очередь, необходимо использовать метод стандартизированного опроса разных социальных субъектов, дифференцированных по группам и слоям населения. Такой метод исследования при наличии репрезентативной выборочной совокупности предоставляет возможность фиксации и описания данных в количественном и качественном их измерениях, характеризуя некоторые аспекты содержания поведенческих стратегий субъектов в сфере здоровья.

Изучая долгосрочные и краткосрочные субъектные цели, необходимо учитывать ряд вышеперечисленных составляющих, суммарное количество которых формирует ценностно-социальную и функциональную модели поведения в сфере здоровья. Функциональной моделью поведения в сфере здоровья является некий набор оптимальных возможностей исполнения социальным субъектом своих функций и ролей, для которых он был социализирован. Для ценностно-социальной модели поведения в сфере здоровья характерно наличие определенных ценностных, мировоззренческих представлений о здоровье, которые служат социальными ориентирами, детерминирующими индивидуальные и групповые стремления, действия и интеракции.

Функциональная модель поведения, как и любая функция, занимает соподчиненную позицию по отношению к ценностно-социальной модели поведения. Однако естественно предположить, что на уровне индивидуального сознания логическая аутопойезисная взаимосвязь может включать в себя ряд противоречивых составляющих. Так, стратегии самооценки в сфере здоровья и самоидентификации с образом здорового человека, с одной стороны, априорно корреспондируют, дополняя и проистекая друг из друга,

а с другой – существует различие в происхождении природы их смыслообразующих факторов.

Самооценка – субъективное самоопределение результатов собственной деятельности, сформированной на основе суммы стереотипных представлений о здоровом человеке. Социальный стереотип в социологической науке является феноменом общественного сознания и связывается с продуцированием определенного стандартного (шаблонного) отношения личности к различным социальным явлениям. К основным свойствам социальных стереотипов относят устойчивость, непосредственное (базовое) его влияние на поведение субъектов социальной активности в качестве направляющих моделей. Самоидентификация – процесс отождествления, посредством которого индивид рассматривает здоровье в перспективе жизненного пути, выраженного целями, ценностями и идеалами. Самооценка и самоидентификация в сфере здоровья относятся к разным уровням темпоральной сегрегации, определяя уровень здоровья «здесь и сейчас» (самооценка) и здоровья «в перспективе» (самоидентификация). В процессе эмпирического социологического исследования зафиксировать эти показатели можно, используя несколько разновидностей вопросов, к примеру такие: «Оцените состояние вашего здоровья», «Согласны ли вы с утверждением...». Сопряжение данных результатов предоставляет возможность типологизировать изучаемое сообщество по разным социально-психологическим категориям с четко определяемым набором мотиваций поведения в сфере здоровья.

Социальные экспектации в сфере здоровья, в отличие от официальных предписаний институциональной системы здравоохранения, осуществляющей регулятивные функции поведения населения в сфере здоровья, чаще всего носят неформализованный и неосознаваемый характер. В первую очередь они детерминируются позициями жизненных шансов, подверженных сильному влиянию социальных особенностей той социальной среды, в условиях которой проживает и социализируется индивид. Также они зависят от моделей жизненного выбора, где вероятностный характер последних формируется с учетом жизненных шансов конкретной ситуации и индивидуальных особенностей субъекта здоровья.

Классифицировать социальные экспектации (субъектные ожидания) в сфере здоровья можно по следующим параметрам: рациональности, иллюзорности (ложности), реалистичности, осуществимости или невыполнимости. В конфигурации социальных экспектаций и мотиваций поведения в сфере здоровья реализуется специфика конкретного

изучаемого социального сообщества, функционирующего на территории определенного макросоциального субъекта – государства. Эта специфика может обладать устойчивостью, выступая компонентой социальных интеграций и дезинтеграций, формирующих групповой социально-психологический климат, свойственный изучаемому социуму.

Социальные экспектации являются личностно значимыми звеньями поведенческих стратегий субъектов в сфере здоровья. Они обеспечивают стратегическую целостность с точки зрения согласования ресурсного потенциала и субъектных целей в масштабе индивидуальной или социально-групповой картины социального мира. Формирование экспектаций происходит в результате восприятия индивидом или группой тех социальных благ, которые возникают в рамках конкретных социальных институтов и продуктов их деятельности.

Характерной особенностью социально-научного осмысления поведенческих стратегий субъектов в сфере здоровья является тот факт, что здоровьесберегающее поведение, равно как и здоровьеразрушающее поведение, как формы социального действия предполагают обращение к категории сознательного мотивированного поведения индивидов и групп. Здоровьесберегающее поведение не является предзаданным или предписанным, оно, с одной стороны, формируется индивидом в процессе принятия решений и деятельности (социально-психологический подход), а с другой – направленно и случайно формируется агентами социализации (социологический подход), являясь продуктом общественных отношений и процессов, как институциональных, так и неинституциональных. Следовательно, комплексная социологическая рефлексия поведенческих стратегий субъектов в сфере здоровья невозможна без учета специфики организации социального института охраны здоровья, представленного сектором медицины.

Ранее указывалось, что самооценки в сфере здоровья формируются на основе стереотипных представлений о здоровом человеке. Социальные стереотипы являются продуктом взаимодействия агентов социализации. Социальный институт здравоохранения и медицины, в частности, выполняет регулятивную и информативную социальные функции в сфере здоровья, выступая одним из ключевых институциональных агентов социализации. После рассмотрения понятия самооценки здоровья в проблемном поле медицины возможным становится изучение системы социальных и социально-психологических детерминант медицинской активности субъектов медико-социального взаимодействия.

Говоря о медицинской активности, мы имеем в виду поведение субъекта, определяемое его отношением к собственному здоровью и реализуемое в процессе взаимодействия с учреждениями здравоохранения.

Виды медицинской активности могут быть реализованы по различным направлениям, к которым относятся системное, асистемное или полное отсутствие обращения к специалистам медицинского профиля, соблюдение или несоблюдение врачебных предписаний, отношение к диспансеризации. Эти внутренние институциональные факторы и процессы наряду с неинституциональными факторами и процессами формируют определенные наборы социально-медицинских стереотипов, определяющих содержание поведенческих стратегий в сфере здоровья.

Углубленное изучение и характеристика поведенческих стратегий населения в сфере здоровья служат предпосылкой для формирования задач институциональной политики здравоохранения. Групповые социальные (поведенческие) стратегии, конечно же, складываются не автоматически, они формируются под воздействием комплекса условий жизни, потребностей, интересов. Не менее восприимчивы они также к внешним институциональным, ценностным воздействиям со стороны религиозных, национальных, политических идеологий, доминантной культуры, системы права и тому подобного. Но все-таки совокупность потребностей и интересов в сфере здоровья выступает наиболее важным социальным идентификатором группы. Так, собрав информацию и рассмотрев особенности поведенческих стратегий населения в сфере здоровья, содержание которых максимально зависит от конкретных условий, параметров, структурных элементов изучаемого социума, можем обозначить ведущий социальный заказ в сфере здравоохранения.

Выводы из проведенного исследования. Социологическое осмысление содержания поведенческих стратегий в сфере здоровья заслуживает особого изучения, поскольку в социально-психологическом плане такие стратегии выполняют системообразующую роль во взаимодействиях и поведении социальных групп или организаций. Именно данный тип стратегий поведения лежит в основе процессов институционализации, а также оказывает существенное влияние на формирование механизмов социальной деятельности. Изучение поведенческих стратегий в сфере здоровья может усилить и обогатить теоретический и практический потенциал исследований, посвященных проблемам общественного здоровья и самосохранительного поведения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Киенко Т.С. Институциональные и неинституциональные факторы формирования здоровьесберегающего поведения. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18094>.
2. Киселева Л.С. Факторы, формирующие здоровье населения: сущность и типология. Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 8-1. С. 17–20.
3. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. 358 с.
4. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении: от профилактики медицинской к профилактике социальной: монография. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 240 с.
5. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002. – 976 с.
6. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Бурмыкина О.Н. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения. Социология медицины. 2006. № 2. С. 24–31.
7. Свечкарев В.П. Интеграция имитационных моделей при проведении исследований в гуманитарной сфере. Инженерный вестник Дона. 2010. № 3. С. 177.
8. Соколова Т.Б. Социальное здоровье в социологическом измерении: монография. Хабаровск, 2009. 125 с.
9. Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В. Социологический опрос как механизм управления лечебными учреждениями. Социология медицины. 2004. № 2. С. 24–26.